



HAL
open science

Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?

Anne-Flore Oléron

► To cite this version:

Anne-Flore Oléron. Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02887651

HAL Id: dumas-02887651

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887651>

Submitted on 2 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anne-Flore Oléron

Le 12/09/2019

Titre :

Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?

Directeur de Thèse : Dr Bruno Daubin

JURY

Président : Pr Bernard HEDON

Assesseurs : Dr Agnès OUDE ENGBERINK-ISAMBERT

Dr Elodie MILLION

Dr Bruno DAUBIN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anne-Flore Oléron

Le 12/09/2019

Titre :

Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?

Directeur de Thèse : Dr Bruno Daubin

JURY

Président : Pr Bernard HEDON

Assesseurs : Dr Agnès OUDE ENGBERINK-ISAMBERT

Dr Elodie MILLION

Dr Bruno DAUBIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine

BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre
BLANC François	ELEDJAM Jean-Jacques
BOULENGER Jean-Philippe	GUERRIER Bernard
BOURREL Gérard	JOURDAN Jacques
BRINGER Jacques	MARES Pierre
CLAUSTRES Mireille	MAURY Michèle
DAURES Jean-Pierre	MILLAT Bertrand
DAUZAT Michel	MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférences de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférences de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur HEDON, pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

A madame le Docteur OUDE ENGBERINK-ISAMBERT, pour accepter de siéger à mon jury de thèse. Merci pour votre patience, votre écoute et vos conseils.

A madame le Docteur Elodie MILLION, pour accepter de juger ce travail. Merci de m'avoir fait bénéficier de votre expérience, de vous être rendue disponible pour me guider dans ce travail de recherche et d'avoir répondu à mes nombreux E-mails.

A monsieur le Docteur Bruno DAUBIN, pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Vous étiez là au début de l'internat et je suis heureuse de le finir avec vous. Vous avez toujours été de bons conseils et d'une patience exemplaire. Merci pour votre implication dans notre formation.

Je remercie également monsieur le Docteur Philippe Serayet pour nous avoir fait part de ses conseils et de son expérience.

A ceux qui ont participé à ma formation :

A toute l'équipe médicale et paramédicale de Narbonne et plus particulièrement au service de neurologie. Une équipe rêvée pour commencer l'internat. Merci au Dr Chbicheb pour notre formation et sa gentillesse.

Au Dr Lamri pour ses conseils et son enseignement. Aux secrétaires du cabinet pour le beau travail accompli et les moments de détente qui ont rendu ce stage si agréable.

Au Dr Thierry Stefanaggi qui m'a accueilli en SASPAS et à toute l'équipe de la Devèze. Je remercie particulièrement le Dr Breton qui s'est intéressé à mon travail.

A ceux qui participe à ma vie et mon épanouissement au quotidien :

A ma famille. Eux avant tous les autres. Merci papa pour ta force et ton soutien. Merci maman pour voir le beau et le positif dans toutes choses. Merci Morgane pour repousser les frontières. Tu m'offres une vision du monde toujours nouvelle qui m'oblige à me remettre en question et à m'améliorer.

Vous m'avez tenue, soutenue, retenue. Mon cœur bat au rythme de nos rires et de nos aventures. Sans vous rien n'aurait été possible. Merci pour tout.

Merci à ma famille Sonzogni. Mario et Nicole qui m'ont offert tout l'amour possible. J'espère vous avoir rendu fiers. Merci aux oncles, aux tantes et aux cousins. J'espère ne plus jamais rater une St Nicolas avec vous.

Merci à ma famille Oléron. A Maurice et Denise, merci d'avoir été ma grand-mère et ma correspondante. Merci Marie-Rose et Gérard. Merci Isabelle, Inès et Charles. Sans vous je ne serais pas là.

A Juliette, le rayon de soleil breton. A Sadaf et la belle Fatima. A Amélie, we did it ! A Camille, ma première coloc', la plus jolie des miss papillons. A Delphine, Fanny et Didier, vous n'avez pas choisi la bonne ville mais je vous aime quand même. A Sinzack, Sophie, Gaël et tous nos bons moments. A mon filleul Gabriel dont je suis si fière, c'est objectivement le plus beau des bébés. A toute l'équipe de Narbonne : Amélie, Margot, Marion, Grimaud, Dorian, Grabli, ... A Arthur, Aurélie et aux soirées œnologies. A Adrien Goua pour m'avoir supporté toutes ces années. A tous les copains de Béziers. A ma super coloc' de Montpellier, El Castillo.

Merci à Jean-François, Marine, Christine, Juliette, Charles, Morgane et Phil pour les relectures.

A toi Charles. Parce qu'avec toi, je suis moi, mais en mieux. Chaque moment passé ensemble rend ma vie plus pétillante.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	22
I) Introduction	23
A) Quelles sont les méthodes contraceptives proposées aux femmes ?	23
1) Un contraceptif pour chaque femme	23
B) Quels sont nos constats ?	25
1) Un paradoxe entre la bonne diffusion et une mauvaise utilisation des contraceptifs.....	25
2) Identification des difficultés dans le choix d'un contraceptif	26
3) Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.....	27
C) Comment les femmes sont-elles informées sur la contraception ?	28
1) La prévention par l'éducation pour l'autonomie du patient.....	28
D) Qui sont les acteurs de l'éducation à la contraception ?	29
1) Un choix multifactoriel	29
2) La patiente et son mode de vie.....	29
3) L'Etat et ses agences	30
4) La Haute Autorité de Santé (HAS)	31
5) Les centres et associations d'information et de prévention.....	32
6) les professionnels de santé	33
7) L'école	33
8) Les nouveaux outils de communication.....	34
E) Objectifs de recherche	36
1) Objet de l'étude.....	36
2) Population de l'étude	36
3) Lieu de l'étude	37
4) Objectifs de recherche.....	37
II) Matériel et méthodes	38
A) Choix du type d'étude	38
1) Pourquoi une étude qualitative ?.....	38
2) Pourquoi un entretien semi-directif ?.....	38
B) Recrutement de la population étudiée	39
1) Qui interroger ?.....	39
2) Combien de femmes interroger ?.....	39
3) Où les recruter ?.....	40

C) Rédaction du guide d'entretien	40
D) Réalisation des entretiens	42
E) L'analyse	43
III) Résultats	45
A) Caractéristiques de la population	45
B) Analyse thématique	45
1) Les contraceptifs existants	46
2) Les croyances des femmes	51
3) L'autonomie de la patiente.....	54
4) L'entourage	56
5) Les médias.....	61
6) Relation avec les soignants	65
7) L'Ecole.....	72
C) Construction de l'arbre thématique	75
1) Les avancées de la science	76
2) La sphère privée	78
3) La sphère publique	81
IV) Discussion	85
A) Forces et faiblesses de l'étude	85
1) Le recrutement	85
2) Les caractéristiques de l'échantillon	86
3) L'investigateur.....	89
4) La méthode qualitative.....	90
5) L'entretien	90
6) L'analyse.....	92
B) Interprétation des résultats avec la littérature	93
1) Réponses aux objectifs de l'étude	93
2) Comparaison de nos résultats à ceux de la HAS	96
3) Améliorations proposées par notre étude	99
4) Analogie avec des méthodes préexistantes	104
V) Conclusion.....	106
VI) Bibliographie.....	108
VII) Annexes	116
A) Annexe numéro 1 : Les différents contraceptifs existants (35, 66)	116
B) Annexe numéro 2 : l'histoire de la contraception et de sa législation (67, 68)	127
C) Annexe numéro 3 : le guide d'entretien	132

1) Document d'information à l'attention des femmes.....	132
2) Guide d'entretien.....	134
D) Annexe numéro 4 : les modifications du guide d'entretien	136
E) Annexe numéro 5 : les caractéristiques des femmes ayant participées à l'étude.....	139
VIII) Serment d'Hippocrate.....	143
IX) Permis d'imprimer	144
Résumé	4ème de couverture

LISTE DES ABREVIATIONS

IP : Indice de Pearl

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Ined : Institut National d'Etudes Démographiques

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

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

CNGOF : Collège National des gynécologues et Obstétriciens de France

SUMPPS : Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

PMI : centre de Protection Maternel et Infantile

EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil familial

EPPM : Etude Permanente de la Prescription Médicale

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes

SPIS : Service Public d'Information en Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ST2S : sciences et technologies de la santé et du social

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

OP : Pilules Oestro-Progestatives

PP : Pilules Progestatives

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PM : Préservatif Masculin

PF : préservatif Féminin

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

I) INTRODUCTION

A) QUELLES SONT LES METHODES CONTRACEPTIVES PROPOSEES AUX FEMMES ?

1) UN CONTRACEPTIF POUR CHAQUE FEMME

La contraception est l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse non désirée (1). Elle est autorisée en France en 1967 par la **loi Neuwirth**, mais il faut attendre 1974 pour qu'elle soit remboursée par la sécurité sociale (2). Il en existe de différents mécanismes (détaillés dans l'annexe 1).

- **La contraception hormonale** : elle assure la délivrance d'hormones de synthèse. Ces dernières inhibent l'ovulation. Elles rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes et l'endomètre non réceptif à la nidation. Les hormones sont soit oestroprogestatives (pilule combinée ou mini dosée, anneau vaginal et patch), soit progestatives (pilule micro dosée, progestatif injectable et stérilet hormonal).

- **La contraception mécanique** : ce sont les préservatifs masculins et féminins, le diaphragme et la cape cervicale. Ils constituent des obstacles sur le chemin entre les gamètes mâles et femelles.

- **La contraception chimique** : représentée par les spermicides. Ils détruisent ou rendent inactifs les spermatozoïdes.

- **La contraception dite « naturelle »** : il existe différentes méthodes : le retrait (éjaculation à l'extérieur des voies génitales féminines), la méthode Ogino (calcul des cycles avec abstinence périodique), la méthode des températures (élévation de la température de la femme lors de l'ovulation), la méthode Billings (modification de l'aspect de la glaire cervicale en fonction de la période du cycle) , la méthode avec appareillage (utilisation d'appareils, comme un mini-lecteur informatisé qui mesure la quantité d'hormones urinaires), la méthode de l'allaitement maternel et aménorrhée.

La contraception chirurgicale (stérilisation) et contraception d'urgence ne sont pas étudiées ici. La première est définitive. La seconde doit rester exceptionnelle. Elle répare un accident de contraception mais ne doit pas constituer une contraception sur le long terme.

L'efficacité théorique des contraceptifs est mesurée par l'indice de Pearl (IP), qui est le nombre de grossesses non programmées, observées chez 100 femmes utilisant une méthode de contraception donnée, sur une année. La méthode est supposée être utilisée de façon optimale. A l'inverse, **l'efficacité pratique** tient compte de l'utilisation réelle, avec les erreurs possibles : oubli de pilule, décollement du patch, déchirure du préservatif, etc.

Pour comparaison, une absence de méthode contraceptive entraîne une probabilité de grossesse de 50 % chez les femmes âgées de 19 à 26 ans et 40 % entre 27 et 34 ans (3).

Pourquoi toutes les femmes ne choisissent pas la contraception la plus efficace ? Car l'efficacité et les avantages d'une méthode sont à contrebalancer avec les risques et les inconvénients qu'elle présente (détaillés en annexe 1).

Alors comment choisir ? Chaque femme est singulière. Par sa vie, ses attentes, ses besoins, sa tolérance. Et au sein d'une même vie, pour une même femme, ces données évoluent. Il est donc légitime de penser que les attentes d'une femme envers sa contraception changeront également au cours de sa vie.

B) QUELS SONT NOS CONSTATS ?

1) UN PARADOXE ENTRE LA BONNE DIFFUSION ET UNE MAUVAISE UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France par la loi Veil de 1975. Le taux d'IVG chez les 15-49 ans diminue d'abord fortement (19,6 IVG pour 1000 femme en 1976 contre 14,2 IVG pour 1000 femmes en 1996 (4)) puis subit une augmentation de 1996 à 2006 (14,9 pour 1000 en 2006 (4)). Il tend depuis à se stabiliser à des **valeurs hautes** (14,4 pour 1000 en 2015 soit 203 500 IVG/ an (5)).

Pourtant 90,2 % des 15-49 ans sont sous contraception selon le rapport du Centre d'Analyse Stratégique sur l'accès des jeunes à la contraception de 2011 (6). Selon ce même rapport, 54 % des IVG résultent d'un "oubli" de contraception (principalement la pilule) et 38 % d'une erreur d'usage (préservatifs déchirés, mauvais calcul des dates...).

Il existe donc un paradoxe entre la bonne diffusion et une mauvaise utilisation des contraceptifs.

Le rapport de l'Institut National d'Etudes Démographiques (Ined) de 2004 émet l'hypothèse que **la pilule n'est pas la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière** : « *Il est en effet difficile de se protéger quotidiennement d'un risque que l'on n'encourt pas quotidiennement* » (7). Idée soutenue par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et le docteur Serfaty, président de la société francophone de contraception. Depuis 2004, ils appellent à **ne plus refuser systématiquement le dispositif intra-utérin aux nullipares** (8).

Pourtant, encore en 2010, 50 % des 15-49 ans qui ont recours à un moyen contraceptif étaient sous pilule. 21% utilisaient le DIU mais seulement 4,3% chez les moins de 30 ans (9).

Le baromètre de la santé 2000 rapporte que 85,3% des françaises se sentent bien informées sur la contraception (10). Pourtant, une enquête réalisée en 2007 par l'INPES a mis en lumière leur

niveau de connaissance insuffisant en la matière, avec la circulation de nombreuses idées erronées (11).

L'enquête Fécond de 2010 (9) et le rapport du Collège National des gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) de 2018 (12) montrent un **modèle contraceptif français figé et peu flexible**. Il est caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle (59% des 15-17 ans en 2010 (9)), l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise (75,2% des 20-24 ans, 66,5% des 25-29 ans (9)) et le recours au stérilet quand les couples ont eu le nombre d'enfants désirés (1,3 % des femmes sans enfant , 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus (9)).

2) IDENTIFICATION DES DIFFICULTES DANS LE CHOIX D'UN CONTRACEPTIF

Dans les années 2000, deux études de grandes envergures sont menées sur l'évolution des pratiques contraceptives françaises. **L'étude Cohorte Contraception (Cocon)** de 2000 à 2005 sur 2863 femmes de 18 à 44 (13) et l'étude **Fécond** en 2010 sur 5275 femmes, 3373 hommes de 15 à 49 ans et 1011 médecins généralistes et gynécologues (9). Elles identifient plusieurs difficultés concernant la contraception qui sont toujours d'actualité :

- Difficultés **d'accès à une contraception adaptée** aux modes de vie et aux attentes des femmes.
- Difficultés de **gestion quotidienne** d'une méthode contraceptive, notamment orale.
- Difficultés d'accès aux contraceptifs et à l'information pour **certains groupes de populations** (jeunes, femmes issues de l'immigration).
- **Coût** des contraceptifs et leur absence de remboursement pour certains (annexe 1).
- Difficultés relationnelles dans le couple et les **rappports hommes / femmes**. La femme devant faire face au refus ou à l'indifférence du conjoint concernant l'utilisation de contraceptif.
- L'influence de la **précarité socioculturelle** : 6,5% des ouvrières n'utilisent pas de contraception contre 1,6 % des cadres. Le suivi de ces femmes est également différent : 73% des

ouvrières sont suivies par un gynécologue contre 82% des cadres, or des études montrent que cela influe sur la contraception utilisée (9, 14) et sur l'observance des patientes (30).

3) STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE 2017-2030

En 2017, l'Etat publie sa nouvelle stratégie nationale concernant la santé sexuelle de la population (16).

- **Investir dans la promotion de la santé sexuelle notamment chez les jeunes**, en partie grâce au Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS). En 2018, la loi relative à l'Orientation et la Réussite des Etudiants autorise ces organismes à prescrire des moyens de contraception (17). L'Etat crée également le « Pass préservatifs », ce dernier donne aux jeunes un accès gratuit à des informations et des préservatifs.

- **Améliorer la santé reproductive en garantissant l'accès à la méthode contraceptive de son choix**. Cela est rendu possible par l'amélioration des connaissances, la diffusion de l'information, en impliquant les médecins et en renforçant le rôle des réseaux locaux.

- **Promouvoir la recherche**, les connaissances et l'innovation dans le domaine de la santé sexuelle.

Nous verrons dans les parties suivantes quelles méthodes sont à disposition du gouvernement pour appliquer ces résolutions à la pratique.

C) COMMENT LES FEMMES SONT-ELLES INFORMEES SUR LA CONTRACEPTION ?

1) LA PREVENTION PAR L'EDUCATION POUR L'AUTONOMIE DU PATIENT

L'éducation à la contraception est l'ensemble des moyens déployés pour optimiser les capacités du patient à prendre en charge son état de santé afin de l'aider dans le choix d'une contraception. « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. **Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie** » (18)

Cette **autonomie** est revendiquée par les patients. Ils souhaitent être mieux informés, mieux écoutés, mieux accompagnés dans la prise en charge de leur santé, mieux respectés en tant que personnes et en tant que citoyens. Ils souhaitent être **acteurs** de leur santé et **partenaires** des professionnels (voir l'annexe n°2 : « L'histoire de la contraception et de sa législation »).

L'autonomie est défendue par l'Etat et les autorités de santé. Pour répondre à cette demande et parce qu'une meilleure maîtrise de la maladie par le patient entraîne à long terme un moindre coût pour la société. **La loi Kouchner de 2002** cherche « le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés ». L'information et le consentement du patient constituent une obligation pour tous les médecins. Si des informations n'ont pas été délivrées les professionnels de santé peuvent être poursuivis (19).

En 2017, la **stratégie nationale de santé sexuelle** rappelle les principes fondamentaux de la sexualité fondée sur « l'autonomie, la satisfaction, la sécurité ». Elle rappelle « Nous devons garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent » (16).

L'éducation à la contraception est un outil de **prévention** primaire. Elle agit en amont de la grossesse. Elle a pour but d'éviter cette dernière à un moment non choisi par la patiente. L'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (20). La prévention étudiée ici est personnelle (message du médecin à sa patiente) et collective (spots publicitaires, ...).

D) QUI SONT LES ACTEURS DE L'EDUCATION A LA CONTRACEPTION ?

1) UN CHOIX MULTIFACTORIEL

En 2017, l'Etat publie sa stratégie nationale de santé sexuelle. Il classe les déterminants de la santé sexuelle en 3 classes (16) :

- **Une partie individuelle** : elle comprend nos données physiques, biologiques, nos caractéristiques socioéconomiques, nos compétences sociales, émotionnelles, relationnelles et mentales.

- **Une partie communautaire** : c'est le milieu familial, les amis, la communauté locale, scolaire, le travail et l'hébergement.

- **Une partie structurelle et contextuelle** : ce sont les systèmes éducatifs, de santé et socio-sanitaires, l'aménagement du territoire, les médias et techniques de communication, les contextes politiques, législatifs, économiques, démographiques, socioculturels et culturels. C'est sur cette partie que nous, professionnels de santé, pouvons agir.

2) LA PATIENTE ET SON MODE DE VIE

Nous avons vu que la femme est **actrice** dans le choix d'un contraceptif. Il est donc important de savoir ce qui peut l'influencer. Selon le rapport de la HAS de 2013 (14), **le choix de la femme d'utiliser une contraception** est étroitement lié :

- A son **désir d'enfant**. Ce désir et l'utilisation d'un contraceptif sont continuellement réévalués l'un par rapport à l'autre.

- A sa **réticence** à consulter un professionnel de santé.

- A ses **idées reçues** sur sa propre fertilité.

- A son **éducation** à la sexualité

- A ses contraintes **économiques** (avances des frais, dépassement d'honoraires, méconnaissance de ses droits sociaux). Il existe notamment des situations de grandes précarités où les femmes n'ont pas la maîtrise suffisante sur leur quotidien pour s'engager dans un projet de contraception.

Même lorsque la femme a **accès** à une méthode contraceptive. Il existe de nombreux **freins à sa bonne utilisation** (14). Pour faire une prescription adaptée, le praticien doit donc appréhender la patiente **dans sa globalité et son individualité** en prenant en compte :

- La **psychologie** et l'histoire personnelle de chaque femme, comprenant des périodes d'instabilités affectives et sexuelles.

- Les **conséquences ressenties ou appréhendées** de la femme face aux produits (prise de poids, corps étranger vécu comme intrusif,...).

- La patiente n'est pas une femme isolée, elle gravite dans **un réseau familial et social**. Le manque d'adhésion du partenaire ou de la communauté religieuse peut être un frein à la bonne utilisation du contraceptif.

- Ses **convictions et croyances**, comme le **rejet de la médicalisation du corps humain**.

- Ses **méconnaissances**.

- Son **mode de vie** (emploi du temps, ressource économique, localisation géographique). Certains modes de contraception étant difficilement compatibles avec un **rythme de vie irrégulier**.

Pour lutter contre le manque ou la circulation de fausses informations et ainsi offrir le meilleur choix possible aux femmes, l'Etat dispose de différents outils.

3) L'ÉTAT ET SES AGENCES

Les méthodes éducatives sont décidées par le **Ministère de la Santé**. Pour les appliquer, ce ministère s'appuie sur des **agences nationales satellites** comme :

- **L'Agence Régionale de Santé (ARS)**. Elle définit, finance et évalue les actions de prévention et de promotion de la santé (21).

- **L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)**. Remplacé en 2016 par **Santé Publique France**. Il s'occupe de la promotion de la santé, la réduction de ses risques, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé. Il gère notamment différents sites thématiques de prévention à destination des professionnels et du grand public comme « Choisirsacontraception.fr » (22).

- **L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)**. Il réalise l'état des lieux et anime la recherche (23).

En relation avec les différents acteurs locaux, ces agences animent et coordonnent les missions de santé publique. Elles produisent également une expertise scientifique sur le terrain. Ces connaissances, toujours actualisées, remontent au ministère pour éclairer la politique de santé. Par exemple, L'INPES et l'INSERM ont pilotés l'étude Cohorte Contraception (Cocon) et l'enquête Fécond (9).

4) LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

La HAS se différencie des autres opérateurs par son statut juridique d'autorité publique **indépendante de l'Etat**. Elle définit des recommandations de bonne pratique clinique, de santé publique à destination des professionnels et des patients.

En 2012, l'Etat a demandé à la HAS « l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de santé afin que la contraception proposée, [...] soit la plus adaptée possible à la situation de chacun » (24).

Pour y répondre, la HAS a constitué 3 rapports à destination des professionnels de santé pour choisir avec la patiente la meilleure contraception possible :

- **Etat des lieux des pratiques contraceptives et une analyse des freins à l'accès à une contraception adaptée** (14).

- **Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles** (15).

- **Les fiches mémos** (25). Elles remplacent les **recommandations de bonnes pratiques**.

La HAS reconnaît qu'il n'existe pas d'algorithme simple dans la prescription d'une contraception, mais elle rappelle les bases d'une prescription adaptée :

- Il s'agit d'un « **choix personnalisé** » de la patiente après une « **information éclairée** ».

- La première demande de contraception nécessite une **consultation dédiée, quel que soit l'âge**. Cette étape permet d'évaluer les **attentes** de la patiente, ses **besoins** et ses **connaissances**. Il s'agit de **conseiller** une contraception **adaptée, acceptable**, en fonction du rapport **bénéfice-risque**.

- Cette prescription nécessite un **suivi** est une réévaluation continue de **l'observance**, la **tolérance**, la **satisfaction** de la patiente et des **risques** encourus.

Le rapport reconnaît que le recueil de ces données et la réévaluation recommandée entraîne une **contrainte de temps et financière**. Une première réponse a été apportée par une prise en charge et une tarification différentes pour les femmes de 15-18 ans demandant une contraception pour la première fois (28).

5) LES CENTRES ET ASSOCIATIONS D'INFORMATION ET DE PREVENTION

En 1967, la loi Neuwirth ne se limite pas à autoriser la contraception. Elle crée également les **Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)** dont les **centres de Protection Maternel et Infantile (PMI)**. Ils proposent des consultations médicales, diffusent des informations, organisent des actions de prévention sur la sexualité. En 2013, on compte 1255 CPEF sur l'ensemble du territoire (14).

La loi Neuwirth crée également les **Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial (EICCF)**. Ces associations financées par l'Etat accueillent, informent et orientent la population sur les questions relatives à la contraception.

Le plus connu des EICCF est le **Planning familial**. Le premier ouvre en France en 1960 (26). Cette association militante promeut l'éducation à la sexualité pour toutes les femmes. Elle anime des lieux d'expression, propose des consultations avec des professionnels de santé, milite pour l'éducation à la sexualité dans les écoles et l'amélioration du remboursement des contraceptifs.

6) LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les **gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes** (et en dehors de pathologies) peuvent prescrire une contraception. Les **infirmiers** et **pharmaciens** peuvent renouveler une prescription de pilules contraceptives datant de moins d'un an, pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum. (27).

Selon l'Etude Permanente de la Prescription Médicale (EPPM) de 1999 : 37.9% des consultations de contraception sont effectuées par un généraliste (contre 61.4% par le gynécologue) (29). Cependant, l'évolution de la démographie médicale (**pénurie de gynécologues**, répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes) les implique de plus en plus.

Ce changement de **position du médecin généraliste** entraîne des difficultés qui peuvent constituer des freins à la contraception comme développé dans le chapitre III) C) 3) b) Les soignants.

7) L'ECOLE

En 1973, la **circulaire Fontanet** aborde pour la première fois l'idée d'éducation sexuelle à l'école, mais il faut attendre la loi du **4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception** pour que des séances d'éducation sexuelle deviennent obligatoires dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles. (14).

Malgré ces efforts, le rapport sur **l'état des lieux des pratiques contraceptives de la HAS de 2013** (14) relève des difficultés matérielles et logistiques d'organisation des séances d'éducation à la sexualité : problèmes d'emploi du temps, d'articulation avec les interventions extérieures, de financement, réticences à parler de sexualité, des programmes de prévention plus focalisés sur la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) que sur la contraception. De plus,

les dispositifs ne sont **pas uniformisés ni évalués**, leur qualité et la mobilisation des agents concernés sont **inégaux** et certaines populations de jeunes (apprentis, jeunes en rupture familiale...) ne bénéficient pas de ces cours. En 2016, **25 %** des écoles ayant répondu à l'enquête du Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes (HCE) déclarent n'avoir rien mis en place en matière d'éducation sexuelle (31).

8) LES NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION

Le 21^{ème} siècle voit le développement rapide de nouveaux moyens d'information avec internet et les applications de téléphonie mobile. Les écrans sont omniprésents dans notre quotidien. Ils dispensent des informations de manière ludique, mais ils doivent rester fiables et accessibles.

Une étude menée par Harris Interactive a enquêté sur l'impact des **influenceurs** sur nos habitudes de consommation. (64) (Influenceur : individu qui par son **exposition médiatique** peut influencer les comportements de consommation).

L'étude rapporte que **l'information en ligne** (commentaires en lignes, informations données par les influenceurs ...) et **l'information physique** (entourage, information donnée en magasins, ...) interviennent désormais à des degrés très similaires chez les 18-24 ans. Plus de 50% des jeunes suivent un influenceur. 41% voient en eux des **experts**, capables de rester indépendants dans leurs conseils. 62% s'intéressent davantage aux marques citées par eux. 80% estiment avoir déjà découvert un nouveau produit et 58% en avoir acheté un suite à sa présentation par un influenceur.

Internet peut donc avoir un impact sur le comportement des consommateurs par la transmission de vérités scientifiques mais également par des **avis subjectifs**.

Lors de la **crise de la pilule de troisième et quatrième génération** en 2012, internet joua un rôle important dans la diffusion rapide et à grande échelle des informations. L'opinion publique reprocha aux pilules de troisième génération le décès de plusieurs patientes. Dans le Baromètre santé, de 2013 à 2016, on constate une baisse de l'utilisation de la pilule et un report vers les autres contraceptifs (33). La crise aboutit au **déremboursement** par la sécurité sociale, des pilules visées (32).

Dans le meilleur des cas, l'affaire a interpellé les patientes qui sont allées questionner leurs médecins. Le problème est qu'une information diffusée en dehors de tout contrôle par des personnes non qualifiées entraîne également la **diffusion de fausses données**.

Pour contrer cela, l'Etat a lancé une série de mesures : en janvier 2016, il lance le Service Public d'Information en Santé (SPIS) (34).

Ce dernier crée le site « **santé.fr** » (39). Ce site regroupe une information santé de qualité dans une base unique. Il reprend des sites comme « choisirsacontraception.fr » (35), « onsexprime.fr » (36) ou encore « eduscol.fr » du Ministère de l'éducation nationale qui propose des approches éducatives pour les enseignants (37).

Il pourra donner suite à une **application Smartphone** qui délivrera des messages de prévention **personnalisés et évolutifs** (40).

Il existe des applications de téléphonie mobile consacrées aux menstruations et à la contraception telles que « Clue », « Flo » et « Natural Cycles ». Elles se basent pour la plupart sur le calcul des jours du cycle menstruel et certaines sont **payantes**. En 2017, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux a délivré à « Natural Cycles » le statut de **moyen de contraception** au même titre que la pilule ou le préservatif. Cependant, en Suède, cette même application fait polémique en raison de plusieurs IVG chez ses utilisatrices. La Grande-Bretagne lui a également reproché de ne pas indiquer clairement les risques d'échecs de sa méthode.

En France, la HAS a publié un **référentiel de 101 bonnes pratiques** pour favoriser le développement d'applications et objets connectés « sûrs, fiables et de qualité » (38).

Ces nouveaux outils peuvent également servir de **support** aux médecins. L'étude EPILULE de 2003 montre que l'outil d'information utilisé par le professionnel est important. Les patientes, dont la prescription initiale émane de leur médecin traitant et ayant reçu une information orale et visuelle (support, brochures,...) plutôt qu'orale seule ont une meilleure connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (30).

E) OBJECTIFS DE RECHERCHE

1) OBJET DE L'ETUDE

Nous constatons un effort de la part des pouvoirs publics pour améliorer l'accès et une meilleure utilisation des contraceptifs. Cependant, les chiffres stagnent.

Nous faisons **l'hypothèse que les campagnes de prévention actuelles ne sont pas efficaces. Les outils éducatifs doivent évoluer et utiliser le numérique pour être plus interactifs et toucher la population.**

2) POPULATION DE L'ETUDE

Nous nous sommes intéressés aux femmes majeures, de moins de 30 ans.

La **fécondité** des femmes de 15-24 ans **décroit** depuis 2010. Cette diminution est encore plus marquée chez les 25-29 ans dont le taux de fécondité est passé de 12,3 enfants pour 100 femmes en 2014 à 11,5 enfants pour 100 femmes en 2016 (41).

On constate également une **baisse du recours à la pilule** chez les femmes de 20 à 24 ans de 2000 à 2010. Cette baisse n'est pas compensée par l'utilisation d'autres méthodes et pourrait être en lien avec la **dégradation concomitante de la situation économique** dans cette tranche d'âge (14).

De plus, **l'IVG** concerne davantage les jeunes femmes adultes que les adolescentes : en 2015, on relève un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes âgées de 20 à 24 ans, tandis qu'il est de 19,5 parmi les 18-19 ans et de 7,6 parmi les 15-17 ans (42).

Enfin, entre **18 et 30 ans**, il existe une période de changement (fin du lycée, découverte du milieu professionnel, départ du foyer parental, ...), source d'incertitude et d'angoisse. C'est aussi une zone de **transition** au niveau de la sexualité. On passe de la **découverte et l'expérimentation** à une certaine **stabilisation**.

Pour toutes ces raisons, il me semblait intéressant d'interroger ces femmes.

3) LIEU DE L'ETUDE

Les entretiens ont eu lieu à **Béziers** pour des raisons pratiques : j'y habite et j'y travaille. C'est également une population aux caractéristiques intéressantes : l'Occitanie compte 15,8 **IVG** pour 1000 femmes de 15-49 ans en 2016 (43), en quatrième position et au dessus de la moyenne des françaises métropolitaines (13,9 pour 1000 (43)). Le taux de **pauvreté** à Béziers est de 33,6 % en 2015 (vs 18% à Montpellier) et le taux de **chômage** des 15-64 ans est de 23,2% (vs 17,6% à Montpellier (44)).

4) OBJECTIFS DE RECHERCHE

Notre objectif de recherche est le suivant : **que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?**

L'objectif secondaire est **d'élaborer une plaquette d'information sur la contraception reprenant les attentes des jeunes femmes interrogées et les données de la littérature.**

II) MATERIEL ET METHODES

A) CHOIX DU TYPE D'ETUDE

1) POURQUOI UNE ETUDE QUALITATIVE ?

Nous cherchions à **comprendre** (paradigme compréhensif) **pourquoi les méthodes éducatives à la contraception ne fonctionnent pas** (hypothèse de départ) en analysant **le ressenti** des femmes interrogées (objectif principal) dans le but éventuel **d'améliorer** ces méthodes (objectif secondaire).

Les facteurs étudiés étaient subjectifs, donc difficiles à mesurer. L'étude la plus appropriée semblait être la méthode **qualitative** car elle permet d'étudier des profils variés, d'obtenir des réponses différentes et de favoriser **l'émergence de nouvelles idées**. « *L'analyse qualitative se présente comme un acte à travers lequel s'opère une lecture des traces laissées par un acteur ou un observateur relativement à un événement de la vie* » (47).

Nous ne cherchions pas à représenter statistiquement une population, mais à identifier l'ensemble des situations possibles. « *Lorsque nous voulons mieux comprendre ce monde-ce qui ne revient pas à mieux le mesurer-, notre travail est en grande partie un travail d'ordre qualitatif* » (45).

Nous nous sommes principalement fondés sur L'ouvrage de **Pierre Paillé et Alex Mucchielli : Analyse qualitative en sciences humaines et sociales**.

2) POURQUOI UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ?

Nous avons choisi un **entretien semi-directif** pour favoriser la **diversité des réponses**. Les questions étaient ouvertes, invitant à des réponses personnelles et développées. Tout en gardant en tête l'analyse à venir. « *Une enquête qualitative [...] dans le but de construire rigoureusement des descriptions ou des interprétations relativement au sens à donner aux actions et expériences humaines analysées* » (45). Il était nécessaire de suivre un **guide d'entretien** pour développer les réponses tout en évitant les digressions.

L'interview était **individuelle**, en face à face pour mettre en confiance sur un sujet intime, difficile à aborder. Le « focus group » risquait d'inhiber le discours de certaines patientes.

B) RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE

1) QUI INTERROGER ?

L'étude portait sur les **femmes de 18 à 30 ans**. Initialement, nous souhaitions interroger les femmes de 15 à 19 ans. Pour deux raisons :

- Elles sont à l'âge où se pose le choix de la contraception pour la première fois.
- Elles concentrent les efforts des politiques de santé publique.

Malheureusement, l'enquête en planning familial chez les mineurs nécessitait une autorisation parentale, contradictoire avec l'anonymat du planning.

Après discussion avec le Comité de Protection des Personnes de l'Hérault (CPP) et le Dr Philippe Serayet, l'enquête chez des mineures trop difficile à organiser a été abandonnée. Le médecin du planning familial de Béziers n'a pas souhaité donner suite car la patientèle majeure y est très réduite.

L'étude de la littérature a éveillé notre intérêt pour la classe des 18-30 ans comme le montre le chapitre I) E) Objectifs de recherche.

La thèse portait sur l'**opinion** des femmes et non pas leur **connaissance**. De plus, leurs interviews étaient **anonymes** et les enregistrements détruits. La loi Jardé ne s'appliquait donc pas à notre étude, l'accord d'un CPP n'était donc pas nécessaire.

2) COMBIEN DE FEMMES INTERROGER ?

Il n'y a pas de nombre de sujets nécessaires en étude qualitative. Au début de l'enquête, nous voulions interroger un nombre de femmes suffisant pour arriver à « **saturation des données** ». Cependant, la pratique ne nous a pas permis de coller précisément à cette définition puisque des interviews ont été menées alors que les précédents entretiens n'étaient pas encore totalement analysés.

Selon Miles et Huberman, un échantillon peut être scientifiquement valide tout en répondant à des critères d'obligations logistiques (l'accessibilité, la facilité d'entrée, le calendrier, les échéances, la disponibilité, les coûts) (46)

Dès les premières interviews, des sujets « forts » nous sont apparus : la peur des corps étrangers, une certaine méfiance vis-à-vis des soignants, un sujet perçu comme tabou, le rôle prépondérant de l'entourage.

Selon LeCompte et Preissle, la constitution d'un échantillon est une opération « évolutive » et une méthode d'échantillonnage dans une enquête qualitative peut être effectuée pendant l'étude (46).

Les dernières interviews n'ont fait que confirmer l'arbre thématique naissant. A la 13^{ème} patiente, ne voyant plus se dessiner de nouveaux sujets, nous avons arrêté les entretiens. Cela a permis une enquête de taille réalisable tout en balayant de nombreux thèmes.

3) OU LES RECRUTER ?

L'étude a eu lieu à **Béziers** où je remplace régulièrement. La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) SISA héberge des médecins généralistes et des sages-femmes. Les bureaux sont sur **deux sites** (les Halles, en centre ville et la Devèze, au sud-est de Béziers). Cela a permis de recruter un public plus large et diversifié. Ce qui est intéressant en étude qualitative.

Les **critères d'inclusion** étaient : toutes les femmes entre 18 et 30 ans consultant à la MSP durant la période d'étude et en fonction de leur ordre d'arrivée dans la salle d'attente.

Les **critères d'exclusion** étaient : celles dont l'âge ne semblait pas correspondre à la classe étudiée de manière évidente, si j'étais déjà occupée par une interview lors de l'arrivée de la patiente et le refus de participer.

C) REDACTION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Notre guide d'entretien abordait différents thèmes tout en restant **flexible** et adaptable au discours de la patiente (annexe 3). Des **questions ouvertes** et un **raisonnement inductif** nous ont semblé adaptés à une **analyse thématique** des réponses. Le but était de laisser la patiente s'exprimer librement, en limitant notre influence sur ses réponses pour privilégier sa **spontanéité** et aborder le plus de thèmes possibles.

Si la patiente n'évoquait pas le sujet de manière spontanée, des questions de relance plus précises pouvaient être utilisées.

Le guide commençait par une question d'ordre **général**. Elle servait de mise en situation pour mettre la patiente à l'aise avec le sujet. Elle l'invitait à se remémorer et raconter **son « histoire »** avec la contraception. (Pouvez-vous me parler des différentes méthodes contraceptives que vous avez utilisées ou que vous pensez utiliser ?)

Les questions suivantes exploraient l'opinion et l'utilisation des contraceptifs par les femmes selon différents axes étudiés dans la littérature :

- Leurs opinions sur les **avantages et des inconvénients** des contraceptifs. (Que pensez-vous des autres moyens de contraception ?)

- Leurs **relations avec les professionnels de santé**, afin de cibler les zones d'ombres et les sujets non abordés avec eux. (Si je vous propose une consultation individuelle pour parler de contraception, quels points aimeriez-vous éclaircir?)

- Les **méthodes éducatives** à la contraception rencontrées et utilisées (Comment avez-vous connu les différents contraceptifs utilisés dans votre vie ?)

- Les **lacunes ressenties** en matière d'éducation (Que manque-t-il actuellement aux femmes pour choisir leur contraception ?)

- Enfin, leur **avis général** sur l'ensemble des méthodes éducatives à la contraception (Quel est votre avis général sur l'éducation à la contraception actuelle ?)

Les deux dernières questions incitaient la patiente à analyser et juger ces méthodes éducatives. Il s'agissait de questions d'ouverture pour recueillir de nouvelles idées.

Le guide était également composé d'une **introduction**. Elle servait à me présenter et expliquer rapidement le sujet de l'étude, pourquoi cette étude était faite, sans donner trop de détails pour ne pas influencer la patiente. On rappelait l'anonymat et on demandait l'autorisation orale pour enregistrer l'entretien sur dictaphone (l'enregistrement pouvait être refusé).

A la fin de l'entretien, un petit **questionnaire démographique** permettait de préciser le profil de la patiente. Il y était demandé : son âge, son statut marital, le nombre d'enfants et de grossesses, sa profession et sa ville de résidence.

Le guide a été retravaillé au fil des entretiens, après les premières retranscriptions et analyses. Les modifications effectuées concernaient la formulation de questions supplémentaires notamment sur l'utilisation des nouvelles technologies car ces méthodes étaient peu abordées spontanément (annexe 4).

D) REALISATION DES ENTRETIENS

Les patientes sélectionnées étaient abordées dans la **salle d'attente** pour leur proposer de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse. Elles étaient informées que le sujet concernait leur opinion sur les méthodes éducatives à la contraception. Si la patiente acceptait de participer, le moment de l'interview était choisi par chaque femme interrogée (**avant ou après la consultation**), nous privilégions les entretiens après consultation avec le professionnel de santé afin de ne pas être limité par le temps. Les entretiens avaient lieu :

- Le **lundi, mercredi, jeudi, vendredi au cabinet des Halles** (39 Place Pierre Sénard, Béziers). Deux salles étaient disponibles pour les interviews. Une sans utilité particulière, au fond du cabinet, avec une table et deux chaises. Lors de l'absence d'un médecin, nous occupions son bureau, plus près de la salle d'attente, plus fourni en mobiliers et en décorations.

- Le **mardi**, les entretiens ont eu lieu au cabinet de la **Devèze** (313 rue Jacques Balmat, Béziers) dans la salle d'urgence. C'était une pièce avec une table d'observation, un bureau, deux chaises et du matériel de secours comme un chariot d'urgence.

Les entretiens ont été **enregistrés** après accord verbal de la patiente. L'entretien s'arrêtait lorsque **tous les axes du guide avaient été abordés**. L'ensemble des entretiens a été retranscrit et analysé, de manière **anonyme** (le nom de chaque femme a été remplacé par un numéro).

E) L'ANALYSE

L'analyse de l'étude était « **thématique** ». Il s'agissait de « *transposer d'un corpus donné en un certain nombre de **thèmes représentatifs** du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique)* » (47). Une analyse doit être rigoureuse, systématique, objective, vérifiable et reproductible. C'est un processus évolutif et continu.

L'analyse était « **horizontale** ». On s'intéressait à la diversité des thèmes émergents. Pour cela, nous avons repéré les **catégories les plus fréquentes** et nous avons analysé comment chaque élément a été abordé par toutes les participantes. Nous avons quantifié la fréquence d'apparition d'une même catégorie dans l'ensemble des entretiens. Cette fréquence n'avait pas pour but d'être généralisée à l'ensemble de la population dont été extrait l'échantillon. Elle s'appliquait uniquement à notre échantillon de 13 patientes. Elle cherchait à donner une importance relative à certains thèmes.

L'analyse était « **inductive** ». « *Dans la mesure où il y a une certaine construction de la catégorie et non une reproduction stricto sensu d'une catégorie préexistante* » (45). Le **codage a eu lieu à postériori**, sans grille de lecture préétablie. Le but était de découvrir de nouvelles catégories inconnues.

L'analyse était « **en continu** ». Il s'agissait « *d'une démarche ininterrompue d'attribution des thèmes et simultanément de construction de l'arbre thématique* » (45).

Nous utilisons un « **relevé de thème** », un document contenant la « *liste linéaire des thématisations et de leurs définitions regroupées sous des rubriques* », et un « **journal de thématisations** », document dans lequel étaient consignés les « *éléments thématiques saillants ainsi que les exercices de regroupements thématiques* » (45). Ces deux documents ne sont pas présentés dans cette thèse car ils nous ont servi de brouillons. Nous pouvons les résumer de la sorte :

1) La première partie était le **codage axial des verbatims** en **catégories** représentant l'idée qu'ils véhiculent, idée sous-entendue par des phrases ou des comportements. Il s'agissait d'une « *transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce en rapport avec la problématique* » (45).

Le codage des verbatims était ouvert, toujours centré sur la question de recherche.

Nous avons utilisé un traitement manuel par le logiciel Word (copie des parties de texte en les collant dans les catégories correspondantes et en les codant afin de pouvoir retrouver la partie copiée dans le texte d'origine)

2) La deuxième partie consistait à « *vérifier s'ils (les thèmes) sont récurrents d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent.* » (45). Elle consistait aussi à « *effectuer des regroupements de plus en plus complets* » (45) des thèmes entre eux afin **de les regrouper en thèmes plus généraux et parfois déclinés en sous-catégories plus détaillées**. Des concepts étaient définis, une cartographie des différents registres était dressée et des associations étaient recherchées.

Cette analyse **descriptive** permettait un travail plus interprétatif des données dans la partie discussion. La fréquence avec laquelle chaque thème a été abordé n'est valable que dans notre échantillon et ne peut pas être extrapolé à toute une population.

La présentation des résultats finaux était sous forme d'un **arbre thématique**. Ce « panorama » (45) réunissait l'ensemble des thèmes retrouvés, en les associant entre eux quand cela était possible.

Ce travail, associé aux données existantes de la littérature, a permis d'aboutir à des hypothèses, une théorie explicative et des recommandations éventuelles (48).

III) RESULTATS

A) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'étude a eu lieu du **lundi 25 au vendredi 29 juin 2018**, le matin entre 9h et 12h. Notre étude a inclus **13 femmes**, de profils différents, dont les caractéristiques sont résumées dans l'annexe 5 « Caractéristiques des femmes ayant participé aux entretiens ».

L'âge moyen des femmes était de **24 ans**, avec des extrêmes de 21 et 30 ans. L'étude comprenait **3 femmes sans emploi** (dont 1 en recherche d'emploi dans la vente et deux femmes au foyer), **1 secrétaire**, **3 étudiantes**, **1 serveuse**, **2 femmes de ménage**, **2 aides soignantes**, **1 kinésithérapeute**. **5 étaient dans le domaine de la santé** (BEP sanitaire et social, CAP petite enfance, auxiliaire de puériculture, aide soignante, kinésithérapeute, secrétaire médicale) .Les entretiens réalisés avaient une durée moyenne de **10 minutes**.

B) ANALYSE THEMATIQUE

L'analyse thématique de la question « **Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?** » fait apparaître **7 thématiques principales** :

- 1) Les contraceptifs existants**
- 2) Les croyances de la patiente**
- 3) L'autonomie de la patiente**
- 4) L'entourage**
- 5) Les médias**
- 6) La relation avec les soignants**
- 7) L'école**

1) LES CONTRACEPTIFS EXISTANTS

a) Une vision stéréotypée

Les femmes interrogées ont **une vision traditionnelle et stéréotypée** de l'ordre d'utilisation des contraceptifs :

« *J'ai utilisé la pilule et le préservatif. Traditionnel.* » (Patiente 3),

« *Et après, vu que j'ai eu une première grossesse, j'ai eu le stérilet en cuivre.* » (Patiente 6),

« *C'est moi qui ai demandé le stérilet parce que je ne voulais plus du tout d'enfant.* » (Patiente 11).

Les patientes donnent **peu d'explications** sur ce point :

« *Et alors pourquoi la pilule plutôt qu'autre chose ? Heu...Je ne sais pas. C'est plus efficace sans doute.* » (Patiente 8),

« *Je ne sais pas pourquoi dans cet ordre là.* » (Patiente 9).

Cette **vision stéréotypée ou raccourcie** se retrouve dans d'autres sujets :

- Sur **un âge incompatible avec une grossesse** :

« *Quand j'avais 15-16 ans je crois, un truc comme ça, je suis tombée enceinte. Donc j'étais trop jeune, donc du coup j'ai avorté.* » (Patiente 1).

- **L'absence de besoin de connaissances** :

« *Bah nan parce que je prends que la pilule donc je n'en connais pas d'autre.* » (Patiente 7).

- La **religion** limitant le suivi :

« *Parce que moi je suis musulmane donc je n'ai pas de rapport donc je n'ai jamais vu le gynécologue...* » (Patiente 13).

Elle se retrouverait aussi chez les **soignants** selon la patiente 9 :

« *Ce n'est pas forcément à l'école, tout ça, où on a été informé de ça, ou même mon gynécologue qui m'a présenté « y a ça, ça, ça comme moyen de contraception »,*

« *C'est vrai que le gynécologue il envoie vers la pilule tout de suite.* »

b) Beaucoup de contraceptifs disponibles

Les patientes reconnaissent l'existence de beaucoup de moyens de contraception **différents** :

« *Le stérilet, la pilule, l'implant, on peut quand même tourner...* » (Patiente 1),

« *Après est-ce que ça va être quelque chose de journalier, d'hebdomadaire, de mensuel.* »

(Patiente 6),

« *Bah franchement, il y a déjà le patch, l'implant, c'est déjà suffisant.* » (Patiente 10).

Toutefois, seuls les contraceptifs les plus **connus** sont cités, certains demeurent méconnus :

« *Et je ne sais pas si vous connaissez l'implant [...] ? Pas du tout.* » (Patiente 3),

« *Voilà il y a le patch. J'en ai entendu parler mais j'ai pas...Je connais personne qui l'a essayé pour au moins ...J'en ai juste entendu parler.* » (Patiente 10).

Ces interviews nous montrent que chaque femme est unique et dépendante d'événements qu'elle a ou non choisis. Le contraceptif devrait s'adapter à ces **diversités** :

- **Changement du corps** (dû aux régimes, au sport...) :

« *Seulement vu qu'il y avait perte de poids etc. ...Vu que je faisais beaucoup de sport, le stérilet s'est déplacé au bout de 3 ans et demi.* » (Patiente 6).

- **Grossesse, accouchement, allaitement** :

« *Et étant donné que j'avais eu une césarienne j'avais plus l'anatomie entre guillemets pour replacer un stérilet.* » (Patiente 6),

« *L'implant c'était à l'accouchement de ma fille en fait.* » (Patiente 10).

- **Mode de vie, travail** :

« *Mais le problème c'est qu'avec le planning que j'avais, parce qu'en étant aide soignante je travaille de jour et de nuit donc c'est très difficile de prendre une pilule. Donc du coup à un moment donné je l'ai arrêtée.* » (Patiente 6).

- **L'état de santé et la maladie** :

« *J'ai eu un problème avec mon fils à la naissance, je suis parti directement à Montpellier. Mais je suis passée un mois voir un peu plus à l'hôpital avec lui. Donc forcément j'ai pas eu le temps de m'occuper de moi, de mon utérus.* » (Patiente 1),

« Je ne sais pas, je vais voir avec le médecin, reprendre rendez-vous, voir. Parce que là j'ai deux semaines d'antibiotiques. » (Patiente 11).

- Les relations amoureuses :

« Ça c'est vraiment une question que je poserai parce que je n'ai jamais pris de contraception. Je me marie au mois de septembre et je me pose ces questions. » (Patiente 13),

« Et avec mon nouveau compagnon toute façon on avait un projet bébé donc... » (Patiente 6).

c) Vers un contraceptif idéal

D'après ces entretiens, on peut définir les caractéristiques d'un contraceptif idéal :

- Il ne s'oublierait pas :

« Mais le problème c'est qu'avec le planning que j'avais [...] c'est très difficile de prendre une pilule. Donc du coup à un moment donné je l'ai arrêtée. » (Patiente 6),

« Sous pilule. J'ai oublié, j'ai oublié, je suis tête en l'air. » (Patiente 12).

- Il serait efficace :

« Ça dépend si elles sont sujettes à être sensibles aux hormones. » (Patiente 6),

« Parce que dans ma famille elles sont tombées enceintes. Elles ont eues des problèmes. Elles sont tombées enceintes avec stérilets. » (Patiente 12).

- Il présenterait peu de risques pour la santé :

« Du moment où il n'y a pas de risque. » (Patiente 9).

- Il aurait peu d'effets secondaires :

- Pas de douleur :

« Il y avait encore ces maux de tête, ces symptômes, qu'on a quand on a du mal à supporter la pilule. » (Patiente 6),

« Il paraît que ça fait mal, c'est douloureux et tout et je veux pas. » (Patiente 12, avec une voix angoissée).

- Pas de prise de poids :
« Parce que j'ai commencé à grossir avec la pilule. C'est bien mais on grossit. [...] Ah oui non mais j'ai pris 15 kilos. » (Patiente 5).
- Pas de ménorragie :
« Ça saignait beaucoup. Du coup là je l'ai enlevé. » (Patiente 10).

- Il **conserverait des menstruations** régulières :

« Parce qu'une fois on m'a proposé l'implant. Ça j'aime pas trop. Le fait qu'on ne voit pas le sang. Moi ça va me faire plus paniquer qu'autre chose. » (Patiente 4).

- Il serait **simple** d'utilisation :

« Donc en même temps, voilà, un cachet tu le prends et c'est fini. » (Patiente 7),

« Je m'étais dit au moins la pilule c'est facile à arrêter alors que le stérilet... » (Patiente 9).

- Il serait en **adéquation avec le mode de vie** propre à chaque patiente :

« Tout de suite elle m'a dit, par rapport à votre mode de vie etc. ...Le stérilet il n'y a pas mieux. » (Patiente 6),

« Bah c'était le seul compatible avec l'allaitement. » (Patiente 11).

- Il ne serait **ni palpable, ni visible** :

« L'implant aussi j'aime pas avoir quelque chose dans le bras. » (Patiente 6),

« J'aimerais pas avoir quelque chose directement à l'intérieur de moi. » (Patiente 13).

- Il ne devrait **pas toucher les organes génitaux, ne nécessiterait pas de les toucher, ne serait pas sensible pendant les rapports sexuels, ne serait pas vécu comme « intrusif » par la patiente** :

« Le stérilet, je ne sais pas, c'est le truc à mettre en bas c'est ça ? C'est comme le préservatif féminin. Mettre un truc en bas, je ne sais pas... » (Patiente 5),

« Le stérilet nan. Nan je peux pas (en souriant, rigolant, un peu gênée). Pour moi hein. Pour mon avis. Je ne supporterai pas du coup. » (Patiente 10),

« Ça ne m'aurait pas été, étant donné que peut être au niveau de l'intimité ça m'aurait dérangé avec mon partenaire [...] Et puis c'est le fait de l'appliquer. » (Patiente 6).

Ce qu'il faut retenir de la partie 1 « Les contraceptifs existants » :

Les femmes interrogées et les soignants peuvent avoir une vision traditionnelle et stéréotypée sur la sexualité et les contraceptifs.

Les patientes savent qu'il existe un vaste panel de contraceptifs mais ils ne sont pas tous connus. Chaque femme est singulière mais leurs revendications communes nous font définir un contraceptif idéal : il ne s'oublierait pas, il serait efficace, sans risque ni effet secondaire, il serait simple, respecterait le mode de vie et les menstruations, il ne serait ni palpable, ni visible, ni vécu comme intrusif dans la vie et le corps de la patiente.

2) LES CROYANCES DES FEMMES

a) La peur d'un corps étranger

On voit que certains contraceptifs peuvent être vécus comme quelque chose **d'étranger à soi**.

Dans une zone exposée aux regards (l'implant) ou une zone intime, privée (le stérilet) :

« *J'aimerais pas avoir quelque chose directement à l'intérieur de moi.* » (Patiente 13).

Cela peut engendrer un sentiment de **peur** :

- Peur de l'infection :

« *Parce que les trucs à l'intérieur de moi, merci...Pas trop confiance dans tous les trucs à l'intérieur de moi, les trucs qui peuvent passer par le stérilet, les infections...* » (Patiente 1).

- Peur de la douleur :

« *Parce que après je suis anti tout ce qui est implant...Voilà je suis très douillette.* » (Patiente 7).

- Peur de sentir quelque chose :

« *Nan et puis même sentir quelque chose là, moi ça me...Je ne suis pas très...Ce n'est pas que je ne suis pas pour, mais ça m'attire pas quoi* » (Patiente 1),

« *Et puis l'implant aussi j'aime pas avoir quelque chose dans le bras.* » (Patiente 6).

Cette peur peut aussi traduire un manque de **confiance envers la médecine** :

« *En fait, c'est pas tant pour ça efficace on va dire donc du coup ...Vaut mieux pas en prendre.* »

(Patiente 1).

b) La peur de ne pas respecter ce qui est naturel

Dans cette étude, on voit que pour beaucoup de femmes **l'utilisation d'hormones est mauvaise** pour notre corps :

« *Hormonal, moi je pense que c'est pas bon pour le corps de la femme* » (Patiente 2),

« *Il y a quand même des hormones. Ce n'est pas forcément très bon. Donc je serais ouverte à utiliser un moyen peut être moins nocif entre guillemets.* » (Patiente 9).

A l'inverse, le fait d'**avoir ses règles est vu comme « bon » car « naturel »** :

« *Moi je suis pour tout ce qui est entre guillemets naturel, donc si on a nos règles, à mon avis, c'est pour quelque chose. Donc pourquoi aller mettre un truc pour les arrêter quoi. Non ?* »
(Patiente 2),

« *Le fait qu'on ne voit pas le sang. Moi ça va me faire plus paniquer qu'autre chose. [...] je suis habituée à les avoir en fait. C'est plus naturel.* » (Patiente 4).

Ces règles donnent à la femme **un rôle de « procréatrice »** qui serait voulu par la nature :

« *La femme, elle est faite pour ovuler chaque mois, voilà.* » (Patiente 1).

c) Un manque de connaissances

L'étude interroge les femmes sur leurs opinions et non pas sur leurs connaissances. On constate cependant, dans les réponses des patientes, des **lacunes** :

- Sur les **possibilités de contraception** :

« *Alors honnêtement moi je ne connais que ces deux là* » (Patiente 4), « *Donc on me l'a enlevé (le stérilet) et je ne sais pas on va faire quoi après.* » (Patiente 11).

- Sur l'**efficacité des contraceptifs** :

« *A partir du moment où l'on fait attention au lit avec son compagnon, je vois pas l'intérêt de prendre stérilets, pilules, etc....* » (Patiente 1),

- Investigateur : « *Et alors pourquoi la pilule plutôt qu'autre chose ?* »

- Patiente 8 : « *Heu...Je ne sais pas. C'est plus efficace sans doute.* » .

Ce manque de connaissance peut être dû à :

- Une **simplification** des données :

« *Mais comme mon médecin m'a dit que j'étais bourrée d'hormones bah ...Pour l'instant je peux pas en avoir* », « *Laquelle donne le cancer ? Ah bon, J'ai entendu parler comme quoi y en a qui donnent le cancer.* » (Patiente 5),

« *Parce que après, il y en a qui sont enceintes à 16 ans, elles croient que c'est tout beau tout rose mais après quand t'as des enfants en bas âge, c'est pas la même histoire.* » (Patiente 7).

- Des données **confondues** :

« *Donc il n'y a pas que la contraception grossesse, il y a la contraception maladie.* » (Patiente 6),

« *Et le préservatif bien sur mais qui n'est pas ...Ah non, ça c'est la protection ?* » (Patiente 10).

- Ou **obsolète** :

« *J'ai dans l'esprit que le stérilet on peut, il vaut mieux le poser une fois qu'on a eu des enfants.* » (Patiente 9).

- Une notion de **fatalité**, par exemple sur un trait de famille immuable, qui déchargerait les femmes de leur responsabilité :

« *Comme je sais que je suis un peu fertile* » (Patiente 10),

« *Comme je sais chez nous y a les règles douloureuses.* » (Patiente 11),

« *Je suis tête en l'air hein ! Je vous assure.* » (Patiente 12).

Toutefois, il existe une **remise en question** de leurs connaissances par des interrogations :

« *J'ai dans l'esprit que le stérilet on peut, il vaut mieux le poser une fois qu'on a eu des enfants. Mais je sais que c'est faux. Je crois que c'est faux.* » (Patiente 9)

« *Ça c'est vraiment une question que je poserai parce que je n'ai jamais pris de contraception. Je me marie au mois de septembre et je me pose ces questions.* » (Patiente 13).

Ce qu'il faut retenir de la partie 2 « Les croyances des femmes » :

Certains contraceptifs font peur, car ils sont perçus comme des corps étrangers, dans une zone sensible et privée. Selon certaines femmes, l'utilisation d'hormones est mauvaise, contrairement au fait d'avoir ses règles qui est « bon » car « naturel ». Les menstruations renvoient au rôle de « procréation » des femmes. Ces pensées révèlent un manque de confiance envers la médecine mais également un manque de connaissances.

3) L'AUTONOMIE DE LA PATIENTE

Les patientes **revendiquent leur autonomie** :

- Dans leur **droit de refuser une contraception** :

« *Ah oui, c'est par choix. J'ai décidé de ne pas prendre la pilule, le stérilet, ni rien du tout.* »

(Patiente 1),

« *Et pourtant on me l'a proposé après l'accouchement de la dernière (le stérilet). J'ai pas voulu.* » (Patiente 12).

- Dans leur **choix de suivi** gynécologique :

« *Même lui il me disait « T'as pas besoin d'aller au gynéco, au pire moi j'ai fait des études, enfin en parallèle ». Ah non, non, non, hein. Non, non, non. Je vais voir ma gynéco.* » (Patiente 5).

- Dans leur **recherche d'informations** :

« *En tant qu'étudiante. Je me suis renseignée sur le général, sur le marché, qui se proposait en tant que contraception.* » (Patiente 6),

« *Et de là, je suis partie au planning familial. J'ai vu quelqu'un à part, qui m'a expliqué un peu comment ça se passait, de prendre la pilule, un implant, stérilet, ... Et du coup je suis resté sur une pilule.* » (Patiente 7).

Les patientes se veulent autonomes car elles sont **singulières** :

« *Donc qu'est-ce qu'on va me proposer là... Parce que je ne veux plus d'enfant. [...] En fait les questions que je vais demander pour savoir, qu'est-ce qui pourrait correspondre le plus à moi.* » (Patiente 6),

« *Déjà pour moi, les gynécos, les médecins, ils vous connaissent un peu, ils vous consultent, ils connaissent votre corps.* » (Patiente 10).

Elles sont également des êtres **libres** :

« *On ne va pas non plus s'arrêter de fumer si on veut être protégée* » (Patiente 6),

« *Non après, chacun fait ce qu'il a envie.* » (Patiente 7).

Toutefois l'autonomie entraîne aussi une part de **responsabilité** :

« Bon après la personne vient, ne vient pas c'est son choix. Mais elle sait que c'est possible, qu'elle a une ouverture. », « Après comme je dis c'est personnel. Si on ne veut pas s'intéresser, il peut y avoir des milliards de fiches en face de nous, on ne les lira pas. » (Patiente 13),

« Bah après elles font leur travail hein (Les sages-femmes). Elles préviennent. Mais après, t'écoutes ou t'écoutes pas. » (Patiente 7).

Cependant, on constate une certaine **discordance** entre cette revendication d'autonomie et :

- Un **désintérêt** pour le sujet (cf. III) 6) e) c'est au médecin d'aborder le sujet).

- Un **manque de suivi** médical :

« C'est vrai que depuis je suis jamais allée voir mon gynécologue. » (Patiente 1),

« Alors j'ai pris au tout début, quand j'étais plus jeune, la pilule, après ça m'a soulé. » (Patiente 2).

- La persistance d'une **vision paternaliste du médecin** :

« Parce que je lui avais dit que potentiellement... (Sous-entendu elle allait avoir des rapports sexuels) lequel prendre ? Donc il m'avait dit d'abord le préservatif avant la pilule. » (Patiente 3),

« Donc c'est pour ça qu'on m'a mis, entre guillemets, un stérilet. Pour s'assurer qu'il n'y ait pas de grossesse à suivre. » (Patiente 6),

« Et après on reprend rendez-vous [...] avec le médecin généraliste et je ne sais pas après, c'est lui qui verra un peu. » (Patiente 11).

Ce qu'il faut retenir de la partie 3 « L'autonomie de la patiente » :

Les patientes revendiquent leur autonomie dans leur choix de contraceptif, leur choix de suivi médical, leur recherche d'informations. Chaque femme se veut unique et libre. L'autonomie entraîne une certaine responsabilité que les patientes n'assument pas toujours (désintérêt, manque de suivi, report du choix d'un contraceptif sur le médecin traitant).

4) L'ENTOURAGE

a) Rôle de la famille, des amies, des voisines

La famille est l'une des **premières sources d'information** citée dans cette étude avec les amies et les voisines :

« *On s'aide un peu, on va dire que c'est la médecine de... (Elle réfléchit) D'automédication. Je vais pas dire ça car il ne faut pas, mais c'est la médecine à la maison où l'on se renseigne chez la voisine, chez la copine, chez la maman, parce qu'elle aura vu la « fille de » qui prend ça... On fait comme ça.* » (Patiente 6),

« *C'est plus en discutant avec des gens qui utilisent plutôt que les professionnels.* » (Patiente 9),

« *Par les connaissances tout simplement. Parce qu'on en a parlé avec des copines, la famille. Le bouche à oreille.* » (Patiente 13).

b) Rôle des aînées

L'expérience des aînées est valorisée par les patientes :

« *Ma maman [...] elle travaille dans le ménage. Mais bon avec trois enfants je pense que...* » (Patiente 11),

« *Les mères ouais je pense. Si elles ont eu des enfants elles sont adultes hein. Elles savent expliquer.* » (Patiente 12).

Ce qui leur donne une responsabilité :

« *J'ai une fille, qui a 15 ans. Et on en parle pas du tout tu vois, parce qu'elle a honte. Moi je pense que les jeunes filles elles sont un peu plus réservées à ce sujet là, un peu plus timides. Je pense que c'est nous qui devrions aller vers elles.* » (Patiente 2),

« *Moi j'en parle souvent avec ma grande sœur qui me donne souvent des conseils. Elle en sait un peu, elle sait sur ça.* » (Patiente 10).

c) Nécessité d'éduquer les parents

Il faut **éduquer la source d'information elle-même**. Dans ce cas précis, les parents ou dans le cas d'une communauté immigrée, la femme parlant et comprenant le français :

« *Un peu plus éduquer les parents. Parce qu'il y en a, ils en parlent pas du tout avec les enfants. Et c'est un peu la première source d'information. [...] Parce qu'on dit les enfants en premier mais il y a les parents en premier.* » (Patiente 5),

« *Après c'est aux parents aussi d'en parler avec leurs filles.* » (Patiente 11).

d) La relation avec les hommes dans ce choix de contraception

Les femmes de l'étude n'ont **pas l'impression que les hommes se sentent concernés** par le sujet de la contraception :

« *Quand j'étais plus petite, quand j'étais au collège etc. C'est vrai que les garçons, ils s'en foutent. Si on prend la pilule, si on est bien dans notre peau, si machin. Eux ils changeront pas quoi.* » (Patiente 1),

« *Moi je sais que j'avais une classe, c'était beaucoup d'hommes. Ils prenaient pas au sérieux quoi. Ça rigolait beaucoup, ils écoutaient pas. Ils sont gênés. Pour eux c'est pas un problème quoi.* » (Patiente 13).

Toutefois, peu de femmes interrogées les **impliquent dans l'éducation**. Le vocabulaire choisi est féminin : « ma fille », « les mères »... C'est une affaire de femmes :

« *Après c'est aux parents aussi d'en parler avec leurs filles.* » (Patiente 11),

« *Les mères ouais je pense. Si elles ont eu des enfants elles sont adultes hein. Elles savent expliquer.* » (Patiente 12).

La patiente 6 fait un réel effort **d'implication de son mari**. Elle le cite à deux reprises :

« *Avec mon nouveau compagnon tout façon on avait un projet bébé donc...* »,

« *Et même d'en parler à son partenaire. Parce qu'il est quand même concerné, dans le sens où, si on vient à mettre l'anneau, si on vient à mettre ci, il y a un risque de prise de poids, risque de fiabilité...* ».

Le choix de parler du « risque de prise de poids » avant celui de grossesse non désirée est intéressant. Donne-t-elle **plus d'importance à l'effet secondaire « prise de poids »** qu'au

risque d'avoir une grossesse imprévue ? On notera toutefois que cette patiente souffrait d'un problème de poids important par le passé ce qui peut biaiser l'interprétation.

e) Quand un exemple devient une généralité

Nous avons vu que les femmes interrogées s'appuyaient beaucoup sur l'avis de l'entourage. Trois choses sont à prendre en compte dans ces avis, pour les faire adhérer ou se détourner d'un contraceptif :

- Le **nombre** d'avis recueillis. Plus il y a d'avis dans un sens, plus la femme va y adhérer :

« *Je ne suis pas fan du stérilet parce que j'ai des amies qui l'ont eu et il y a certaines filles qui l'ont pas supporté et puis d'autres, il s'est déplacé et du coup voilà quoi, mauvaise aventure (elle rit). Donc du coup j'ai pas voulu.* » (Patiente 3),

« *Bah toutes mes amies et tout, elles me disent que quand elles ont des rapports ça leur fait mal, elles le sentent. Et du coup j'ai dit « laisse tomber » »* (Patiente 12).

- La **gravité** de l'expérience ou l'importance donnée à cette expérience. Un seul exemple marquant peut alors suffire à les dissuader :

« *J'ai une copine qui l'a eu aussi et qui a pris beaucoup de kilos donc bon...heu... (Rires). Après je sais que ça dépend des personnes mais ça m'a, ça m'a refroidi. Parce que vraiment elle avait pris quoi, 15 kilos ? Donc ça ne m'a pas attiré.* » (Patiente 13).

- **L'attachement** à la personne qui donne son avis :

« *C'est ma tante qui m'avait dit ça. Elle a eu le même problème étant jeune et elle m'a dit : « prend la pilule tu vas voir ça va te calmer ». Et c'est vrai que pour le coup, ça m'a vraiment calmé.* » (Patiente 4),

« *Parce que dans ma famille elles sont tombées enceintes. Elles ont eu des problèmes.* » (Patiente 12).

Certaines patientes gardent un certain **esprit critique** et utilisent ces différentes expériences comme éléments de comparaison tout en tenant compte de leur singularité :

« *Donc y en a une qui a testé l'anneau, pour elle ça allait très bien. Moi de ce qu'elle m'en parlait ça ne m'aurait pas été étant donné que peut être au niveau de l'intimité ça m'aurait*

dérangé avec mon partenaire. », « Mais si ma copine elle a dit qu'elle a pris du poids avec. Alors que ça se trouve sur moi je ne prendrais pas de poids. Donc ce qui fait que je vais mettre de côté une contraception qui m'irait très bien. » (Patiente 6).

Enfin si la patiente ne connaît personne ayant utilisé le contraceptif, elle sera moins tentée de l'essayer malgré ses connaissances sur le sujet :

« Voilà il y a le patch. J'en ai entendu parler mais j'ai pas...Je connais personne qui l'a essayé pour au moins ...J'en ai juste entendu parler. » (Patiente 10).

f) Difficultés d'aborder le sujet intime de la contraception

Il persiste une certaine gêne à parler de ce sujet personnel et en lien avec la sexualité. Cela a un impact sur le choix de l'interlocuteur à qui on s'adresse pour prendre avis :

- Difficulté d'en parler à un **homme**. Cela peut être dû à l'éducation, la culture ou la religion :

« Dans les trucs comme ça je préfère m'orienter vers ma cousine qui est médecin que vers le Dr X qui est un homme. Ça dérange quoi. » (Patiente 1),

« Moi je sais que j'avais une classe, c'était beaucoup d'hommes. Ils prenaient pas au sérieux quoi. Ça rigolait beaucoup, ils écoutaient pas. Ils sont gênés. Pour eux c'est pas un problème quoi. » (Patiente 13).

- Difficulté d'en parler avec ses **enfants** et de reconnaître qu'ils ont une vie sexuelle :

« J'ai une fille, qui a 15 ans. Et on en parle pas du tout tu vois, parce qu'elle a honte. Moi je pense que les jeunes filles elles sont un peu plus réservées à ce sujet là, un peu plus timides. Je pense que c'est nous qui devrions aller vers elles. » (Patiente 2).

Dans l'ensemble, il y a un réel **effort de la part de mères interrogées** pour informer leurs enfants :

« Je leur en parle déjà. Je veux pas trop vous savez...je leur en parle déjà. Elles sont au courant de tout. Je veux pas les bloquer dans...qu'elles se sentent gênées avec moi. Je préfère qu'elles me parlent ouvertement de tout. » (Patiente 12).

- Difficulté d'en parler avec ses **parents**. La gêne est donc à double sens :

« Je n'ose pas parler de ce genre de trucs à mes parents. » (Patiente 3),

« Questionner les parents. Ouais c'est dur ça. Y en a qui répondent. » (Patiente 12).

- Difficulté d'en parler avec son **médecin traitant**. Ce même médecin qui soigne toute la famille, qui connaît la patiente depuis l'enfance et qui peut, également, être gêné. L'embarras paraît majoré si le médecin est un homme :

« C'est les patients qui ne savent pas demander, ils osent pas. C'est quand même un peu gênant. Par exemple mon médecin il a fait accoucher ma mère, il m'a vu bébé il allait pas dire « Oh ! Heu... T'es une grande fille... ». C'est gênant. » (Patiente 5),

« Ah oui. Le Dr X présent ici en a parlé ouvertement avec ma fille. Devant moi. Il était un peu gêné...mais il lui en a parlé. » (Patiente 12).

g) Le poids de la religion et de la culture familiale

La **religion et la culture**, apparaissent comme un **frein** à l'information. Les femmes semblent l'avouer à demi-mot, parce que pour elles c'est une évidence ou parce que c'est tabou :

« Parce qu'y a des personnes elles ont des rapports elles peuvent pas le dire à leur amis, à leur famille, mais le médecin traitant ça peut », « Moi je sais que j'ai pas grandi avec ce...Moi je trouve que on est bien informé quand même. Dès le plus jeune âge [...] quand je rentre au pays je trouve qu'on est... On est quand même bien placé. » (Patiente 13).

Ce qu'il faut retenir de la partie 4 « L'entourage » :

L'entourage semble être la source principale d'information des patientes sur la contraception. Il faut donc éduquer cette source. Ces femmes valorisent les avis provenant de leurs proches, relatant des expériences graves ou fréquentes. Avec ce raisonnement, un exemple risque de se transformer en généralité. Les femmes reprochent aux hommes un manque d'implication sur le sujet de la contraception, mais elles les incluent peu également. Enfin c'est un sujet difficile à aborder car tabou, touchant à l'intime. Cela l'est encore plus si la patiente pratique une religion.

5) LES MEDIAS

a) Application de téléphonie mobile

Seulement une femme sur les treize interrogées nous a dit utiliser des applications de téléphonie mobile :

« *Je télécharge des applications là sur les applis.* » (Patiente 1),

« *Je les ai déjà vues mais je ne les utilise pas.* » (Patiente 5).

b) Internet

Internet est **peu utilisé** chez les femmes du groupe :

« *Je n'ai pas spécialement regardé sur internet. J'ai fait plus avec le médecin et voilà [...]. Bah oui le médecin est fait pour ça et pas internet.* » (Patiente 3),

« *Avec mes amies, ma famille. Pas spécialement internet honnêtement.* » (Patiente 4).

Internet est critiqué car ne prenant pas en compte la **singularité des individus** :

« *On regarde des informations qui n'ont pas notre dossier médical [...] ça reste général. Ce n'est pas ciblé et il y a trop de facteurs à prendre en charge pour la femme pour choisir entre un contraceptif et celui-là.* » (Patiente 6),

« *Internet, des fois, c'est des trucs... Rien à voir.* » (Patiente 8).

Les femmes ont conscience que les informations diffusées sont souvent les plus **négatives** :

« *Ouais, enfin je suis pas trop pour, étant donné que y a prendre et à laisser. Mais quand on va sur les forums « prise de poids, douleur, risques infectieux, etc. [...] Généralement on voit tout ce qui est un petit peu négatif.* » (Patiente 6).

Quand il est utilisé, c'est pour avoir différents **avis** :

« *Oui des fois il m'arrive de regarder. Surtout pour l'implant avant de le mettre. Pour voir quels étaient les effets, pour avoir d'autres avis.* » (Patiente 10).

c) Télévision

La télévision est **peu citée** dans les outils d'information contrairement à l'entourage des patientes. La patiente 5 est pour l'utilisation de la télévision comme moyen de prévention :

« Il faudrait beaucoup de spots publicitaires. Parce que les jeunes aujourd'hui c'est plus ordinateur, télé [...] Il y a beaucoup de spots publicitaires sur l'alcool, sur le tabac, mais la contraception je ne crois pas. [...] C'est dommage. L'information elle passe. »

Mais la télévision peut délivrer des informations qui, sans explication appropriée, seront **mal interprétées**. Comme nous l'avons vu dans le chapitre contraception, les patientes peuvent faire des raisonnements simplifiés fallacieux :

- Patiente 5 : *« J'ai entendu parler comme quoi y en a qui donne le cancer.*
- Investigateur : *Vous avez vu ça où ?*
- Patiente 5 : *Je ne sais plus, à la télé je crois. Il y a tellement de choses ».*

d) Affiches publicitaires

Certaines semblent intéressées par une publicité papier à grande échelle, mais cette proposition n'est citée spontanément qu'une seule fois. Le lieu où ces publicités seraient visibles semble également important :

« Des affiches de prévention dans les rues, moi ça ne me choquerait pas mais je ne suis pas sûre que ça passe [...] je pense ça pourrait choquer. » (Patiente 9).

« Des panneaux publicitaires dans la rue ? Oui, je regarderais. Ça nous concerne nous les femmes. Oui je regarderais. » (Patiente 10).

e) Information dans les salles d'attente

Elles reconnaissent l'**utilité des affiches dans les salles d'attente**, notamment pour ouvrir la discussion avec le soignant :

« Dans les salles d'attentes, ça va. On nous explique. » (Patiente 8),

« Bah si je vois les affiches, je lirais ce qu'il y a noté dessus et après j'en parlerais, si j'ai rendez-vous, [...] mais je m'intéresserais d'abord. Si je vois les affiches je me dis « pourquoi pas ? » » (Patiente 10).

Cependant, peu de ces affiches abordent **la contraception dans leur tranche d'âge** :

« *Là l'allaitement on a des gros panneaux, quand on est chez le généraliste on a des gros trucs sur l'arthrose, risque de ménopause etc.... Mais sur la tranche, nous, de 25-30 ans on a aucune information.* » (Patiente 6).

f) Le contenu de l'information

Les femmes sont conscientes que c'est l'information diffusée qui **dicte les débats de société**. Les sujets passent à travers la **subjectivité des journalistes** et ce sont souvent les informations les plus **négatives** qui nous arrivent :

« *On en parle de plus en plus (l'IVG) mais avant ça on n'en parlait pas, et c'est dommage.* » (Patiente 5),

« *Bah disons que moi, toutes les dernières infos, entre guillemets, sur tout ce qui est information, c'était au niveau des médias. Et c'était tout les désagréments de la pilule, quand il y a eu les gros soucis etc.* » (Patiente 6).

Elles souhaitent des **informations plus objectives, fiables et récentes** :

« *On dit pas « tenez, nouvelle étude qui dit que peut être essayez ça ou ça... » Il n'y a rien », « On a pas d'information à portée de main fiable. C'est-à-dire que à part les infos où on entend que la contraception ne va pas si on fume.* » (Patiente 6).

g) Délivrer l'information plus tôt

On a l'impression que tant que **le problème ne se présente pas, les questions ne se posent pas** :

« *Je vais bientôt me marier donc je vais bientôt démarrer ma protection. [...] Je ne me suis pas renseignée parce que le stérilet, dans le futur mais pas pour maintenant, pas pour maintenant.* » (Patiente 13).

Il semble important de **délivrer l'information assez tôt. Avant d'en avoir besoin. Pour que les femmes n'aient pas à décider dans l'urgence** :

« *Parce que si tu le mets, le stérilet c'est pour un temps ou si tu prends la pilule c'est pour un temps. Donc il faudrait en savoir un peu plus avant.* » (Patiente 10),

« *Les pitchouns il faudrait qu'ils les ...hein !* (Elle signe avec sa main qu'elle agite comme une menace de fessée) *un peu plus tôt quoi. Parce que maintenant ils sont évolués les gamins.* » (Patiente 12).

h) Avis sur l'information sur la contraception tous supports confondus

Certaines pensent qu'il y a **assez d'information** :

« *Non c'est assez d'info. Elles sont claires. Enfin pour moi elles sont claires* (rires). *Moi je n'ai pas de soucis [...] J'ai toujours eu des réponses à mes questions donc ça va.* » (Patiente 3),

« *Je trouve qu'on est bon. Le système de santé en général, gynécologique, enfin...la contraception je trouve qu'on est bien informé.* » (Patiente 13).

D'autres au contraire regrettent le **manque d'information** sur la contraception dans notre société :

« *Il n'y a pas assez d'information je pense. On n'en parle pas assez.* » (Patiente 2),

« *Il en manque ! Manque d'information. Que ce soit au lycée, au collège ou même dans une salle d'attente. [...] Mais je trouve on en parle pas.* » (Patiente 5).

Ce qu'il faut retenir de la partie 5 « Les médias » :

Applications de téléphonie mobile, télévision et internet semblent peu utilisés. Les informations y sont subjectives, souvent négatives, non adaptées à la singularité de la patiente. Mais ils donnent accès à beaucoup d'avis différents. Les affiches dans les salles d'attente et dans la rue pourraient ouvrir la conversation avec les médecins mais leurs emplacements et leurs publics cibles sont à redéfinir. Les femmes souhaitent des informations plus objectives, plus fiables, plus récentes et délivrées plus tôt.

6) RELATION AVEC LES SOIGNANTS

a) Une relation de confiance ?

Les patientes interrogées disent faire **confiance** à leur médecin :

« *Les gens écoutent les médecins.* », « *Déjà pour moi, les gynécologues, les médecins, ils vous connaissent un peu, ils vous consultent, ils connaissent votre corps.* » (Patiente 10),

« *Parce que y a des personnes elles ont des rapports elles peuvent pas le dire à leur amis, à leur famille, mais le médecin traitant ça peut.* » (Patiente 13).

Elles sont **fidèles** à leur gynécologue qui les connaît :

« *Quand on est habituée à quelqu'un, si on connaît la gynécologue on a pas forcément envie d'aller voir quelqu'un d'autre, en plus qu'on connaît pas.* » (Patiente 1),

La patiente 1 a reçu une information sur la contraception au planning familial. Pourtant, elle se montre **réticente envers les produits contraceptifs et l'information reçue** : Elle redoute un manque d'efficacité : « *En fait, c'est pas tant pour ça efficace on va dire donc du coup ...Vaut mieux pas en prendre* », et des effets secondaires inconnus ou incontrôlables : « *J'ai pas envie de me prendre quelque chose. On ne sait jamais ce qu'il peut se passer* », ce qui l'entraîne à penser que : « *A partir du moment où l'on fait attention au lit avec son compagnon, je vois pas l'intérêt de prendre stérilets, pilules etc.* ».

b) Formation des médecins généralistes

Certaines femmes pensent que les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur le sujet : « *Même lui il me disait « T'as pas besoin d'aller au gynéco, au pire moi j'ai fait des études, enfin en parallèle ». Ah non, non, non, hein. Non, non, non. Je vais voir ma gynéco.* »

(Patiente 5),

« *Le problème c'est que si on pas voir les spécialistes, les gynécologues, on a pas forcément tout ce qui est effets indésirables, moyen d'utilisation. [...] Et je pense que quand on demande à un généraliste, il ne veut pas nous renseigner sur ça.* » (Patiente 6),

« *Mais ça je demanderais au gynéco directement.* » (Patiente 11).

La patiente 6 excuse les soignants en reportant la faute sur les **laboratoires** :

« Bah je pense qu'après les labos ne ciblent pas forcément les médecins généralistes. [...] Je pense que les généralistes n'ont pas assez de formation. Mais ce n'est pas de leur faute [...] tous les labos sont ciblés. C'est du commerce et malheureusement du marketing. Ils vont voir directement les gens qui ont la patientèle concernée ».

c) Les avancées de la science

La science évolue, de nouveaux contraceptifs voient le jour, d'autres ont leurs **indications changées** :

« Je pense qu'à l'époque, enfin je ne sais pas je me trompe peut être mais pour moi à l'époque le stérilet c'était que pour les mamans on va dire. Pour les personnes d'un certain âge qui ne voulaient plus d'enfants. » (Patiente 9).

Les patientes interrogées critiquent le **manque de diffusion** de ces données jusqu'à elles :

« Est-ce que les labos ont sorti autre chose ? Parce que du coup moi ma première contraception elle remonte à...J'avais 16 ans. Donc j'en ai bientôt 26. Donc du coup je pense que depuis il y a des choses nouvelles qui ont été faites. » (Patiente 6),

« Peut être oui. Nous on va chez le médecin on pense pas forcément à se remettre en question sur ça. Et c'est vrai que c'est peut être plus au médecin de nous dire « vous savez qu'il y a ça, ça, ça. » (Patiente 9).

Elles notent **une discordance entre ces nouvelles données et le discours des médecins plus âgés**, ce qui peut présenter une perte de chance en termes d'information :

« Après c'est vrai que moi j'ai un gynécologue qui a un certain âge hein. Il est proche de la retraite. Donc il a peut être pas envie de s'embêter avec ça. » (Patiente 9).

Ainsi qu'une **discordance dans entre soignants** :

« Parce que les médecins et à la pharmacie ils ne disent pas forcément la même chose. Donc des fois ils ne sont pas d'accord. » (Patiente 4).

d) Accessibilité

La majorité des patientes regrettent un **manque d'accès aux médecins** et surtout aux gynécologues :

« *Ma gynéco elle est très très prise. Et c'est très compliqué de la voir donc heu...* » (Patiente 1),

« *Et c'est très compliqué d'aller voir une gynécologue étant que normalement les visites se font une fois par an. Entre temps si j'ai un problème avec un contraceptif, comment faire pour me retourner ?* » (Patiente 6),

« *On va dire le moyen le plus accessible c'est le médecin traitant. Parce que le gynéco c'est tellement long les rendez-vous donc si elle va le voir rien que pour ça...* » (Patiente 13).

e) C'est au médecin d'aborder le sujet

Une fois en consultation, quelques femmes vont **aborder d'elles même le sujet** de la contraception :

« *C'est moi [qui ai parlé du stérilet au gynécologue]. Parce que la pilule j'arrêtais pas de l'oublier.* » (Patiente 2),

« *C'est moi qui ai demandé le stérilet parce que je ne voulais plus du tout d'enfant.* » (Patiente 11).

Tandis que **d'autres n'en parleront pas** au soignant :

« *Le stérilet j'en ai jamais parlé à mon médecin, ni rien du tout.* » (Patiente 1),

« *Heu, ...J'ai jamais demandé donc ...* » (Patiente 8).

Les causes évoquées sont multiples :

- La honte d'en parler à un homme :

« *Dans les trucs comme ça je préfère m'orienter vers ma cousine qui est médecin que vers le Dr X qui est un homme. Ça dérange quoi.* » (Patiente 1),

« *Mais même les gynécos hommes, enfin...Y en a qui préfèrent, mais moi je ne préfère pas.* » (Patiente 5),

« *Le Dr X présent ici en a parlé ouvertement avec ma fille. Devant moi. Il était un peu gêné...mais il lui en a parlé.* » (Patiente 12).

- La relation du médecin avec le reste de la **famille** :

« *Par exemple mon médecin il a fait accoucher ma mère, il m'a vu bébé il allait pas dire « Oh ! Heu... T'es une grande fille... ». C'est gênant.* » (Patiente 5).

- Un **désintérêt** pour le sujet :

« *Heu, ...J'ai jamais demandé donc...* » (Patiente 8 avec un rire gêné),

« *Je ne me suis jamais renseignée.* » (Patiente 9).

Un désintérêt parfois **temporaire**, tant que le besoin de contraception ne se présente pas :

- Investigateur : « *Le sujet vous intéresse ?* »

- Patiente 8 : « *Bah pour le moment non. Peut être pour plus tard. Parce que là je n'ai pas de rapport* »,

« *A l'époque je ne m'intéressais pas trop parce que je savais que j'avais pas, je savais que j'allais pas en avoir.* » (Patiente 13).

- La plupart souhaitent que ce soit le médecin qui aborde la question de la contraception, car ce serait son **rôle de soignant** :

« *Je pense que c'est aux professionnels de santé de le faire. [...] de prendre l'initiative de proposer. [...] C'est-ce qui manque pour choisir.* » (Patiente 9),

« *Si c'est pour en apprendre d'avantage oui mais sinon des questions voilà. Si je peux être à l'écoute, qu'on m'en parle là...Bon peut être que les questions elles viendront au fur et à mesure* » (Patiente 10).

Cela ne serait pas le rôle de la patiente, car cette dernière n'est pas forcément au courant des **avancées de la science**. Les femmes interrogées semblent penser qu'il y a très **régulièrement des innovations** dans le domaine de la contraception :

« *Et au niveau des rendez-vous, quand la contraception va bien, on nous renseigne pas sur les nouveaux par exemple. Donc on reste sur les acquis.* » (Patiente 6),

« *On va chez le médecin on pense pas forcément à se remettre en question sur ça. Et c'est vrai que c'est peut être plus au médecin de nous dire « vous savez qu'il y a ça, ça, ça. » » (Patiente 9).*

Si le sujet est abordé, les patientes sont **contentes de l'écoute et des réponses** :

« *Bah quand je demandais la pilule, je posais des questions, on me répondait. C'était bien. Il a bien su me répondre en tout cas.* » (Patiente 4),

« *Moi j'ai eu des sages-femmes, j'ai eu des docteurs et tout. Ils m'ont toujours bien, globalement, mis en garde, prévoyants tout...Donc moi franchement sur ça j'ai jamais eu de soucis. Franchement je les remercie encore.* » (Patiente 7).

f) Proposition originale d'amélioration

Certaines pensent qu'un rendez-vous **annuel proposé automatiquement** pourrait introduire la conversation sur la contraception :

« *Ça serait pas mal au rendez-vous annuel de dire « bon est-ce que l'on passe à autre chose ? », de proposer d'autres choses.* » (Patiente 9),

« *Avoir un genre de consultation, ou de rendez-vous, qui se fait automatiquement à l'âge de 15-16 ans pour avoir un entretien avec le médecin traitant. Peut être une convocation chez la sage-femme.*» (Patiente 13).

g) Les autres professionnels de santé

Quand on parle du suivi, les patientes citent spontanément **les sages-femmes**. Elles semblent avoir un rôle aussi important que les médecins dans la délivrance de l'information sur la contraception :

« *Moi j'ai eu des sages-femmes, j'ai eu des docteurs et tout. Ils m'ont toujours bien globalement mis en garde, prévoyants tout...Donc moi franchement sur ça j'ai jamais eu de soucis. Franchement je les remercie encore.* » (Patiente 7).

Le planning familial a été cité par 4 patientes. Il a un rôle d'information notamment chez les jeunes :

« *Planning familial, en premièrement. J'ai pris la pilule j'avais 16 ans. Donc c'était le planning familial.* » (Patiente 7),

« *Après il y a plein de choses, il y a le planning familial et tout ça pour les jeunes aussi.* » (Patiente 11).

Par le biais de **l'école** notamment :

« *Déjà ils étaient venus au lycée. On avait eu des femmes du planning familial, qui expliquaient par rapport à la pilule, aux implants, tout ça.* » (Patiente 7).

Les centres présentent cependant un problème **d'anonymat** si la patiente est vue en salle d'attente par son entourage :

« *J'aurais préféré en parler avec mon médecin plutôt que d'aller au planning familial [...] c'est entre lui et nous. Alors que le planning familial on sait c'est pour quoi faire, on sait qu'il y a un souci, enfin...gynéco.* » (Patiente 13).

L'information peut aussi arriver après un **événement de vie** inattendu comme un avortement :

« *Donc du coup j'ai avorté et c'est par rapport à là que j'ai pris la pilule, que j'ai connu tout ce qui est utilisé pour la contraception. Donc à l'hôpital, et je ne sais plus ce que c'était...Le planning familial...* » (Patiente 1),

« *Je suis tombé enceinte donc j'ai dit bon je prends une pilule du lendemain. Je n'en voulais pas. J'étais encore lycéenne. Et de là, je suis partie au planning familial.* » (Patiente 7).

L'hôpital et notamment le **service de maternité** joue un rôle important, bien qu'il arrive trop tard dans l'histoire de la femme avec sa contraception :

- Après un **avortement** :

« *Donc du coup j'ai avorté et c'est par rapport à là que j'ai pris la pilule, que j'ai connu tout ce qui est utilisé pour la contraception. Donc à l'hôpital, et je ne sais plus ce que c'était...* » (Patiente 1).

- Après un **accouchement** :

« *Oui, enfin non. J'ai été suivie par le gynécologue qui m'a accouché. Donc j'ai eu le rendez-vous de post accouchement.* » (Patiente 6),

« *L'implant c'était à l'accouchement de ma fille en fait.* » (Patiente 10),

« *Pourtant on me l'a proposé après l'accouchement de la dernière. J'ai pas voulu* » (Patiente 12).

En revanche, les patientes ne semblent pas vouloir impliquer les **pharmaciens et les médecins du travail** :

« *Et c'est pas notre médecin du travail qui va nous dire « Est-ce que votre contraception ça va ? » » » (Patiente 6),*

« *Quand vous allez en pharmacie chercher votre pilule on va pas vous dire « vous avez pensé à faire autre chose ? » je ne sais pas hein. Je pense.* » (Patiente 9).

h) Culpabilisation

Quand les femmes rapportent le discours des soignants, on sent qu'il peut être mal interprété et vécu de manière **culpabilisante par la patiente**, que ce soit sur son corps ou son mode de vie :

« Mais comme mon médecin m'a dit que j'étais bourrée d'hormones bah...Pour l'instant je peux pas en avoir [...] Et comme après la pilule j'ai mis l'implant j'ai pas attendu. » (Patiente 5),

« Seulement vu qu'il y avait perte de poids etc....Vu que je faisais beaucoup de sport, le stérilet s'est déplacé au bout de 3 ans et demi. Donc j'ai dû le retirer. Et étant donné que j'avais eu une césarienne j'avais plus l'anatomie entre guillemets pour replacer un stérilet. » (Patiente 6).

Ce qu'il faut retenir de la partie 6 « Relation avec les soignants » :

Les patientes ont confiance en leurs médecins. Cependant, certaines croient que les médecins généralistes manquent de formation sur la contraception. Elles regrettent une absence d'accès aux soins et aux avancées de la science, ainsi qu'une discordance d'information selon les soignants. Pour la plupart c'est au médecin d'aborder le sujet de la contraception. Elles s'adressent également aux sages-femmes à la maternité mais peu aux autres professionnels ou structures de santé. Enfin, certaines proposent un rendez-vous annuel non obligatoire pour aborder la contraception.

7) L'ÉCOLE

a) Bien mais peut mieux faire

Les avis sont **partagés**, certaines pensent que l'information donnée dans les écoles est suffisante :

« *Oh oui ça c'est bien de travailler dans les écoles.* » (Patiente 1),

« *Avant 18 ans c'est peut être l'école qui s'occupe de tout ça donc ils sont informés.* » (Patiente 9),

« *À l'école ils en parlent. Nous je sais qu'au collège ils nous en n'ont parlé. On est prévenu tôt quand même.* » (Patiente 11).

Il y a cependant des **critiques** :

- Sur un **nombre d'heures insuffisantes** :

« *Il en manque ! Manque d'information. Que ce soit au lycée, au collège.* » (Patiente 5),

« *On nous explique. Après, dans les écoles pas trop. Ils viennent qu'une fois tous les ...Dans l'année scolaire ils viennent qu'une fois.* » (Patiente 8).

- Sur un **contenu limité** :

« *Parce qu'on en parle souvent. On en avait parlé à l'école. On nous a expliqué des trucs. Enfin c'est l'essentiel* (rires). *Et sinon après...* » (Patiente 3),

« *Ou alors vraiment de base c'est-à-dire préservatif, pilule mais pas ouvert à ce point là, à parler de tout ça.* » (Patiente 9).

- Sur une information vite **oubliée** :

« *A l'école quand elles sont en 3ème, elles ont des cours...Après même ça je ne m'en rappelle même plus* (rires). *De ce qu'ils nous ont dit.* », « *Des gens ont beau répéter à l'école ce qu'il faut faire ou pas faire, etc....Mais bon... Ça rentre par là et ça sort par là.* » (Patiente 1).

- Sur des cours débutés **trop tard dans la scolarité** :

« *Les pitchouns il faudrait qu'ils les ...hein* (signe avec sa main qu'elle agite comme une menace de fessé) *!un peu plus tôt quoi. Parce que maintenant ils sont évolués les gamins.* » (Patiente 12),

« *Il faut le faire dès le collège. Ne pas attendre le lycée.* » (Patiente 13).

- Sur des **inégalités** entre les écoles :

- Selon la **localisation et le niveau** :

« Les lycées surtout je sais qu'à Béziers ils en font. A Jean Moulin, à Lucie Aubrac. Le collège ouais mais après ... » (Patiente 12).

- Selon le secteur **public ou privé** :

« J'étais dans une école privée. Ils étaient à cheval là-dessus (rires). Ouais. On a eu beaucoup de cours. » (Patiente 12).

- Selon la **filière étudiée** :

« Moi j'ai fait une filière ST2S (sciences et technologies de la santé et du social), je ne sais pas si vous connaissez. Donc on avait nos modules. [...] Toutes façons moi au collège j'étais informée directement. » (Patiente 13).

b) Absence de structures d'information pour les femmes à la sortie du système scolaire

Certaines reprochent un « **abandon** » des femmes à la sortie de leur scolarité. Elles sont pourtant à un âge où les **risques** sont toujours présents :

« Après s'en suit quand on a 23-24 ans, c'est un peu l'âge où on commence à travailler. Donc on sort un peu de tout ce qui est groupe. On est individualisé dans chaque espace de nos métiers. Donc des fois on fréquente des gens qui ont 40, 45 ans, et pour eux c'est les époques 68. Nous on a envie de tester, on découvre, le sexe [...]. On n'est pas tous cadrés, heu, casés. (Lapsus ?) Et il y en a beaucoup qui sont encore dehors en train de faire la fête. C'est l'âge. » (Patiente 6).

L'information et la **prévention ciblant cette classe d'âge semble se déplacer sur d'autres sujets**, comme l'allaitement, les IST et l'alcool :

« Là l'allaitement on a des gros panneaux, quand on est chez le généraliste on a des gros trucs sur l'arthrose, risque de ménopause etc.... Mais sur la tranche, nous, de 25-30 ans on a aucune information. », « Donc je trouve que pour beaucoup d'entre nous, on est beaucoup sur l'alcool etc.... Et on oublie le réflexe. On a pas ce truc d'éducation qui reste je trouve. » (Patiente 6),

« Mais après je pense que ça ne concerne pas que les 18-25 ans puisque après y a la ménopause [...] C'est plus large que ça. » (Patiente 9).

De plus, l'accès à l'information serait **inégal selon le mode de vie**, selon la charge de travail, si on a ou non des enfants, ... :

« Ça fait tellement longtemps que je suis pas...Que je côtoie pas...Je travaille tout le temps, j'ai pas l'occasion de parler de... » (Patiente 1),

« Maintenant je travaille dans le médical aussi donc je suis entourée. Peut être que c'est ça aussi. » (Patiente 13).

D'où l'importance du **relais par les soignants** :

« Moi je pense qu'on devrait déjà en parler dès l'école, dès la scolarité déjà un petit peu. Et après je pense plus avec les médecins ou des sages-femmes. » (Patiente 2),

« Les femmes qui passent 25 ans, on n'a pas forcément, nous, d'information, quand on est plus dans les institutions scolaires...On a plus rien. Et au niveau des rendez-vous, quand la contraception va bien, on nous renseigne pas sur les nouveaux par exemples. Donc on reste sur les acquis. » (Patiente 6).

c) Des rapports de plus en plus jeune

Les patientes constatent que la société évolue. Elles sont inquiètes pour les générations à venir. Les jeunes seraient en contact avec la **sexualité de plus en plus tôt**. Les intervenants de l'éducation, les soignants, l'école et l'entourage devraient donc s'adapter :

« Mais ça a changé, enfin je trouve ça a changé. Maintenant au collège, il y en a, elles ont déjà des copains...Après c'est mon avis à moi. Les parents ils comprennent quand elles sont, ... Mais au collège ils ne savent pas ce qui se passe, même au lycée. » (Patiente 5),

« Je trouve ça important de le faire en 3^{ème} parce que maintenant les jeunes ils ont des rapports de plus en plus tôt. » (Patiente 13).

Ce qu'il faut retenir de la partie 7 « L'école » :

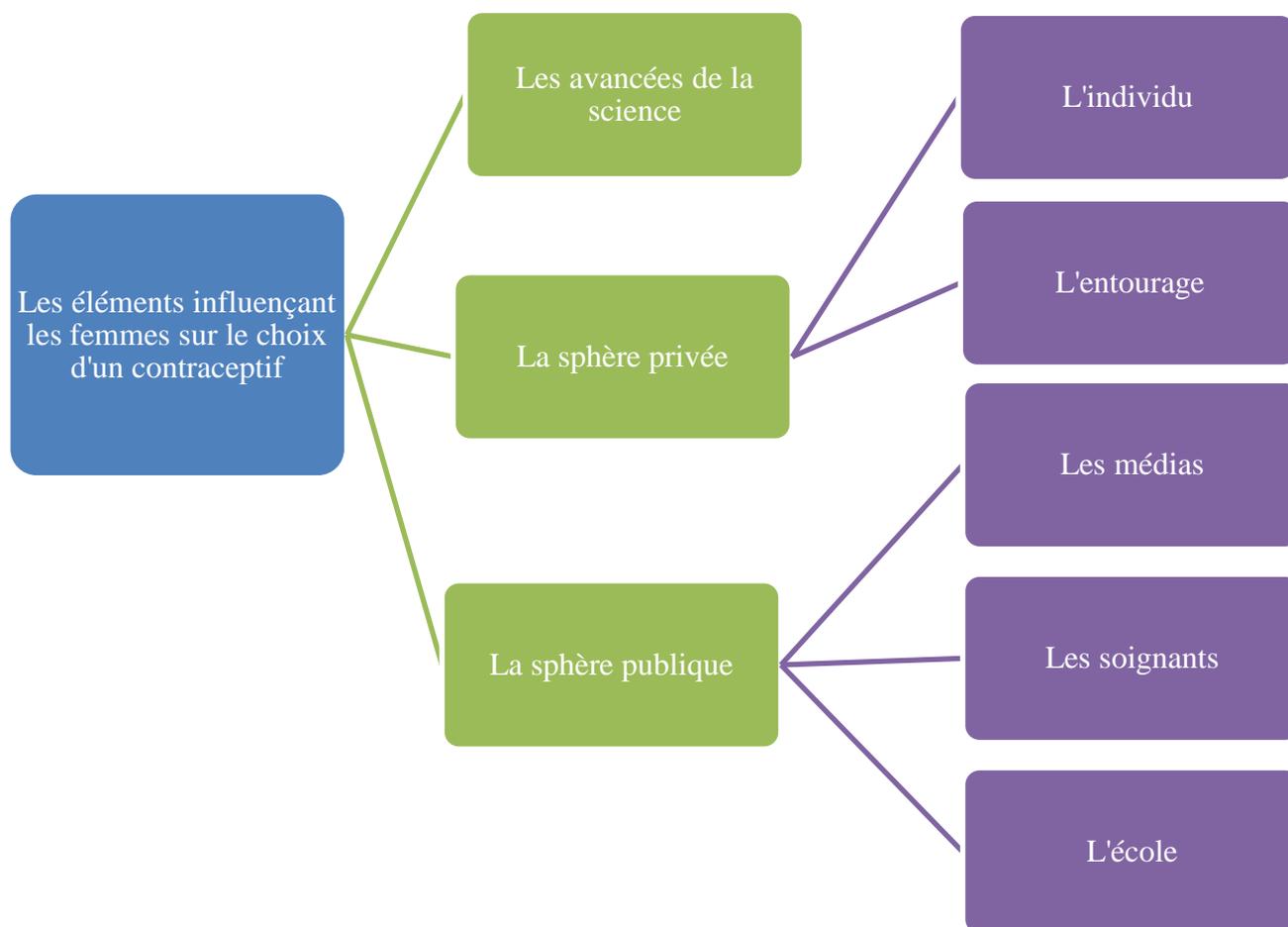
Les critiques portent sur un contenu insuffisant, une information trop tardive, vite oubliée et des inégalités entre les écoles. Certaines reprochent un manque de prévention à la fin de leur scolarité et un accès à l'information inégal selon les modes de vie. Les jeunes sont en contact avec la sexualité de plus en plus tôt. La société doit s'adapter.

C) CONSTRUCTION DE L'ARBRE THEMATIQUE

Sur la base de ces résultats, nous avons rassemblé les 7 thèmes émergents (les **contraceptifs** existants, les **croyances** de la patientes, son **autonomie**, son **entourage**, les **médias**, la relation avec les **soignants** et **l'école**) en 3 axes principaux :

- **Les avancées de la science**, comprenant les contraceptifs existants et futurs.
- La sphère **privée**, comprenant l'individu (son autonomie, ses croyances) et son entourage proche.
- La sphère **publique**, comprenant l'école, les médias et les soignants.

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

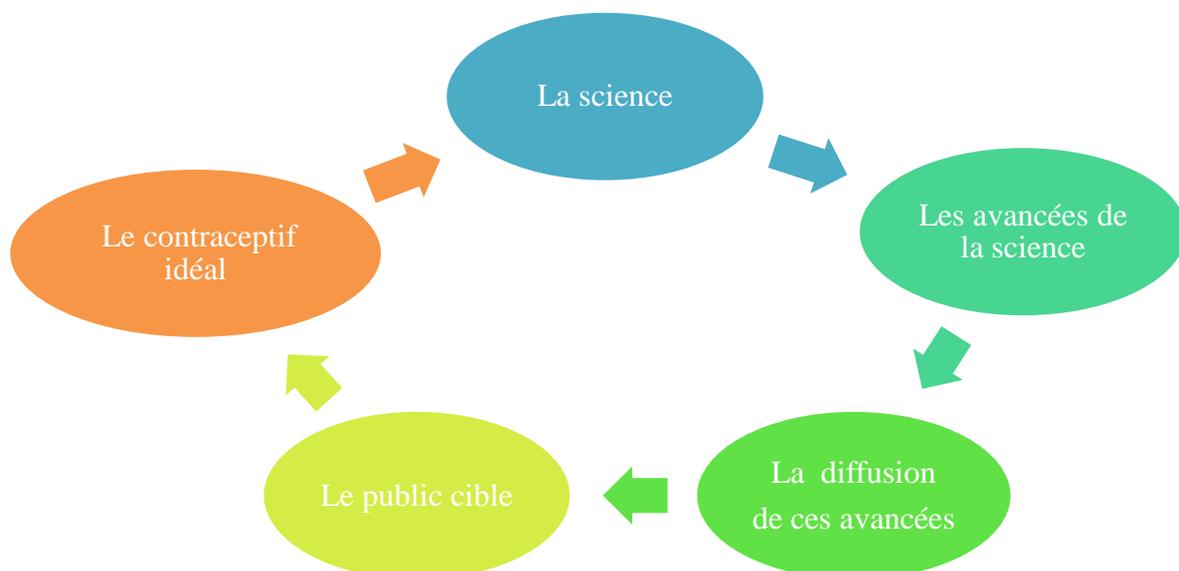


1) LES AVANCEES DE LA SCIENCE

La science **évolue** en permanence : auparavant on interdisait les stérilets aux femmes sans enfant, pourtant depuis 2004 (8) ils sont conseillés à toutes les patientes avec un problème d'observance. La première pilule hormonale est commercialisée en 1957 et il faut attendre les années 2000 pour voir l'implant contraceptif sur le marché.

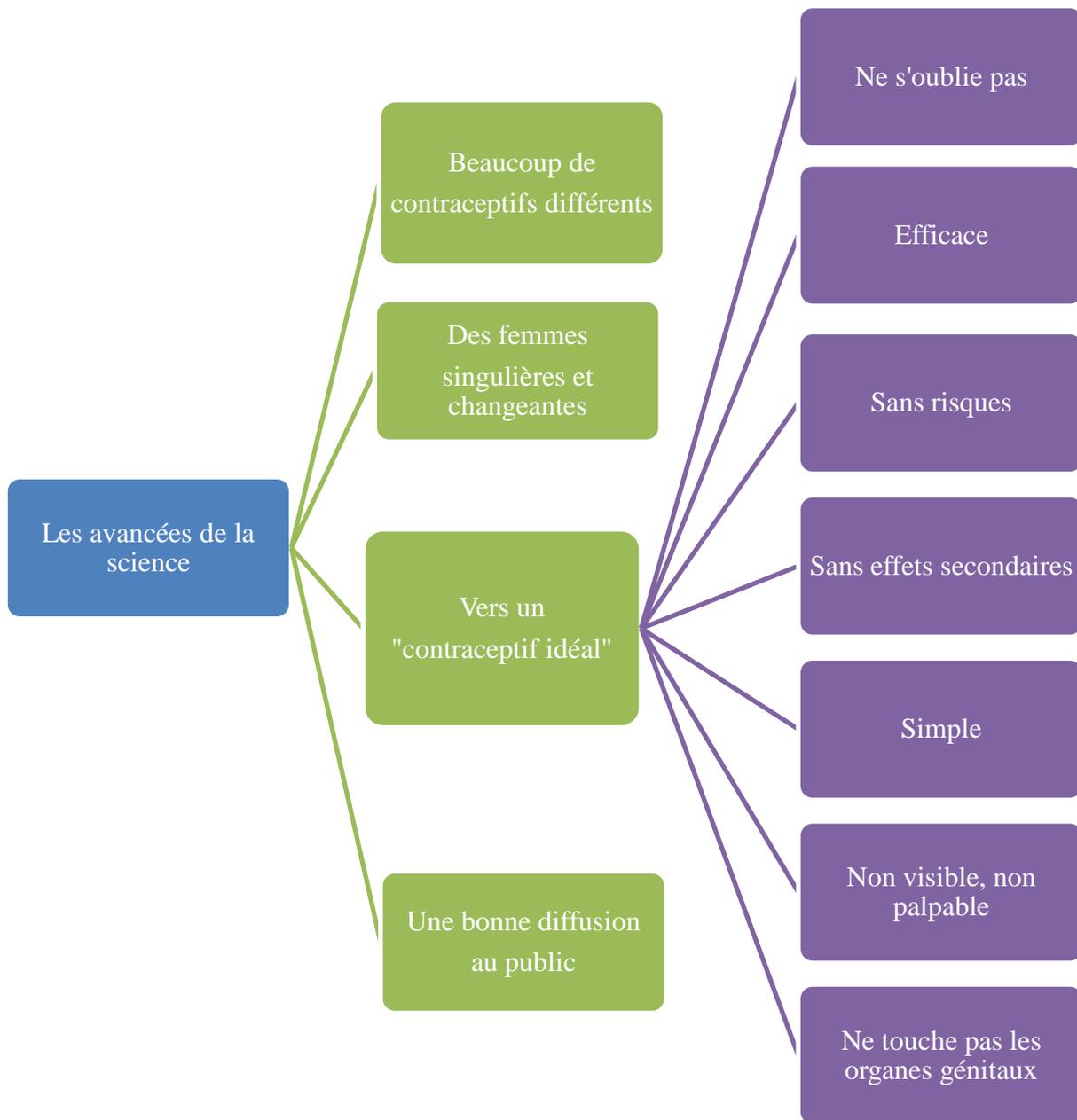
Les femmes ont conscience de cette dynamique mais regrettent **qu'on ne les tienne pas plus au courant** (voir III) C) 3) b) Les soignants). Elles sont satisfaites de la **diversité** proposée, du choix de leur contraceptif actuel, mais elles tendent vers un **contraceptif idéal** en total adéquation avec leur singularité, car tout comme la science, **la femme évolue** dans ses idées et ses choix de vie.

Dynamique entre les avancées de la science et la pression des individus :



Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

1^{ère} branche de l'arbre thématique : « Les avancées de la science » :



2) LA SPHERE PRIVEE

a) L'individu

Selon le Dictionnaire de l'académie française, un individu est « une unité organisée ». Du latin *individuum*, « ce qui est indivisible ». Un individu est **unique**, avec ses antécédents, son mode de vie, son histoire, mais cette singularité est complexe.

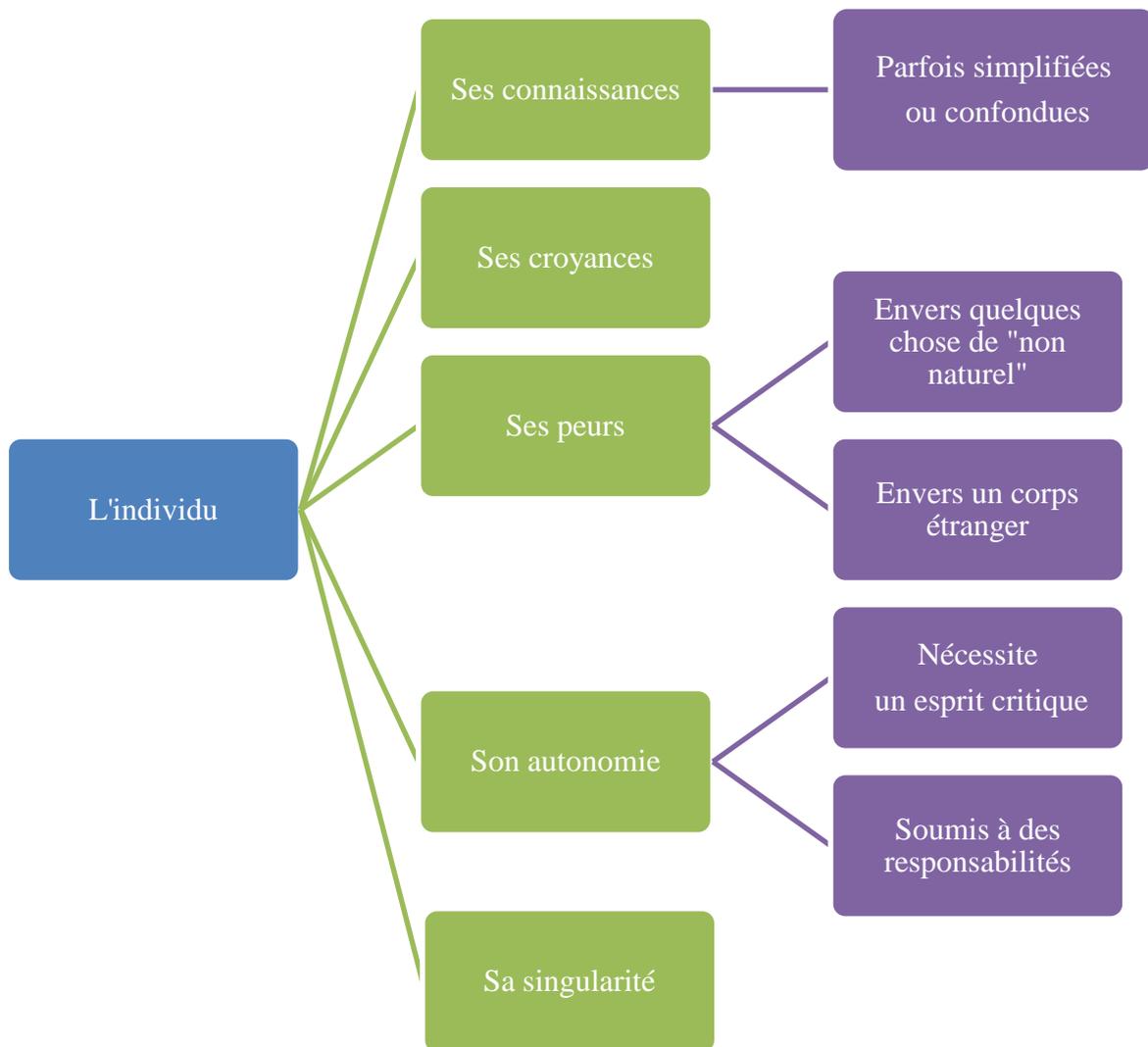
Elle est composée entre autre de **connaissances**, non testées ici, mais apparaissant tout de même dans le discours des participantes. Ces connaissances peuvent être tronquées, simplifiées ou confondues, si bien que l'information donnée ne ressemble plus à l'information reçue.

Les femmes s'appuient sur leurs fonctions biologiques intrinsèques (reproduction, menstruations...), considérées comme « justes » car « **naturelles** ». La capacité de se reproduire n'est plus une simple fonction mais une « **mission de procréation** ». Elles rejettent ainsi les hormones de synthèse créées par l'Homme et qui déséquilibrent ce que la nature a instauré.

La **peur** est un sentiment fort, capable d'occulter tout raisonnement logique scientifique. Cette émotion apparaît face à deux **inconnues** : le contraceptif, vu comme un **corps étranger** au sien et le **corps de la femme** lui-même, dont les mécanismes (reproduction, menstruations...) sont parfois méconnus.

On touche ici à l'**intime**, quelque chose de profondément intérieur, qui fait l'essence réelle d'un être.

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :
2^{ème} branche de l'arbre thématique se focalisant sur « l'individu » :



b) L'entourage

L'entourage est une source d'information importante. Il est beaucoup cité par les participantes. Il est défini par l'ensemble de ceux qui entourent d'ordinaire quelqu'un, qui vivent dans sa familiarité (50).

- Il y a la **famille**, dont les **parents** et les **ainés** qui par leurs expériences et leur autorité jouent le rôle d'enseignant. Toutefois, avant d'éduquer les élèves il faut instruire le professeur lui-même, sur le contenu du sujet et sur les manières pédagogiques de l'aborder.

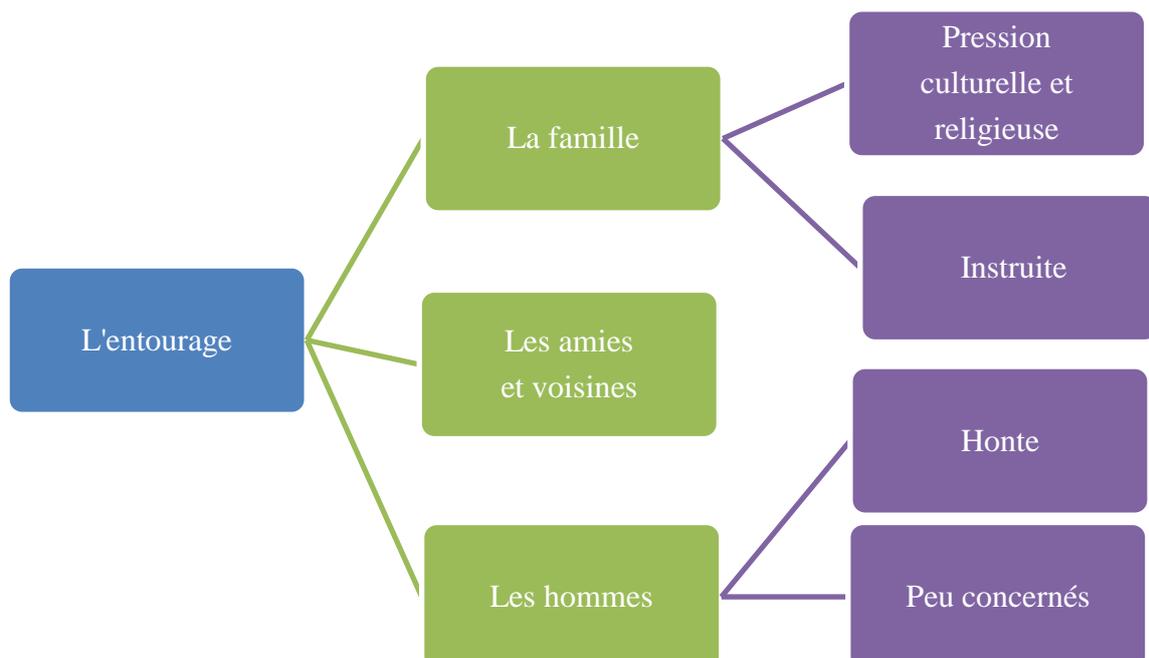
- Les **amies** qui sont sur un pied d'égalité avec la patiente. Elles sont souvent de la même tranche d'âge, face aux mêmes expériences et choisies par la patiente.

- Les **voisines** apparaissent aussi plusieurs fois dans les réponses. Les femmes décrivent des communautés culturelles qui semblent influentes dans leurs décisions.

- Enfin les **hommes** pourraient avoir un plus grand rôle dans le choix de la contraception, mais les femmes les sentent moins concernés, peu impliqués. Ils sont souvent nommés lorsqu'on aborde la gêne de parler d'un sujet intime. On les retrouve aussi à l'école en train de rire et ne s'intéressant pas à ce qui est dit sur le sujet. Ces cours devraient-ils séparer hommes et femmes pour permettre un meilleur dialogue ?

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

2^{ème} branche de l'arbre thématique se focalisant sur « l'entourage » :



3) LA SPHERE PUBLIQUE

a) Les médias

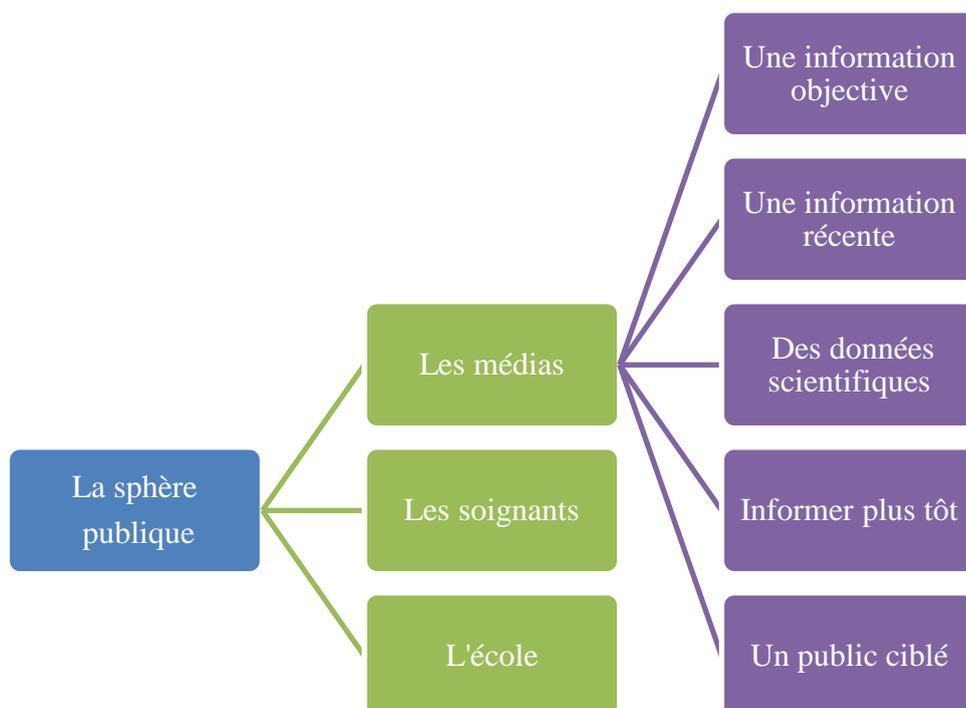
Les femmes demandent aux médias de diffuser une information plus **récente** et plus **fiable** qui prend en compte leur **singularité**. L'information doit arriver plus **tôt**, avant que la femme ne soit confrontée au problème.

Les femmes ont un regard critique sur **internet**. C'est un bon moyen d'obtenir **différents avis**, mais il manque d'objectivité en ne présentant que les cotés **négatifs** et les problèmes rencontrés.

Alors qu'internet nécessite que l'on pose une question pour lancer la recherche, les affiches publicitaires amènent l'information au patient, elles ouvrent la discussion. On privilégie cependant les **informations dans les salles d'attente** car elles **ciblent** le public concerné et intéressé, sans risque de choquer le reste de la population. Ces affiches permettent également d'aborder le sujet avec son médecin et de s'assurer que l'information est correctement comprise.

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

3^{ème} branche de l'arbre thématique se focalisant sur « les médias » :



b) Les soignants

Les **soignants** sont porteurs des avancées scientifiques pour les participantes. Ils ont un accès direct à ces données (journaux médicaux, conférences, ...) et le savoir pour les comprendre. Les patientes veulent être au courant des nouvelles options existant. Elles veulent que ces informations soient **régulièrement mises à jour**.

Selon les patientes, les médecins généralistes et les sages-femmes sont facilement **accessibles**, mais les gynécologues sont mieux **formés** sur la contraception. Ils sont en revanche moins **disponibles**.

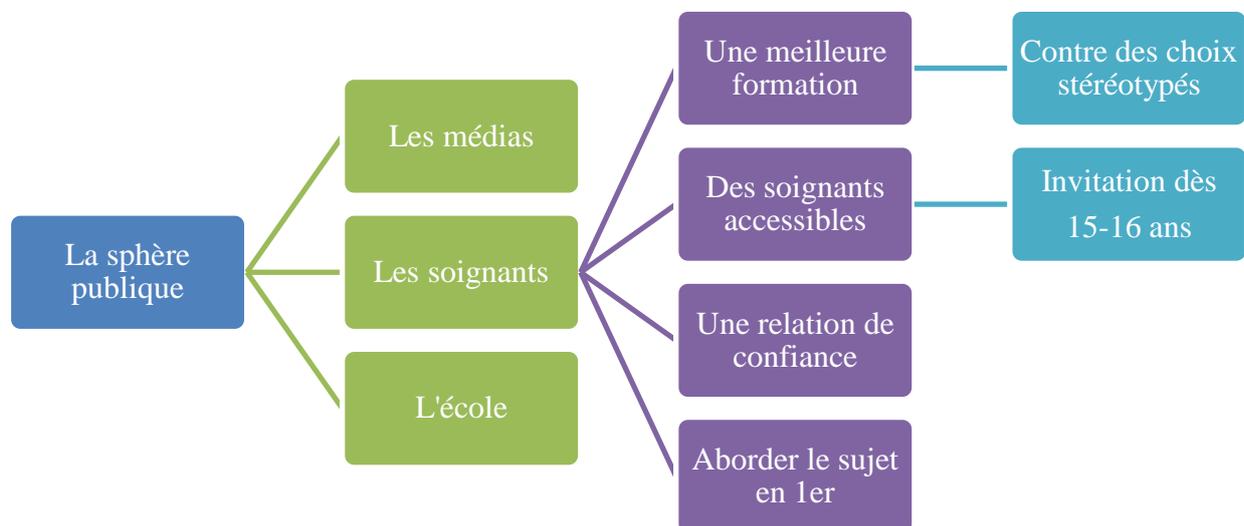
Le planning familial, lui, ne garantit pas **l'anonymat**. L'Hôpital a un rôle important d'informateur mais il n'intervient qu'après la première grossesse.

Les soignants devraient être mieux **formés** pour éviter des **choix stéréotypés**, un discours **culpabilisant** et une **discordance** de discours. On ne peut pas s'attendre à ce que le message diffusé soit clair pour la population s'il ne l'est pas pour l'ensemble de la communauté scientifique.

Les femmes peuvent montrer un certain **désintérêt** pour la contraception, auquel peut s'ajouter la **peur**, la **honte** et un sujet intime difficile à aborder. Pour désamorcer la situation, le médecin pourrait faire le premier pas.

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

3^{ème} branche de l'arbre thématique se focalisant sur « les soignants » :



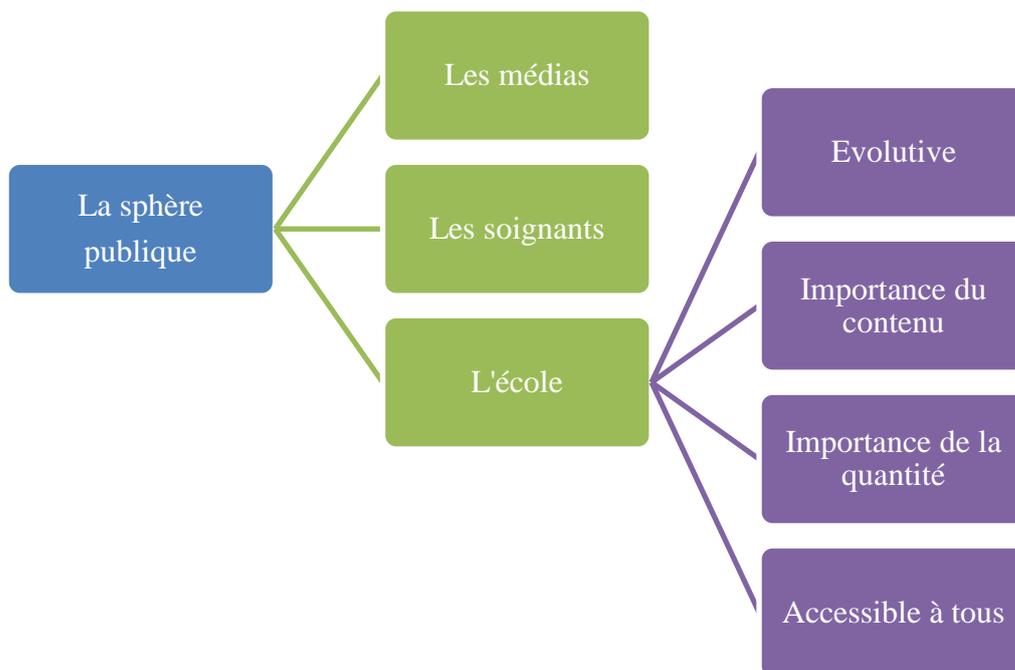
c) L'école

L'école est responsable, comme les parents, de l'éducation des plus jeunes. Elle doit **évoluer** pour être en adéquation avec son public. Les femmes veulent plus **d'heures** de cours, un **contenu** plus diversifié, plus pédagogique pour se l'approprier et s'en **rappeler**. Elles ont relevé une **inégalité** de l'offre, en fonction de la filière, de la géographie et de l'âge. Les jeunes sont au courant de la sexualité et des technologies de plus en plus tôt. L'information doit également se faire plus précoce.

Il manque un **relais** de l'information à la sortie de l'école. Les femmes demandent à ne pas être oubliées à un âge où les risques persistent mais où **l'encadrement** est plus difficile à trouver. Elles se veulent autonomes, mais avec une définition du **cadre et les bons outils**.

Les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :

3^{ème} branche de l'arbre thématique se focalisant sur « l'école » :



IV) DISCUSSION

A) FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1) LE RECRUTEMENT

a) Les avantages

- Les patientes ont été recrutées sur **deux sites** différents. Le cabinet de la Devèze est une banlieue en périphérie de Béziers, celui des Halles est en centre ville, dans une zone plus dynamique avec des restaurants et des commerces.
- La salle d'attente est commune à **11 médecins généralistes** et **3 sages-femmes**. Certains médecins consultent sur les deux sites mais ils conservent deux patientèles distinctes.
- Les médecins généralistes consultés ont des **manières d'exercer et des profils différents**.

Nous souhaitons voir émerger des **idées nouvelles** qui pourraient ou non aboutir à la validation de nos hypothèses. Les patientes recrutées devaient donc être sélectionnées de la manière la plus **aléatoire** possible et se sentir **libre** de parole.

- Pour cela nous les avons recrutées **au fur et à mesure** de leur arrivée en salle d'attente de la MSP.
- L'introduction de l'étude insistait sur le caractère **non obligatoire, indépendant** de leur prise en charge et **anonyme** de l'étude.

b) les limites

La diversité recherchée dans notre échantillon a été limitée :

- Les deux sites étaient **similaires** par leur population pauvre et **difficile**. La Devèze est un quartier sensible avec beaucoup de personnes en recherche d'emploi (27% de chômage) et 48% d'HLM. Le quartier des Halles est un quartier dynamique mais qui reste sensible avec 36% de chômage (51).
- En pratique, je n'ai pu me rendre qu'une fois à la Devèze. En une demi-journée j'ai recruté 4 femmes, soit près du tiers de mon échantillon.
- En raison de la **relation médecin-patient** et le lien qui les unis, on peut imaginer que les

patientes orientées vers moi par les médecins ont plus souvent accepté les interviews que celles recrutées en salle d'attente (pour faire plaisir, pour attirer les faveurs, par sentiment d'être redevable envers leur médecin...).

- Nous n'abordions pas les femmes dont le physique ne semblait pas **correspondre à la tranche d'âge** étudiée, ce qui a pu éliminer, de manière subjective, certaines candidates.

2) LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

a) La profession

Nous avons choisi un échantillonnage par arrivée aléatoire de femmes sur les deux sites de l'étude. Nous étions à la recherche de profils divers pour une meilleure représentativité des 18-30 ans. Nous avons constaté le manque de femmes cadres, ou ayant effectué des études longues, dans notre échantillon. Il aurait pu être intéressant d'étudier les réponses de femmes provenant d'un **plus grand métissage professionnel**.

De plus, sur les 13 patientes interrogées, 5 (soit 38% de nos patientes), étaient dans le **milieu de la santé** (une kinésithérapeute, une étudiante dans le sanitaire et social, deux aides-soignantes, une secrétaire médicale).

On sait qu'en France, environ 1 309 000 femmes travaillent dans la santé (70% des 1 870 000 professionnels de santé (52)), soit près de 4% des femmes et 9% des femmes actives (34,5 millions de femmes en France dont 14 263 000 femmes actives en 2017 (53)).

Ces femmes ont plus de contact avec les soignants et des informations d'ordre médical. Cela a-t-il eu un impact sur leurs connaissances ?

A posteriori, un échantillonnage raisonné, c'est-à-dire une sélection non probabiliste de sujets considérés comme typiques de la population cible aurait abouti à un échantillon plus représentatif, des réponses plus variées et une meilleure validité externe de notre étude.

La question a été posée à toutes les patientes : « Quels sont vos études, vos diplômes ? Quel est votre métier ? », mais les femmes m'ont répondu majoritairement sur leur métier actuel plus que sur leur études. J'ai préféré ne pas insister pour ne pas qu'elles se sentent **jugées**, or les recherches montrent que le diplôme influe sur la fécondité des femmes :

- Les moins diplômées ont une fécondité plus élevée que les plus diplômées (54).
- L'âge moyen à l'accouchement s'élève avec le diplôme (54).
- Les femmes diplômées concentrent leur vie reproductive sur un intervalle d'âges plus réduit (75% de la fécondité des femmes diplômées du supérieur est concentrée entre 25 et 35 ans contre 55 % pour les non-diplômées (54)).
- La fécondité avant 25 ans est très minoritaire parmi les femmes qui ont suivi des études longues (5 %), alors que celle des non-diplômées est supérieure à un tiers. (54).

Une seule femme interrogée a déclaré des **études longues** (kinésithérapeute). C'est aussi une de celle qui est tombée enceinte le plus tard.

b) L'âge

Nous n'avons pas pu recruter de femmes ayant **moins de 20 ans** durant les interviews (1 femme de 21 ans, 1 femme de 22 ans, 1 femme de 23 ans, 2 femmes de 24 ans, 2 femmes de 25 ans, 2 femmes de 28 ans, une femme de 29 ans, 3 femmes de 30 ans), et 8 femmes sur 13 avaient plus de 25 ans.

Cependant, la classe d'âge étudiée est **variée et changeante**. Elle comprend le début et la fin des **études** supérieures pour la plupart, puis s'enchaîne le début de la **vie active** ainsi que plusieurs changements de **logements** (du foyer parental, à la chambre étudiante, au nouveau foyer familial). C'est aussi un âge d'évolution psychique.

Enfin, il existait un biais de mémorisation car certaines femmes de l'étude semblaient avoir **oublié** les informations délivrées à l'école.

c) Le nombre d'enfants et de grossesses.

6 femmes, soit près de la moitié, n'avaient **jamais eu d'enfant, ni de grossesse**. Toutefois nous avons vu dans l'étude que la grossesse permettait un contact privilégié avec l'hôpital et l'information délivrée en maternité.

Le reste des femmes était plus **représentatif** : 5 femmes avait 1 enfant, 1 femme avait deux enfants, 1 femme avaient 3 enfants. 3 femmes étaient enceintes. En 2016, le nombre moyen d'enfants par femme était de 1, 93 (41).

2 femmes ont connu l'IVG. Soit 15% de l'échantillon. La patiente 1 a eu recours une fois à l'IVG contre 3 fois pour la patiente 12. En 2017, 1/3 des femmes ont eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie en France (55).

d) La vie de couple

Sur les 9 femmes **en couple** dans l'étude, 6 vivaient avec leur compagnon et une était pacsée, 2 vivaient seules ou avec leurs enfants et 1 vivait avec ses parents jusqu'à son mariage proche. Parmi les 4 femmes se déclarant **célibataires**, 1 vivait seule, 2 vivaient avec leurs enfants et 1 vivait avec ses parents.

Les femmes en couple sont donc plus représentées que les femmes célibataires. Pourtant, les deux ne sont pas **exposées au même risque** de tomber enceinte.

e) La religion

Pour ne pas rompre la **relation de confiance** avec les patientes, j'ai préféré éviter le sujet épineux de la religion. Cependant, plusieurs l'ont sous-entendu dans leur réponse, or nous avons vu que la religion pouvait influencer la prise d'un contraceptif.

Un questionnaire démographique plus détaillé aurait pu approfondir l'analyse, mais nous cherchions dans un premier temps, à faire émerger de nouvelles idées quel que soit le profil des femmes. Cela pourrait être le travail d'une prochaine étude.

f) Refus de participation

Il y a eu 3 refus de participation. Les principales causes évoquées étaient le manque de temps. Une patiente a accepté de participer mais a dû arrêter prématurément le questionnaire car son enfant était malade et criait ce qui a rendu l'entretien impossible.

3) L'INVESTIGATEUR

a) Les avantages

Nous avons choisi de faire l'étude dans cette MSP car j'y ai beaucoup remplacé, je **connais donc les médecins et leurs patientèles**. Se sentant plus en **confiance**, les **patientes** ont pu plus se livrer plus facilement.

Je suis une femme de 29 ans m'adressant à d'autres femmes du même âge. Elles ont pu **s'identifier**. Cela a certainement facilité le recrutement et favorisé la discussion. L'entretien était plus **informel** que lors d'une consultation. Le but était qu'elles ne me voient pas comme un juge de leurs opinions.

Mes **interruptions étaient limitées** et **identiques** d'une interview à l'autre. Garder une attitude la plus neutre possible a permis de limiter au maximum mon influence sur le discours des patientes. J'ai relancé la parole seulement lorsque l'entretien commençait à s'essouffler ou pour l'orienter sur les sujets à explorer. Les entretiens se sont déroulés dans une ambiance conviviale et de confiance.

b) Les limites

Le fait que je sois connue de certaines patientes pourrait également être à l'origine d'un biais au moment du recueil des données, si elles ne souhaitent pas partager certaines informations, par **peur du jugement**.

Étant moi-même une femme de 29 ans et m'étant déjà posée la question de la contraception, j'avais nécessairement mon propre avis sur le sujet. J'ai dû m'affranchir de mon **opinion personnelle** pour rester la plus objective possible.

Une touche personnelle, dans l'interprétation des données existe en analyse qualitative : « La **sensibilité théorique** ». « Les chercheurs essaient d'éviter, dans la mesure du possible, de faire passer les données empiriques par le filtre d'idées préconçues .Évidemment, les chercheurs ne sont pas naïfs au point de prétendre à la possibilité d'une suspension absolue et complète ». Il s'agit donc d'un « effort intellectuel de réserve par rapport au connu et d'ouverture par rapport à l'inédit » (56).

4) LA METHODE QUALITATIVE

a) Les avantages

La méthode qualitative permet une plus grande liberté d'expression. Elle privilégie l'approche **descriptive** plutôt qu'interprétative. Elle est appropriée pour l'étude des idéologies, des systèmes de valeurs, des représentations ou **opinions** des individus. Elle semblait donc plus adaptée à notre hypothèse et notre objectif d'étude. Nous ne cherchions pas à démontrer des faits mais à comprendre le choix des femmes.

L'objectif secondaire nécessitait des idées émergentes sous forme de mots et non de valeurs statistiques.

b) Les limites

Notre échantillon n'est **pas représentatif** de la population générale. Les résultats de l'étude ne peuvent donc **pas être extrapolés** à une population autre que l'échantillon. Cela était attendu puisque ce n'est pas le but d'une étude qualitative. Nous cherchions plutôt à dresser un tableau descriptif d'une situation.

5) L'ENTRETIEN

a) Les avantages

La **durée** moyenne des entretiens était de 10 minutes. Les durées étaient très variables allant de 4 à 22 minutes. 5 patientes ont eu un discours **court** autour de 5 minutes, 4 ont eu un discours entre

6 et 10 min, 4 femmes ont eu un discours de plus de 10 minutes dont deux de **près de 20 minutes**. Ces deux patientes ont fait preuve d'un grand intérêt avec des discours plus fluides et des réponses plus développées. Cela nous a permis d'avoir un corpus assez condensé et riche en informations. Nous avons essayé de mettre les patientes dans des conditions propices en nous adaptant à leurs disponibilités et celles du cabinet.

Nous avons choisi des **entretiens semi-directifs**. Ils semblaient adaptés à notre type de recherche, plus abordables pour un investigateur sans expérience et plus simple à organiser. Il y a eu peu de **digressions et de hors sujet** (la quasi-totalité du verbatim a pu être utilisée dans l'analyse). Les patientes étaient plus à même de nous donner des réponses authentiques, moins influencées que lors d'un focus group. De plus, les entretiens privés étaient adaptés pour aborder le sujet délicat de la sexualité et préserver l'anonymat.

La majorité des patientes a été interrogée **après la consultation** avec le médecin généraliste. Nous avons ainsi évité que les patientes soient stressées par la consultation à venir ou qu'elles limitent leurs réponses pour accélérer l'entretien.

Le guide d'entretien a tout d'abord été validé par plusieurs entretiens tests. Il a ensuite été modifié pendant l'étude car la durée des entretiens était courte et les réponses n'abordaient pas certains points comme les publicités (annexe 4).

b) Les limites

A posteriori, il est légitime de se demander si certains points n'ont pas été plus approfondis avec certaines patientes. L'ensemble des relances n'a pas été posé à l'intégralité des femmes. Cela peut être dû :

- Au manque d'expérience de **l'enquêteur**.
- Aux difficultés de certaines **patientes** pour comprendre la question. Cela a nécessité des reformulations et des exemples.
- Au type **d'étude** : la force d'une étude qualitative et de comprendre l'autre comme individu unique et original. La subjectivité indispensable à ce type d'analyse en fait aussi sa faiblesse.
- Au **sujet** sensible de la contraception, qui s'associe inévitablement à la sexualité. Il est alors difficile de suivre de manière rigide un guide sans prendre en compte la sensibilité de la

personne et son histoire. L'enquêteur doit faire preuve de souplesse pour établir une relation de confiance avec les patientes tout en restant dans le cadre de l'étude.

Dans le cas d'une étude quantitative on pourrait parler de **biais d'information ou de mesure**. Il survient quand le protocole de mesure n'est pas assez standardisé. Cette limite est étudiée en annexe 4.

3 des patientes étaient accompagnées de leurs **enfants**, tous en bas âge. Ils étaient généralement générateurs de bruit et de stress pour la maman, mais aucune n'a semblé inhiber son discours à cause de leurs présences. La patiente 10 a peut-être limité ses réponses aux deux dernières questions face à l'impatience de son enfant.

Les **salles** où ont eu lieu les interviews étaient **différentes** selon les disponibilités du cabinet. Cela a-t-il pu influencer sur les réponses ? Par exemple la patiente numéro 9 a été interrogée dans un bureau de médecin. Mon statut de médecin était donc mis en avant plus que dans la pièce du cabinet des Halles ayant pour seul mobilier un bureau et deux chaises. Cela a pu avoir un impact sur la prise de parole.

L'enregistrement des entretiens a été fait par dictaphone, ce qui a pu gêner la parole de certaines participantes mais elles avaient la possibilité de le refuser.

6) L'ANALYSE

Nous avons choisi une **analyse thématique**. C'est une approche **simple** pour un investigateur non expérimenté. Nous nous intéressons aux nouvelles **données émergentes** plus qu'aux **profils des patientes**. « La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières. » (57)

On utilise une **grille** appliquée de manière **systematique** à l'ensemble des entretiens. Son but est d'obliger celui qui analyse à prendre de la distance par rapport à ses intuitions et ses interprétations spontanées. Ainsi, l'analyse ne se fait pas à partir d'impressions générales et il est possible de justifier les hypothèses qui en découlent.

B) INTERPRETATION DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

1) REPOSES AUX OBJECTIFS DE L'ETUDE

a) Objectif primaire

Pour rappel, notre objectif de recherche est : « Que **pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?** » Nos résultats sont cohérents avec ceux de la littérature et notamment les recommandations de la HAS (14). Cette étude montre non seulement les éléments entrant en compte dans le choix de l'individu mais aussi les liens qui les unissent.

7 patientes sur les 13 interrogées pensent qu'elles manquent d'informations. Les **médecins** sont les plus critiqués. On leur reproche de ne pas aborder le sujet de la contraception, d'être peu accessibles et ne pas être **d'accord** entre eux ce qui diminue la confiance des patients. Il peut également exister une **gêne** sur le sujet, parce que le médecin est un **homme**, parce qu'il connaît la patiente depuis l'enfance ou parce qu'il connaît sa famille.

Selon deux patientes, certaines **classes d'âge sont oubliées** par les messages de prévention (de la sortie de l'école à la ménopause).

Les patientes critiquent ensuite **l'école**, qui délivre selon elles trop peu d'informations et trop tard.

Les **parents** doivent aussi plus s'impliquer auprès des jeunes générations.

Enfin, les médias permettent **d'interpeller**, d'ouvrir la conversation et d'accéder à des **avis** différents, mais ils manquent **d'objectivité** et ne prennent pas en compte la **singularité** de chacune.

A l'inverse, certaines patientes trouvent que l'information est suffisante. Elles mettent en avant une grande **diversité** au niveau des contraceptifs et des moyens de diffusion. Elles placent les femmes face à leur **responsabilité** : si elles ne souhaitent pas s'informer, toutes les affiches du monde n'y changeront rien.

Nous avons constaté que les patientes confondent **connaissance**, issue d'un raisonnement scientifique et **croissance** (processus mental qui définit une thèse comme une vérité, indépendamment des faits la confirmant (49)), comme cette vision « anti naturelle » des contraceptifs. Cette croyance est d'autant plus forte, qu'elle touche leur **capacité à se reproduire**, une part de la féminité jugée importante.

Les femmes évoquent, chez elles, l'existence d'un caractère **figé**, immuable, souvent **hérité**. Ce mode de pensée place la femme dans un rôle **passif**. Quel que soit le contraceptif choisi, la situation persistera. Il a un côté rassurant car il rattache la femme à sa famille, la comprenant dans un tout, mais cela la **déresponsabilise** de ses choix

Chaque patiente a le droit à son **autonomie**, mais cette dernière lui confère une **responsabilité**. Celle-ci est en désaccord avec l'attitude **désinvolte de certaines patientes** (désintérêt, manque de **suivi médical**) ainsi que leur tendance à se décharger sur autrui (vision **paternaliste** du médecin, caractère personnel hérité).

Etre autonome et responsable c'est aussi faire preuve **d'esprit critique** face aux avis reçus. C'est savoir décrypter l'information de manière éclairée et autonome. Il s'agit d'une **dynamique** qui s'apprend et s'exerce tout au long de la vie.

b) Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'élaborer une plaquette d'information sur la contraception reprenant les attentes des jeunes femmes interrogées et les données de la littérature. Toutefois, aucune patiente n'a souhaité une information papier supplémentaire. A posteriori, la création d'une plaquette informative ne semblait pas répondre à la demande des femmes.

L'étude met en avant les **axes** que les patientes souhaitent voir s'améliorer et sur lesquels nous pouvons travailler.

1) Former les **médecins** sur les attentes des patientes :

- Bannir une **vision stéréotypée**,
- Oser **aborder le sujet avec les patientes**,
- Limiter le discours **culpabilisant**,
- Savoir se détacher d'un rôle trop **paternaliste**.

Revoir le **système de santé** :

- Améliorer l'**accessibilité** aux gynécologues,
- **Rassurer** les patientes sur la formation des médecins généralistes et leur indépendance face aux laboratoires privés,
- Impliquer les **autres professionnels de santé**,
- Créer des **structures d'information** pour les femmes sorties du système scolaire et les faire connaître.

2) Améliorer l'information à **l'école**, ce qui nécessiterait une réforme **dynamique**, pour sans cesse s'adapter aux nouvelles générations :

- Créer plus **d'heures** de cours sur la sexualité,
- Utiliser des dispositifs qui favorisent une meilleure **mémorisation**,
- Proposer des cours **non mixtes**, adaptés aux différentes cultures (limiter la gêne, respecter l'intimité, améliorer la relation de confiance),
- Proposer des cours **plus tôt** dans la scolarité,
- Appliquer les cours dans **toutes les écoles**, quel que soit le lieu ou le cursus.

3) Impliquer l'**entourage** des patientes (famille, amies, voisines, aînés) :

- Eduquer les **parents** sur la contraception et comment l'aborder,
- Impliquer les **hommes, les pères, les maris et les fils** dans ce choix de contraception.

4) Apporter des **connaissances** objectives et fiables :

Les médias diffusent à **grande échelle** (panneaux publicitaires, internet, ...) sans tenir compte de la **singularité** de chacun. Ils ne sont donc pas suffisants mais nécessaires. Ils interpellent et ouvrent le dialogue. Une plus grande utilisation permettrait de :

- Tenir les patientes informées des avancées de la science.
- Fournir les outils pour interpréter ces données.
- Faire connaître l'**ensemble des contraceptifs** (avantages, inconvénients, prix ...)
- Faire connaître l'ensemble des **moyens éducatifs** (les bons sites à consulter, les applications de téléphonie mobile...)

5) Prendre en compte la **singularité** de chaque femme :

A l'inverse du point 4), les consultations médicales et les cours sur la sexualité à l'école

travaillent à l'échelle de l'individu en prenant en compte sa particularité. Ils sont donc plus adaptés pour :

- Prendre en compte l'**évolution** de la femme dans le temps et toujours remettre en question le contraceptif actuel.
- Respecter l'**autonomie** des patientes.
- Comprendre leurs **fausses croyances** et leurs **peurs** pour les déconstruire.

L'information doit être à la fois **objective** et adaptée à la **singularité** de chacune. C'est en **associant** ces deux concepts que nous arriverons à une éducation optimale.

2) COMPARAISON DE NOS RESULTATS A CEUX DE LA HAS

a) Corrélation entre le ressenti des patientes et les freins retrouvés par la HAS.

Les résultats de notre étude sont en accord avec le rapport sur l'état des lieux de 2013 de la HAS. Cependant on note quelques différences :

- La HAS mentionne l'**entourage** de la patiente comme pouvant constituer un frein dans l'accès et la bonne utilisation du contraceptif. Elle parle des parents et du conjoint, mais elle ne reconnaît pas de rôle particulier aux aînées ou aux voisines ni de mesures prises pour éduquer les parents.

Denise Jodelet dans « *Dynamique sociales et formes de la peur* » parle **d'une transmission sociale d'une information et de son émotion** « Ce type d'émotions résulte de processus d'identification, d'empathie ou de participation à un même groupe familial, national ou culturel affecté par l'événement traumatique ou son souvenir »

A Béziers il y a une forte proportion de **population immigrée**. On peut supposer que ces populations déracinées se sont rassemblées par communautés. Les voisines parlent la même langue, partagent la même culture et parfois la même religion. Est-ce que ce type de réseaux se retrouve dans d'autres villes ? Probablement. Nous pensons que les différences culturelles doivent être prises en compte dans les améliorations programmées par l'Etat.

Dans le rapport de 2013, une ligne apparaît sur « Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes » ce qui laisse entendre une reconnaissance de **l'importance de la transmission inter et intra générationnelle.**

- La HAS reproche aux **soignants** des « **représentations socioculturelles** » qui peuvent influencer leur décision d'aborder ou non la question d'une contraception et le choix des méthodes proposées. Ils auraient une « **conception mécaniste du corps et une hypermédicalisation de la contraception** » qui « limite le risque de grossesse à la physiologie en niant les singularités de la femme et du couple ».

Il n'y a pas de notion de préjugés dans notre étude. Cependant, on retrouve une vision **stéréotypée** de certains médecins dans les contraceptifs proposés.

- Seulement 4 des 13 femmes citent le planning familial, et aucun autre CPEF n'est évoqué.

La HAS met beaucoup d'espoir dans les CPEF mais reconnaît également des freins à leur utilisation :

- Des difficultés **d'accès géographiques et financières.**

- Une **sémantique** mal adaptée aux jeunes générations (concepts un peu désuet de « conseillères conjugales et familiales »).

- Un **engagement variable** selon les départements.

- La HAS ne propose pas de recours aux **applications de téléphonie mobile, aux affiches ou aux spots de prévention à la télévision.** Elle mentionne une plaquette informative distribuée en pharmacie et l'utilisation d'internet pour référencer tous les CPEF. Ces outils ont été peu cités par les femmes interrogées (1 femme utilise les applications de téléphonie mobile, 1 femme cite spontanément la télévision). Cependant, l'étude menée par Harris Interactive sur l'impact des influenceurs sur notre consommation (64) rapporte que les 18-24 ans mettent en avant le caractère personnalisé (48%) et humain (47%) de cette nouvelle forme de communication. Elle apparaît pour certains plus efficace (41%) que la publicité traditionnelle.

Nous pensons que ces technologies, portant sur la contraception, pourraient être évaluées. Elles offrent une visibilité intéressante et dans le cas des applications mobiles, une adaptation à l'individu.

Il faut aussi préciser que le rapport de la HAS date de 2013, une époque où la téléphonie mobile était peut être moins développée qu'aujourd'hui.

- Enfin le gouvernement propose des solutions financières principalement pour les moins de 18 ans (le « Pass contraception », la prise en charge gratuite et anonyme dans les CPEF). La HAS propose d'étendre ces mesures jusqu'à 25 ans sous certaines conditions.

On retrouve ici l'idée de la patiente numéro 6 qui regrette que les femmes de 25-30 ans soient oubliées dans les mesures de prévention se rapportant à la contraception.

b) Les solutions proposées par la HAS

Le rapport de la HAS propose des solutions aux freins à l'accès à la contraception ou à son utilisation optimale :

- Concernant les **soignants**, la HAS souhaite renforcer leur **formation** initiale et continue et charger les pharmaciens de remettre une plaquette informative aux moins de 25 ans qui viendraient chercher la contraception d'urgence. On note encore une fois, que les femmes de plus de 25 ans sont oubliées.

- Concernant les difficultés **économiques**, il faudrait informer les patientes sur les aides préexistantes, étendre le tiers payant et instaurer la gratuité des soins jusqu'à 25 ans dans certaines conditions. Certaines mesures sont d'actualité puisque depuis décembre 2018, l'Assurance Maladie rembourse certains préservatifs.

- Concernant les difficultés **géographiques**, la HAS mise beaucoup sur les CPEF. Elle souhaite faciliter leur localisation, leur accès et étendre leurs compétences.

Pour compenser l'absence de CPEF dans certaines régions, elle propose de créer des groupements pluriprofessionnels capables de prescrire mais également de donner des conseils conjugaux et familiaux.

- Concernant la **gêne** pour consulter à propos d'un sujet intime, une prise en charge anonyme dans les CPEF devrait être possible, et ce, quel que soit l'âge.

- Concernant **l'éducation à l'école**, la HAS souhaite homogénéiser la qualité des cours, renforcer la formation des intervenants et évaluer les mesures engagées.

Une phrase nous a interpellée, elle témoigne encore d'une certaine difficulté à parler de sexualité auprès des jeunes générations : « Proposer une éducation à la sexualité « large » (relation à l'autre, respect, etc.), où les enjeux reproductifs et préventifs ne sont abordés que dans un second temps ».

Ce rapport ne parle pas du coût financier que ces mesures risquent d'engendrer.

3) AMELIORATIONS PROPOSEES PAR NOTRE ETUDE

a) « Vous êtes invitée à un rendez-vous avec votre médecin »

Une **plaquette d'information** ne peut pas répondre à tous les thèmes étudiés.

Les patientes 9 et 13 proposent qu'une **invitation automatique** soit envoyée aux jeunes femmes. Elle offrirait un moment privilégié pour parler de la contraception avec un personnel qualifié.

Cela a l'avantage de consacrer un **temps dévolu** au sujet, un moment où soignant et patiente se rendraient **disponibles**. Le sujet serait **amorcé par le soignant**. Le rendez-vous aurait lieu en privé. Il limiterait la **gêne**, respecterait **l'intimité** et **l'anonymat** de la patiente, améliorerait la relation de **confiance** avec le médecin. Il pourrait avoir lieu assez **tôt** dans la sexualité de la femme. **L'autonomie** de la patiente serait respectée car il ne serait pas obligatoire. L'information donnée serait à la fois **objective** et **adaptée** à la patiente. Il serait proposé **régulièrement** afin de suivre l'évolution de chaque femme. Cela pourrait se faire aux âges stratégiques de la vie comme l'adolescence ou l'entrée dans la vie active.

Cependant, renouveler cette invitation risquerait d'être difficile à mettre en place dans le planning déjà surchargé des médecins libéraux.

L'idée est déjà utilisée pour le **dépistage « organisé »**. Dans le cas du dépistage du colon par exemple, une lettre est envoyée tous les deux ans à la population cible (50-74 ans), invitant le patient à récupérer le dispositif de recueil des selles chez son médecin traitant.

Il permet d'aborder avec le soignant un sujet difficile (le cancer) et gênant (les selles). Le test n'est pas obligatoire mais laisse une porte ouverte aux patients. Il transporte un **dépistage de masse** vers une consultation qui respecte la **singularité** du patient.

Le dépistage organisé semble bénéfique avec une réduction de survenue des événements indésirables (incidence de la maladie et mortalité) (58).

Cependant, cette proposition ne fait pas intervenir **l'entourage**, or ce dernier est important dans le choix de la patiente. Il montre l'importance de l'expérience vécue sur le savoir théorique.

b) Dilemme entre autonomie et responsabilité

Les 18-30 ans sont à un **tournant** entre la fin de l'adolescence et l'âge adulte. Ils sont partagés entre une volonté de **liberté**, une revendication de leur **autonomie** et les **responsabilités** qui en découlent.

Selon la théorie du développement psychosocial d'Erikson, les 18-30 ans font face à des décisions importantes sur le plan sentimental. A cela s'ajoute les problèmes économiques de notre société actuelle.

Oliver Robinson, professeur en psychologie sociale, parle d'une phase **d'instabilité** où le jeune peut se sentir piégé et incapable d'accepter son statut d'adulte (59).

Pour Didier Lauru, psychanalyste, avoir 18 ans c'est être à une « position carrefour », « il s'agit d'un moment de clôture des problématiques adolescentes et d'un cheminement vers la construction de soi », « Chacun est sommé d'être symboliquement un homme, une femme, de prendre des responsabilités, d'avoir une vie professionnelle, affective... Assumer : il faut désormais répondre de ce que l'on est ». (60).

Michel Fize, sociologue, reproche à la société d'entretenir l'« **immaturité** » des jeunes adultes, en leur retirant certaines **responsabilités** ou en ne leur permettant pas de les exercer. « Qu'ils ne veuillent pas être adultes trop tôt traduit ce manque de **confiance** qu'on leur a distillé » (61).

Il s'agirait donc de trouver un **équilibre** entre confiance et contrôle de leur autonomie et de leurs choix. Ce qui nous mène à l'idée d'une **autonomie encadrée**.

c) Vers une autonomie encadrée

La deuxième proposition s'est dessinée durant l'étude. Nous avons vu que la patiente donnait beaucoup d'importance au vécu, et ce en fonction :

- Du **nombre d'avis** reçus.
- De son **attachement** à la personne qui relate l'expérience.
- De **l'importance** qu'elle donne à l'expérience relatée.

Nous avons vu également que les patientes regrettent le peu de souvenirs de l'école au sujet de la contraception et se sentent oubliées à la sortie de celle-ci.

Il faudrait donc réunir **plusieurs avis** venant de personnes auxquelles la patiente pourrait **s'identifier**. Nous ne voulons pas la diffusion d'informations erronées, il faudrait donc également un **modérateur**. Cette personne serait de formation médicale et fournirait le **cadre scientifique**. Enfin, il faudrait également que ces réunions soient **reproductibles** dans le temps.

On recense un grand nombre d'études sur les bénéfices du travail de groupe. Philippe Meirieu est un chercheur spécialiste des sciences de l'éducation et de la pédagogie. Il écrit concernant le **travail en groupe et la confrontation d'idées** qui en découle : « Il s'agit ici d'utiliser l'interaction entre pairs afin de déstabiliser des représentations ou des préjugés. Il s'agit de susciter la contradiction et l'interargumentation afin de permettre à chacun de mettre à l'épreuve ses conceptions et de les argumenter » (65).

Une méta-analyse de 64 études publiées entre 1996 et 2014 est menée pour connaître les **avantages d'un travail collectif sur la mémorisation**. Elle montre que cette méthode augmente, à long terme, les capacités d'apprentissage des individus. En travaillant en groupe, un individu est souvent « exposé à des choses qu'il a peut être oubliées, ce qui stimule ensuite sa mémoire. Faire travailler des gens ensemble pour qu'ils se souviennent de quelque chose est vraiment bénéfique pour l'apprentissage individuel » (62).

Pourquoi ne pas proposer des réunions pour les femmes ayant quitté l'école. Elles se retrouveraient entre elles pour parler de problématiques diverses.

- Les réunions pourraient avoir lieu par **quartiers ou par communautés**. Un petit nombre de femmes permettrait d'adapter le discours à chacune, de limiter la timidité et l'intrusion du groupe dans l'intimité de la patiente.

La méta-analyse précédente montre que l'apprentissage dépend aussi de la taille et du type de groupe. « Les petits groupes sont meilleurs que les plus grands, parce qu'il y a moins de stratégies de récupération concurrentes et donc moins de perturbation de ces stratégies. Les amis et les membres d'une même famille sont aussi plus performants que les individus qui ne se

connaissent pas, vu qu'ils ont tendance à développer des stratégies de récupération complémentaires et non pas concurrentielles » (62).

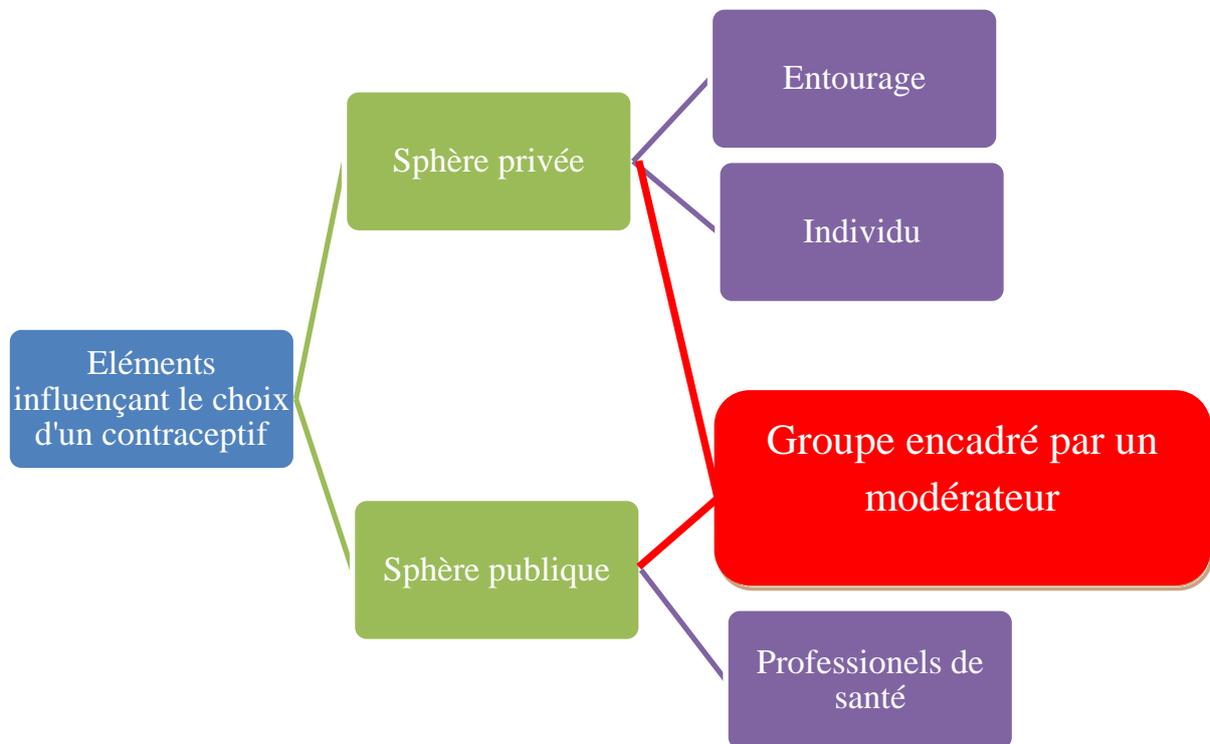
- Pour le soignant, cela permettrait **d'adapter son discours à des problématiques communes** (pas de rapports sexuels avant le mariage, ...). Les femmes pourraient ainsi s'identifier, d'autant plus que l'information serait délivrée et validée par des personnes de confiance.

- Nous créerions une nouvelle branche à l'arbre thématique, **liant la sphère privée et publique**. Un nouvel « entourage » pour la patiente sur lequel les professionnels de santé pourraient également s'appuyer.

Il faudrait en revanche combattre **l'effet leader**, naturellement présent dans un groupe, car il diminue l'autonomie de la patiente. Selon Philippe Meirieu «l'enseignant doit être particulièrement vigilant afin de ne pas laisser jouer massivement les relations de captation, de fascination ou de domination qui pourraient se substituer à la construction de la relation objectale et renvoyer un élève de son imaginaire à l'imaginaire de l'autre » (65).

Pour éviter cela, il faut continuer d'aborder le sujet en consultation lors de bilan individuel. Les outils d'information ne devant pas s'opposer mais se compléter.

Modification de l'arbre thématique : les éléments influençant les femmes sur le choix d'un contraceptif selon notre étude :



4) ANALOGIE AVEC DES METHODES PREEXISTANTES

a) « La communauté comme support »

L'Homme cherche à se rassembler en communauté, cela se retrouve également sur internet. L'étude de Harris Interactive montre que si les jeunes écoutent les influenceurs, ils sont encore plus à l'écoute d'avis **des autres consommateurs** (64).

Par le passé, les utilisateurs recherchaient déjà ce retour de produit, dans les réseaux de vente à domicile par exemple. On voit ici l'importance donnée à **l'expérience**. La vente à domicile répond à des problématiques similaires de l'éducation à la contraception telle que nous la proposons :

- Un lieu de réunion connu et rassurant. Cette image de **proximité** met le consommateur en **confiance** pour écouter l'argumentaire de vente,
- Une bonne **connaissance** du consommateur et de ses **besoins**,
- Un **retour d'expérience** en direct des consommateurs,
- Les « consommateurs » peuvent à leur tour devenir « vendeurs » en diffusant l'information.

Il y a une véritable dimension **ludique** et **communautaire** à travers ce marché. Le patient n'est plus le spectateur passif d'une présentation. Il peut participer de manière **interactive** à la découverte des produits en faisant part de sa propre expérience.

Une communauté d'utilisateurs est une source de **connaissance**, un bouillon de culture où naissent de **nouvelles idées**. C'est une façon **évolutive** non seulement **d'échanger** avec les patientes, mais aussi de **s'entraider**.

Enfin, notre proposition renvoie au **Groupe d'Echange de Pratique Tuteuré** (GEPT) comme ceux proposés aux étudiants en médecine.

Selon le site de la faculté de médecine de Montpellier, lors de ces GEPT : « Le cas est choisi par l'interne car il lui pose problème et qu'il souhaite **échanger avec le groupe** à ce propos », « Au cours de la séance, le groupe, **guidé par le tuteur**, travaille sur un certain nombre de cas, en fonction du temps dont il dispose », « Le rôle d'accompagnateur est de faire produire les internes

et **surtout pas de donner les réponses**. Le GEPT est l'occasion d'un moment **d'échange** privilégié avec les étudiants » (63).

V) CONCLUSION

La réponse à l'objectif principal « **Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?** » est **hétérogène**. Environ 50% des femmes de l'étude ont un avis positif sur l'éducation et pensent que les méthodes et les informations sont suffisantes.

Cependant même les femmes qui s'estiment satisfaites émettent des critiques sur nos méthodes. Cette étude ne nous permet pas de conclure sur notre hypothèse « **les méthodes éducatives à la contraception n'atteignent pas leurs cibles** ». La diversité des réponses nous permet cependant d'améliorer notre approche envers ces femmes.

Nous définissons **7 thèmes** (les contraceptifs existants, les croyances de la patiente, son autonomie, son entourage, les médias, sa relation avec les soignants, l'école), regroupés en **3 axes** : les avancées de la science, la sphère privée composée de l'individu et de son entourage, enfin la sphère publique, comprenant les médias, les soignants et l'école.

Les femmes interrogées critiquent la **communication** de l'information (manque d'accès aux soignants, manque de discussion,...) mais aussi le **contenu de cette information** (vision stéréotypée, absence des nouveautés scientifiques, ...). On constate aussi que certains contraceptifs (patchs hormonaux...) et outils de diffusion (application mobile...) restent **méconnus** des 18-30 ans.

Cette génération se sent **oubliée** des objectifs de santé publique. Nous pensons qu'elle bénéficierait des nouveaux outils (téléphone portable,...) ou de l'expérience que confère la vie d'adulte (maternité, ...), mais elle se retrouve bloquée entre deux âges, ne bénéficiant des avantages ni de l'un ni de l'autre. Peu d'informations contraceptives lui sont personnellement destinées.

Dans le domaine politique et médical, on reconnaît de plus en plus **l'autonomie** du patient. On veut le voir comme un individu **responsable** doué d'un esprit critique, mais on projette sur lui une attente rigide et stricte. On néglige ainsi que l'individu est une **dynamique**, évoluant dans le temps.

Une **méfiance** vis-à-vis des soignants et des médias existe. C'est un frein dans la relation de **confiance** indispensable entre informateurs et informés. Cette méfiance se base le plus souvent sur un manque de **connaissances, sur de fausses croyances et sur la peur de l'étranger**.

Il persisterait dans les deux camps, soignants et patients, des **idées stéréotypées** qui ne sont plus d'actualité sur le plan scientifique. Cette **discordance** entre avancées de la science et formation médicale discrédite les médecins.

L'objectif secondaire **était la création d'une plaquette informative** réunissant les données de la littérature et de notre étude.

Après cette enquête, nous ne pensons pas que cela réponde aux attentes des patientes. Une place prépondérante est donnée à **l'entourage** et au **vécu**. La force de **l'expérience** écrase tout raisonnement **scientifique**. Nous devons nous **adapter** à ce raisonnement au risque de délivrer des informations qui n'atteindront pas leurs cibles.

Nous proposons de plus utiliser la **communauté** et **l'entourage** des patientes grâce à des **groupes de parole supervisés**. Associés au savoir des professionnels de santé, nous combinerions **pratique et théorique, affectif et scientifique**, pour une éducation optimale. Les patientes éduquées pourraient ensuite faire circuler ces informations auprès de leur communauté. Nous pourrions également nous aider des programmes de dépistage « organisés » qui, par une invitation, viendraient interpellier la patiente à son domicile.

Cependant, avant de pouvoir tester nos propositions, nous devrions compléter cette enquête par une étude quantitative, à **plus grande échelle**, avec une méthode d'échantillonnage **non probabiliste**. Cela nous permettrait de :

- Confirmer nos premiers résultats,
- Valoriser les revendications des patientes par un argument de **fréquence** afin de proposer des sujets concrets lors des groupes de parole,
- D'étudier les **points communs** entre les femmes se posant les mêmes problématiques, afin de proposer des **groupes de parole homogènes**.

Enfin il serait intéressant de comparer nos résultats à ceux d'autres générations, notamment les **adolescentes**, afin de voir si elles peuvent bénéficier des mêmes solutions. Former le plus **tôt** possible la population permettrait d'éviter l'apparition d'événements indésirables (IVG,...).

VI) BIBLIOGRAPHIE

- 1) CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La contraception. [En ligne] <https://www.cngof.fr/menu-la-contraception> . Consulté le 25/02/2019.
- 2) Le planning familial. Les Focus, la contraception [En ligne] https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/2017_02_focus_contraception_pf.pdf . Consulté le 25/02/2019.
- 3) Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. Hum Reprod. 1 mai 2002;17(5) : 1399-403.
- 4) Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population.2014;69(3) : 365.
- 5) Vilain A. « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 ». DREES. Etudes et résultats. Juin 2016 ; no 0968.
- 6) Marie-Cécile Naves, Sarah Sauneron. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? (Note d'analyse 226 - Juin 2011) | Centre d'analyse stratégique [En ligne] <https://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011.html>. Consulté le 25/02/2019.
- 7) Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Pop.et.soc de l'Ined. Décembre 2004 ; n°407.
- 8) Elia D. Les avantages et les risques des DIU. Revue Genesis. Octobre-novembre 2014, numéro 181. [En ligne]. <https://www.revuegenesis.fr/les-avantages-et-les-risques-des-diu/>. Consulté le 25/02/2019.
- 9) Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Pop.et.soc de l'Ined .Septembre 2012, n°492.
- 10) Guibert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre de la santé 2000, Résultats. 2 : 401-3.[En ligne]

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france#block-65430>. Consulté le 20/07/2019.

11) INPES.. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 2007. [En ligne]

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>. Consulté le 03/04/2019.

12) Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique Contraception (texte court). 2018. [En ligne] <https://ansfl.org/document/cngof-2018-contraception/>. Consulté le 02/02/2019.

13) Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. Population. 2004;Vol. 59(3) : 409-18. [En ligne]

https://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=POPU&ID_NUMPUBLIE=POPU_403&ID_ARTICLE=POPU_403_0409 . Consulté le 05/07/2019.

14) HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée .Document de synthèse. Avril 2013. [En ligne]

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf. Consulté le 25/02/2019.

15) HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013, dernière modification novembre 2017. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf . Consulté le 25/02/2019.

16) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017. « Stratégie nationale de santé sexuelle » Agenda 2017-20130, Axes I, III, V.

17) Adminfred. Feuille de route Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2018-2020. Corevih-sud.org. 2018 [En ligne] <https://corevih-sud.org/2018/03/26/feuille-de-route-strategie-nationale-de-sante-sexuelle-2018-2020/>. Consulté le 25/02/2019.

18) Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.

- 19) Code de la santé publique - Article L1110-2. Code de la santé publique.
- 20) Flajolet A. Ministère de la santé. Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons .Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, annexe 1.
- 21) Les ARS, Agences Régionales de Santé : gouvernance, organisation et domaines d'interventions.1 [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/pdf/ars-organisation.pdf>. Consulté le 25/02/2019.
- 22) INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - Qui sommes nous ? [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/INPES/quisommesnous.asp> . Consulté le 25/02/2019.
- 23) Inserm, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Connaître l'Inserm. [En ligne] <https://www.inserm.fr/connaître-inserm>. Consulté le 25/02/2019.
- 24) Haute Autorité de santé. Rapport d'élaboration. Contraception chez l'homme et chez la femme. Avril 2013; 247p.
- 25) HAS. Fiche mémo. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2013, dernière modification janvier 2015. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf. Consulté le 25/02/2019.
- 26) Présentation du Planning Familial | Internet - Planning Familial [En ligne] <https://www.planning-familial.org/articles/presentation-du-planning-familial-0027>. Consulté le 25/02/2019.
- 27) Contraception | ameli.fr | Pharmacien [En ligne] <https://www.ameli.fr/herault/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>. Consulté le 25/02/2019.

- 28) La consultation à 46 euros chez le médecin généraliste, c'est MG France [En ligne] <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-lemedecin-generaliste-c-est-mg-france>. Consulté le 25/02/2019.
- 29) GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [En ligne] http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm Consulté le 25/02/2019.
- 30) Ménière R. De la connaissance du bon usage de la contraception : Apport de l'étude nationale epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Thèse]. Nancy : faculté de médecine de Nancy ; 2004. 94 p.
- 31) Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n2016-06-13-SAN-021. 13 juin 2016. [En ligne] http://www.haut-conseilegalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf. Consulté le 03/04/2019.
- 32) Pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations : Marisol Touraine réaffirme l'importance de la contraception dans les meilleures conditions de sécurité. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2013 [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2013/article/pilules-de-3eme-et-4eme-generations-marisol-touraine-reaffirme-l-importance-de>. Consulté le 25/02/2019.
- 33) Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
- 34) Service Public d'information en santé. Santé.fr. 2017. [En ligne] <https://sante.fr/service-public-dinformation-en-sante>. Consulté le 25/02/2019.
- 35) ChoisirSaContraception [En ligne] https://www.choisirsacontraception.fr/?gclid=Cj0KCQiAuf7fBRD7ARIsACqb8w5xtVwTl3Wlq5HHVCbkBk169SXV8N0OQC9riQCIT-uTlosToFMYaAhn8EALw_wcB. Consulté le 25/02/2019.

36) On sexprime [En ligne]

http://www.onsexprime.fr/?gclid=Cj0KCQjwj_XpBRCCARIsAItJiuR661PnkPrYdj8SoYqMMQpXxQc11-XjrFuO74e08QWPtPJh_NocyZlaApM9EALw_wcB. Consulté le 25/02/2019.

37) Éduscol [En ligne] <http://eduscol.education.fr/>. Consulté le 03/04/2019.

38) Haute Autorité de Santé - Applis santé : la HAS établit 101 règles de bonne pratique [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2682685/fr/applis-sante-la-has-etablit-101-regles-de-bonne-pratique. Consulté le 25/02/2019.

39) Santé.fr [En ligne] <https://sante.fr/>. Consulté le 25/02/2019.

40) DICOM_Lisa.C. [#MonInfoSanté] Santé.fr, le moteur de recherche de votre santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/moninfosante-sante-fr-le-moteur-de-recherche-de-votre-sante>. Consulté le 25/02/2019.

41) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2016. Insee Première 1630. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>. Consulté le 25/02/2019.

42) BOULIN A. Les adolescents et leur famille. Revue de littérature, rapport d'étude de l'INJEP, août 2017.

43) DREES. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes et résultats. Juin 2017 ; numéro 1013, page 5, tableau 1.

44) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparateur de territoire – Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-34032>. Consulté le 05/07/2019.

45) Paillé, P. et Mucchielli, A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4^{ème} édition). Paris, France : A. Colin, 2016. 430p : Pages 68, 87, 236, 239, 241, 261, 274, 344.

- 46) Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Université du Québec en Outaouais : 13.
- 47) Paillé, P. et Mucchielli, A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (2^{ème} édition). Paris : A. Colin, 2008. Pages 59, 162.
- 48) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;n°84 : 142-5.
- 49) Croyance. Wikipédia 2018. [En ligne]
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Croyance&oldid=153656553>. Consulté le 03/04/2019.
- 50) Entourage. Wiktionnaire. 2018. [En ligne] <https://fr.wiktionary.org/wiki/entourage>. Consulté le 18/01/2019
- 51) Tous les avis et statistiques sur plus de 43 000 quartiers et communes de France [En ligne]
[http : //www.kelquartier.com/](http://www.kelquartier.com/). Consulté le 18/01/2019.
- 52) Fiche Secteur : Santé, médical. Le Parisien Etudiant. [En ligne] [http :
//etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/secteur/sante-medical.html](http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/secteur/sante-medical.html). Consulté le 25/02/2019.
- 53) Activité selon le sexe et l'âge en 2017 | Insee [En ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489758>. Consulté le 25/02/2019.
- 54) Davie E, Mazuy M. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Pop et soc. 2010;65(3) : 475-511.
- 55) Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Pop et soc. Janvier 2015 ; n°518.
- 56) Guillemette, François, et Jason Luckerhoff. L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). Canada : Presse de l'unité du Québec ; 2012.

- 57) Alain Blanchet, et Anne Gotman. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. Broché ; 2010.
- 58) Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister [En ligne] <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>. Consulté le 23/02/2019.
- 59) Robinson O. Emerging adulthood, early adulthood and quarter-life crisis: Updating Erikson for the 21st Century. Emerging Adulthood in a European Context [En ligne] https://www.academia.edu/21107510/Emerging_adulthood_early_adulthood_and_quarter-life_crisis_Updating_Erikson_for_the_21st_Century. consulté le 23/02/2019.
- 60) Lauru D, La folie adolescente. Psychanalyse d'un âge en crise. Denoel ; 2004.
- 61) Fize M, L'adolescent est une personne...Normale. Pour en finir avec le mythe de la crise d'adolescence. Pocket Evolution; 2009.
- 62) Marion SB, Thorley C. A meta-analytic review of collaborative inhibition and postcollaborative memory : Testing the predictions of the retrieval strategy disruption hypothesis. Psychol Bull. 2016;142(11) : 1141-64.
- 63) Accompagnateur de GEPT – Département de Médecine Générale [En ligne] <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/enseignant/tuteur-de-gept/>. Consulté le 23/02/2019.
- 64) Les zooms de l'observatoire Cetelem par Harris Interactive. Thème 1 : Marques, éthique, prescripteurs : des consommateurs sous influence ? Enquête 3/3 : Consommation d'aujourd'hui et demain, le poids des influenceurs . Mars 2018. [En ligne] http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2018/03/Rapport_Harris-Observatoire_Cetelem_2018-T1S3-Consommation_aujourd'hui_et_demain_le_poids_des_influenceurs.pdf. Consulté le 23/02/2019.
- 65) Meirieu P. Pourquoi le travail en groupe des élèves ? Repères pour enseigner aujourd'hui. France : Institut national de recherche pédagogique (INRP) ; 1999.
- 66) Régulation des naissances. Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport [En ligne] http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/2.html. Consulté le 03/07/2019.

67) Petite histoire de la contraception | Pharmacie Principale [En ligne] <https://www.pharmacie-principale.ch/themes-sante/sexualite/petite-histoire-de-la-contraception>. Consulté le 25/02/2019.

68) Il était une fois... la contraception [En ligne] <https://www.filsantejeunes.com/il-etait-une-fois-la-contraception-5101>. Consulté le 25/02/2019.

VII) ANNEXES

A) ANNEXE NUMERO 1 : LES DIFFERENTS CONTRACEPTIFS EXISTANTS

(35, 66)

1) Les différents contraceptifs :

Les contraceptifs avec un IP < 1 sont considérés comme très efficaces par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ils sont efficaces pour un IP compris entre 1 et 9, modérément efficaces pour un IP entre 10 et 25 et moins efficaces si l'IP est supérieur à 26.

2) La contraception hormonale :

a) L'implant :

Petit bâtonnet, en plastique, de 4 cm de long et 2 mm de diamètre. Il est déposé en sous-cutané, face interne du bras non dominant. Il contient des hormones progestatives et supprime l'ovulation.

Efficacité théorique : 99,9%.

IP : 0,05.

Efficacité pratique : 99,9%.

Durée : 3 ans.

Prix : 105, 32 euros, remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Délivrance : sur ordonnance.

Avantages : discret, absence d'oubli.

Inconvénients possibles : prise de poids, acné, métrorragies ou aménorrhée, interactions médicamenteuses, grossesses extra-utérines (GEU), kystes ovariens, risque de migration vasculaire ou thoracique, paresthésies, infections.

Contre-indications : accidents thromboemboliques veineux et artériels évolutifs, tumeurs malignes hormono-sensibles, hémorragies génitales inexplicables, pathologies hépatiques graves (infectieuses ou tumorales, bénignes ou malignes), grossesse en cours, allergies.

Précaution supplémentaire : en cas d'hypertension artérielle (HTA), d'obésité, de chloasma ou de diabète.

En post-partum : pose possible 3 semaines après l'accouchement, sans contre-indication à l'allaitement.

b) Le stérilets ou Dispositif Intra-Utérin (DIU) :

En forme de T se terminant par un fils coupé court par le professionnel de santé après la pose pour permettre son futur retrait. Un contrôle échographique annuel est conseillé. Il peut être proposé en 1^{ère} intention, même chez les nullipares.

Le DIU hormonal délivre en continu de petites quantités de levonorgestrel, une hormone progestative. L'hormone épaissit les sécrétions du col de l'utérus, empêchant le passage des spermatozoïdes.

Le DIU au cuivre est non hormonal, il est en plastique recouvert par des manchons de cuivre. Le cuivre rend inactif les spermatozoïdes et a une action antinidatoire.

Efficacité théorique du DIU hormonal : 99,8% / DIU au cuivre : 99,4%.

IP du DIU hormonal : 0,1/ DIU au cuivre : 0,6.

Efficacité pratique du DIU hormonal : 99,8% / DIU au cuivre : 99,2%.

Durée du DIU hormonal : 3 à 5 ans/ DIU au cuivre : 4 à 10 ans.

Prix du DIU hormonal : 125, 15 euros/ DIU au cuivre : 30,50 euros. Remboursé à 65% par l'assurance maladie. Délivrance gratuite et anonyme pour les moins de 15 ans assurées sociales.

Délivrance : sur ordonnance.

Avantages : efficace, durable, discret, pas d'oubli possible.

- DIU hormonal : diminution des règles douloureuses et abondantes.

- DIU au cuivre : absence d'hormone.

Inconvénients possibles : GEU, risques accrus de pathologies infectieuses (salpingites, ...), pose douloureuse chez les nullipares, expulsion spontanée, allergies, interactions médicamenteuses.

- DIU hormonal : métrorragies, aménorrhée, prise de poids, acné, céphalées, douleurs abdominales, troubles de l'humeur, baisse de la libido, kystes ovariens.

- DIU au cuivre : ménorragies.

Contre-indications liées au DIU : antécédents de GEU, troubles de la coagulation, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) au long cours, malformations utérines et cervicales,

certaines fibromes, cancers du col utérin ou de l'endomètre, infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées ou traitées depuis moins de 3 mois, infections génitales hautes non traitées, traitées depuis moins de 3 mois ou récidivantes, avortement moins de 3 mois avant, infections du post-partum, tuberculose génitale, intolérance au cuivre.

Contre-indications liées aux hormones : grossesses, maladies thromboemboliques veineuses ou artérielles, cancers hormono-sensibles, saignements vaginaux inexplicables, pathologies hépatiques graves.

En post-partum : pose possible 4 à 6 semaines après l'accouchement (sauf en cas de césarienne) et absence de contre-indication à l'allaitement. Il peut être mis immédiatement après un avortement du 1^{er} trimestre.

c) La pilule :

Les pilules oestro-progestatives (OP), normo ou minidosées (en fonction de la dose d'œstrogène), mono bi ou triphasique (dans les derniers cas, la dose d'hormones dans les comprimés est différentes pour une même plaquette). Elles contiennent un progestatif et un œstrogène de synthèse. Leur mode d'action est double, le progestatif inhibe l'ovulation, rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes et l'endomètre non réceptif à la nidation. L'œstrogène se substitue à la sécrétion d'hormones endogènes qui est freinée. L'arrêt de la pilule pendant 7 jours à la fin d'une plaquette (ou la prise des 7 placebos) provoque des saignements.

Elles se différencient en fonction :

- Du type et de la dose d'estrogènes (de 15 à 40 microgrammes d'éthinylestradiol pour les OP dites minidosées, 1 à 3 milligrammes de valérate d'estradiol ou 1,5 mg d'estradiol)
- Du type de progestatif (1^{ère} génération, 2^{ème} génération, 3^{ème} ou 4^{ème} génération)
- Du type d'association : monophasique (la dose d'œstrogène et de progestérone est fixe) ou multiphasique (une même plaquette comprend des doses différentes d'hormones)

Il existe également les pilules progestatives (PP), dites micro-dosées. Elles contiennent seulement un progestatif de synthèse, de 2^{ème} (lévonorgestrel) ou 3^{ème} génération (désogestrel). Il modifie la glaire cervicale, a une action antinidatoire sur l'endomètre et possède un certain degré d'inhibition gonadotrope et anti-ovulatoire.

Efficacité théorique : 99,7%

IP : 0,3

Efficacité pratique : 91 %

Durée : 1 pilule/ jour avec 7 jours d'arrêt ou de placebo pour les OP.

Délivrance : sur ordonnance.

Prix : de 1,88 à 14 € par mois. Les OP de 1^{ère} et 2^{ème} générations sont remboursées à 65% par la sécurité sociale, contrairement à celles de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Les pilules peuvent être obtenues gratuitement dans les CPEF par les mineures et les non-assurées sociales.

Inconvénients possibles : oublis, non efficaces en cas de nausées ou diarrhées, interactions avec certains médicaments.

- Pour les OP : nausées, tensions mammaires, migraines, prise de poids, acné, fatigue, saignements, aménorrhée.

- Pour les PP : métrorragies, spotting, aménorrhée, dystrophies ovariennes.

Contre-indications :

- Pour les OP : antécédents ou facteurs de risque d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (notamment chirurgies, immobilisations, tabagisme, angor, accidents vasculaires cérébraux, HTA, affections oculaires, migraines avec auras, diabète compliqué, dyslipidémies, obésité), cancer hormono-sensibles, insuffisance rénale ou hépatique, hémorragies génitales inexpliquées, allergies et associations avec certains médicaments.

- Pour les PP : accidents thromboemboliques veineux évolutifs, allergies, affections hépatiques sévères, cancers hormono-sensibles, hémorragies génitales inexpliquées, association avec le millepertuis.

En cas d'oubli : les PP au lévonorgestrel doivent être prises dans les 3 heures et les OP ou PP au désogestrel, dans les 12 heures. En cas d'oubli inférieur, il faut prendre le comprimé oublié et continuer comme d'habitude. En cas d'oubli supérieur il faut en plus ajouter un préservatif pendant 7 jours. Si l'oubli comprend un des 7 derniers comprimés actifs, il faut enchaîner deux plaquettes sans pause. En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédent l'oubli, il faut prendre une contraception d'urgence.

En post-partum :

- Avec allaitement : les PP sont à privilégier, à débiter 3 semaines après l'accouchement.

- Sans allaitement : les PP sont à privilégier, à débiter 3 semaines après l'accouchement. Les OP peuvent être commencées 3 semaines après l'accouchement en l'absence de facteur de risque de thrombose veineuse.

d) Le contraceptif injectable :

Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté en intramusculaire profond, au niveau des muscles fessiers ou du deltoïde.

Efficacité théorique : 99,7%.

IP : 0,3.

Efficacité pratique : 94 %.

Durée : 3 mois.

Prix : 3, 44 euros/dose, remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Délivrance : sur ordonnance.

Inconvénients possibles : prise de poids, acné, dysménorrhées, aménorrhée, ostéoporose, une fois commencé, il n'y a pas d'arrêt possible avant 3 mois, rétention hydrique, retard de fertilité de 3 à 12 mois à l'arrêt, allergies, interactions médicamenteuses.

Contre-indications : maladies thromboemboliques artérielles et veineuses, cancers hormono-sensibles, pathologies hépatiques graves, diabète déséquilibré, HTA, règles abondantes et dysménorrhées, fibromes utérins, allergies, facteurs de risque d'ostéoporose, associations avec le millepertuis.

En post-partum : l'injection doit se faire 7 jours après l'accouchement. L'allaitement est possible.

e) L'anneau vaginal :

Anneau flexible en plastique poreux qui contient une association d'hormones (estrogène + progestatif de 3^{ème} génération). On l'insère au fond du vagin et à la chaleur du corps, les hormones diffusent à travers la paroi vaginale et passent dans le sang. Il est inséré le premier jour des règles ou entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour mais dans ce cas il faut utiliser des préservatifs pendant les 7 premiers jours.

Efficacité théorique : 99,7%.

IP : 0,3.

Efficacité pratique : 92 %.

Durée : 3 semaines. Pendant la 4^{ème} semaine des « règles » apparaissent. Il protège pendant les 4 semaines. Le mois suivant, on en remet un autre.

Prix : 15 euros/mois, non remboursé.

Délivrance : sur ordonnance.

Avantages : 3 semaines sans oubli.

Inconvénients possibles : cf. pilules combinées, leucorrhées, vaginites.

Contre-indications : cf. pilules combinées.

En cas de perte du dispositif < 3 heures : en remettre un autre sinon agir comme en cas d'oubli de pilule supérieur à 12h.

Post-partum : l'anneau doit être mis durant la 4ème semaine de post-partum.

f) Le patch :

Timbre transdermique à coller sur le ventre, l'épaule ou le bas du dos mais toujours loin des seins. Il distribue un œstradiol et un progestatif.

Efficacité théorique : 99,7%.

IP : 0,3.

Efficacité pratique : 91 %.

Durée : à changer toutes les semaines pendant 3 semaines, pendant la 4ème semaine des « règles » apparaissent. Il protège pendant les 4 semaines.

Prix : 13 euros pour 3 patchs.

Délivrance : sur ordonnance.

Avantages : 1 semaine sans oubli, efficace.

Inconvénients possibles : thromboses veineuses, oublis, décollements, allergies cutanées, absence de remboursement par la sécurité sociale et les contre-indications des pilules combinées.

Contre-indications : cf. OP.

En cas de perte du dispositif < 24 heures : en remettre un autre, si l'oubli est > 24 heures, il faut agir comme en cas d'oubli de pilule supérieur à 12h.

En post-partum : il doit être commencé entre le 21ème et le 28ème jour post-partum, il est déconseillé en cas d'allaitement.

2) La contraception mécanique :

a) Les préservatifs masculin (PM) et féminin (PF) :

Gaine en latex, en polyuréthane ou en nitrile. Le PM se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration. Le PF tapisse la paroi vaginale. Ils doivent comporter le sigle CE (communauté européenne) ou NF (norme française).

Efficacité théorique : PM : 97% /PF : 95%.

IP PM : 3/PF : 5.

Efficacité pratique : PM : 85% / PF : 79%.

Durée : à chaque rapport sexuel.

Délivrance : vente libre, gratuits dans les CPEF, dans les centres de dépistage et associations de lutte contre le VIH.

Coût :

- PM : 0,20 à 0,56 centimes d'euros ou gratuit dans certains centres. Remboursés à 60% par la sécurité sociale depuis décembre 2018 pour les préservatifs de la marque EDEN, sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.

- PF : 8,70 euros la boîte de 3, gratuit dans certains centres.

Avantages : seule protection contre les infections sexuellement transmissibles, prix, accessibilité. Le PF peut être placé plusieurs heures avant le rapport et ne nécessite pas le retrait immédiat après éjaculation.

Inconvénients : bien le positionner, à utiliser à chaque rapport sexuel.

Contre-indications : allergie.

b) Le diaphragme :

Membrane (en latex ou silicone) qui se glisse dans le vagin, au contact du col de l'utérus, pour empêcher le passage des spermatozoïdes .Il peut être utilisé en association avec les spermicides pour une meilleure efficacité.

Efficacité théorique (avec spermicides) : 94%.

IP : 6.

Efficacité pratique (avec spermicides) : 88%.

Durée : il peut être mis dans les 2 heures avant le rapport sexuel et doit être retiré dans les 24 heures. Il est réutilisable.

Délivrance : sur ordonnance.

Coût : environ 33 euros en latex et 42 euros en silicone. Il est partiellement remboursé par la sécurité sociale. Les spermicides coûtent entre 7 à 19 euros pour plusieurs doses.

Avantages : mis en place avant le rapport sexuel.

Inconvénients : sa manipulation nécessite une bonne connaissance de son corps.

Contre-indications : infections urinaires répétées, prolapsus ou si la femme a une pathologie ou prend des médicaments contre-indiquant une grossesse car cette méthode présente un trop grand risque d'erreur.

c) La cape cervicale :

Membrane en silicone au contact du col utérin, à associer aux spermicides également.

Efficacité théorique (avec spermicides) chez la nullipare : 91%/ après une grossesse : 74%.

IP (avec spermicides) chez la nullipare : 9/ après une grossesse : 26.

Efficacité pratique (avec spermicides) : chez la nullipare : 84%/ après une grossesse : 68%.

Durée : il peut être mis dans les 2 heures avant le rapport sexuel et doit être retiré dans les 24 heures. Il est réutilisable.

Délivrance : cf. diaphragme.

Coût : 60 euros, non remboursé. Les spermicides coûtent entre 7 à 19 euros pour plusieurs doses.

Avantages : cf. diaphragme.

Inconvénient : cf. diaphragme.

Contre-indication : cf. diaphragme et en cas de grossesses multiples car la grossesse peut entraîner une modification du col utérin rendant la cape moins efficace.

3) La contraception chimique :

a) Les spermicides :

En crèmes, en ovules, en capsules ou en comprimés vaginaux. Ils rendent inactifs ou détruisent les spermatozoïdes.

Efficacité théorique : 82%.

IP : 18.

Efficacité pratique : 71%.

Durée : à chaque rapport. Un ovule mettra 10 minutes à fondre dans le vagin pour être efficace. Sa durée d'action est de 60 minutes pour les ovules et de 8 heures pour les crèmes.

Délivrance : vente libre.

Coût : de 7 à 19 euros, non remboursés.

Avantages : double contraception, discrets, ils peuvent servir de lubrifiant, certains sont compatibles avec l'allaitement.

Inconvénients : efficacité faible, il ne faut pas utiliser de savons dans les 8 heures après utilisation ni pratiquer d'injection intra-vaginale après le rapport.

Coût : entre 7 et 19 euros pour plusieurs doses, non remboursés.

Contre-indications : hypersensibilité au produit, infections urinaires ou mycoses vaginales répétées, plaies vaginales, IST, médicaments par voie vaginale et si la femme a une pathologie ou prend des médicaments contre-indiquant une grossesse car cette méthode présente un trop grand risque d'erreur.

4) La contraception naturelle :

Les méthodes qui suivent doivent tenir compte : de la période de vie des gamètes dans les voies génitales féminines : 24 heures pour un ovocyte, 5 jours pour un spermatozoïde et du caractère aléatoire de l'ovulation.

Avantages : gratuites, accessibles.

Inconvénients : nécessitent d'avoir des cycles réguliers et une bonne connaissance de son corps, imprécise, peu fiable.

Contre-indications : si la femme a une pathologie ou prend des médicaments contre-indiquant une grossesse car ces méthodes présentent un trop grand risque d'erreur.

a) Le retrait :

Ejaculation en dehors des voies génitales féminines.

Efficacité théorique : 96%.

IP : 4.

Efficacité pratique : 78%.

Inconvénients : Il faut une bonne connaissance de son corps pour l'homme. De plus, le liquide pré-séminal peut contenir des spermatozoïdes.

b) Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) :

Lorsque la femme allaite de manière exclusive, en l'absence de retour de couches, si il y a au moins 6 tétées/24 heures, espacées de moins de 6 heures et d'une durée d'au moins 20 minutes, la femme peut alors être protégé d'une seconde grossesse. Cela peut durer jusqu'à 6 mois après l'accouchement (68).

Efficacité théorique : 95%.

IP : 5.

Efficacité pratique : 75%.

c) La méthode Ogino-Knauss (68) :

C'est une abstinence périodique, cette méthode repose sur le calcul des cycles. Il s'agit d'éviter d'avoir des rapports sexuels non protégés pendant les jours "fertiles" qui précèdent ou suivent l'ovulation.

Efficacité théorique : 93%

IP : 7%

Efficacité pratique : 20%.

d) La méthode des températures (68) :

La température habituelle de la femme s'élève au moment de l'ovulation (de 0,2 à 0,4°C). Les rapports sexuels non protégés qui ont lieu plus de trois jours après l'élévation de température ne peuvent pas, en principe, entraîner de grossesse.

Efficacité théorique : 93%

IP : 7%

Efficacité pratique : 20%

Inconvénients : Cette méthode nécessite de prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever.

e) La méthode Billings (68) :

Cette méthode consiste à déterminer la période de l'ovulation en fonction de l'aspect de la glaire cervicale avec ses doigts. A l'approche de l'ovulation, les sécrétions du col de l'utérus se modifient.

Efficacité théorique : 93%

IP : 7%

Efficacité pratique : 20%.

Inconvénients : d'autres éléments peuvent modifier la glaire (désir sexuel, infections vaginales...).

f) La méthode avec appareillage :

Cette méthode consiste à utiliser des appareils qui permettent de repérer la période d'ovulation (ex : mini-lecteur informatisé qui mesure la quantité d'hormones urinaires).

IP : dépend de la méthode utilisée.

Inconvénients : Ils sont chers, peu fiables et ne conviennent pas à la contraception des femmes jeunes. Ils sont plus souvent utilisés pour favoriser une grossesse que pour l'éviter.

B) ANNEXE NUMERO 2 : L'HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION ET DE SA LEGISLATION (67, 68)

Dans l'antiquité, (3500 à 476 avant JC) chez les égyptiens et les romains : on retrouve les ancêtres du préservatif masculin, du stérilet, des spermicides et du diaphragme. On commence à étudier le cycle des femmes en proposant des périodes d'abstinence devant correspondre aux périodes de fertilité.

XVI^{ème} siècle : en Asie, le préservatif masculin est en papier de soie huilé, en écaille de tortue ou en cuir. En 1564, en Europe, l'anatomiste chirurgien Gabriel Falloppio invente un fourreau de lin imbibé de décoctions d'herbes astringentes.

1677 : Anthony Van Leeuwenhoek, savant néerlandais, découvre les **spermatozoïdes** et réalise les premiers essais de spermicides.

1789 : le préservatif se banalise, il est commercialisé lors de la Révolution Française et le Directoire.

XIX^e siècle : le capitalisme grandit, la France connaît un essor économique. Il y a une migration de la campagne vers les villes. **Thomas Malthus**, scientifique anglais à l'origine du courant de pensée le malthusianisme, alerte sur un accroissement trop rapide de la population par rapport à ses ressources. Le contrôle des naissances est alors une solution pour limiter la misère et la surpopulation.

1830 : le diaphragme est mis au point par Frederik A. Wilde, gynécologue allemand, et sera plus tard amélioré par K.Kafka.

1839 : Charles Goodyear découvre le procédé de vulcanisation du **caoutchouc** qui permet la création du premier **préservatif en caoutchouc** 5 ans plus tard.

1880 : commercialisation des préservatifs en **latex** liquide, toujours utilisés aujourd'hui.

1889 : Paul Robin, pédagogue français et néo- malthusianiste ouvre le premier centre de consultation et de vente de produits contraceptifs en France.

1906 : commercialisation des 1^{ers} spermicides.

1908 : premières publicités pour l'ancêtre du préservatif féminin.

1909 : publication d'un « Moyens pour éviter la grossesse », premier guide sur la contraception.

1914-1918 : les avancées antinatalistes sont gelées après la première guerre mondiale et ses pertes humaines.

1920 : interdiction d'avoir recours à la contraception, à l'avortement ou d'en faire leurs propagandes. La loi est renforcée par celle du 27 mars 1923 et celle du 15 février 1942 qui majorent les peines jusqu'à faire de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, donc passible de la peine capitale.

1923 : Ouverture du premier **planning familial américain** en 1923 par **Margaret Sanger**, une infirmière américaine.

1924 : le Dr Ogino crée la méthode Ogino au Japon.

1928 : Ernst Gräfenberg, sexologue allemand invente le premier stérilet en or et argent.

Années 1930 : Andriy Stynhach étudie la structure des hormones stéroïdiennes et découvre qu'à hautes doses, elles inhibent l'ovulation, mais leurs coûts restent très élevés.

En Angleterre, l'Église accepte l'utilité du contrôle des naissances. Le gouvernement britannique permet l'enseignement des « techniques anticonceptionnelles ».

1939 : Russell Marker, un professeur de chimie américain trouve le moyen de fabriquer la progestérone à partir d'une plante poussant au Mexique, réduisant ainsi le coût de la recherche.

1939-1945 (seconde guerre mondiale) : en 1942, le gouvernement de Vichy vote la peine de mort pour les avorteuses.

1951 : **Margaret Sanger et Gregory Pincus**, chercheur américain, se lancent dans la recherche d'un contraceptif hormonal, ils travaillent avec le gynécologue **John Rock**, expert dans le traitement de l'infertilité chez la femme.

1957 : commercialisation de la première pilule hormonale aux USA (Enovid).

A l'influence internationale, s'ajoute un climat de protestation contre la loi de 1920. Les français tolèrent moins ces interdictions sur leur corps.

1961 : la **1^{ère} pilule** est commercialisée en France .Pour contourner son interdiction, elle est prescrite comme un médicament pour « régulariser les règles ».

Le **1^{er} planning familial** apparaît en **France** dans une quasi clandestinité. Il permet la diffusion clandestine de diaphragmes.

Fin 1964 : on commence à étudier la contraception en faculté de médecine.

Fin 1967 : **loi Neuwirth**. Elle abroge celle de 1920 qui interdisait toute contraception. Elle autorise l'importation, la fabrication et la délivrance des contraceptifs. Pour aider les femmes dans leur choix, elle crée les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil (EICCF).

Mai 1968 : **révolte** de la jeunesse étudiante **antiautoritaire** et grèves générales. Elles matérialisent une remise en cause des institutions traditionnelles. Malgré la légalisation, il faut attendre les années 70 pour que la contraception se démocratise.

Le Pape Paul VI condamne toutes les formes de contraception.

1970 : les pilules faiblement dosées (moins de 0,05 mg d'estrogène) sont mises sur le marché.

1971 : Publication du manifeste de 343 femmes reconnaissant avoir eu recours à l'IVG. Suivi en 1973 par le manifeste de 331 médecins qui manifestent également en sa faveur.

1973 : la **circulaire Fontanet** aborde pour la première fois l'idée d'éducation sexuelle à l'école.

Fin 1974 : remboursement de certains contraceptifs par la **sécurité sociale**.

1975 : loi Veil, dépénalisation de l'avortement en France sous certaines conditions.

1980 : les pilules minidosées (moins de 0,03 mg d'estrogène) sont mises sur le marché.

1982 : le professeur Emile Baulieu livre ses résultats sur les recherches d'une nouvelle pilule à action anti-progestérone, la mifepristone ou RU 486, molécule utilisée dans les IVG.

1984 : les pilules tri-phasiques qui suivent les variations hormonales d'un cycle sont mises sur le marché.

1990 : la France est bousculée par l'affaire du sang contaminé. Des **associations de patients** se forment. Elles revendiquent le **droit à l'information**.

1993 : la «Loi Neiertz» punit l'entrave à l'avortement.

1992 : commercialisation du préservatif féminin sous la forme qu'on lui connaît aujourd'hui aux USA et quelques années plus tard en Europe.

1999 : commercialisation d'un **contraceptif d'urgence**, le Norlevo.

2000 : la limite légale pour pratiquer l'**avortement** est prolongée de 10 à 12 semaines. Commercialisation de l'implant contraceptif.

4 juillet 2001 : loi relative à l'IVG et la contraception. Elle permet notamment aux mineures d'avoir recours à l'IVG en l'absence d'autorisation parentale et elle introduit l'IVG médicamenteuse en ville.

2002 : loi Kouchner, relative aux droits des usagers et à la qualité du système de santé. Cette loi consacre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés et son droit à être informé sur son état de santé.

2013 : crise de la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération, déremboursement de ces pilules.

2016 : l'Etat crée le Service Public d'Information en Santé (SPIS).

2017 : le Ministère des affaires sociales et de la santé présente la **stratégie nationale de santé sexuelle**. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur **l'autonomie, la satisfaction, la sécurité**.

C) ANNEXE NUMERO 3 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

1) DOCUMENT D'INFORMATION A L'ATTENTION DES FEMMES

« Bonjour Madame. Je m'appelle Anne-Flore Oléron, je suis médecin généraliste. Je réalise une thèse pour devenir Docteur en médecine générale. Elle s'intitule : **que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ?** Cette thèse me permet de conclure mes études et a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patientes par les médecins.

« Avez-vous entre 18 et 30 ans ? »

- Si la patiente me répond **oui**, je continue l'information.

« Votre âge correspond à l'opinion des femmes que j'étudie. Si vous acceptez, j'aimerais vous poser quelques questions lors d'un entretien **individuel**, dans un bureau, dès maintenant. Cela dure une vingtaine de minutes. Il peut également avoir lieu un autre jour selon vos disponibilités. Dans ce cas nous pouvons convenir d'un rendez-vous.

- Cet entretien n'est **pas obligatoire**. Si vous ne souhaitez pas répondre à mes questions cela ne changera rien à votre prise en charge.

- Cet entretien est **anonyme**. C'est-à-dire qu'une fois l'interview réalisée, il n'y a aucun moyen de savoir si vous avez répondu à ce questionnaire. Votre médecin ne sera pas au courant des réponses. Votre nom, prénom et passage au cabinet ne seront pas révélés.

- Il est **gratuit**. Je ne suis pas payée pour le réaliser. Il ne vous sera pas demandé d'argent pour le faire et vous ne serez pas indemnisée.

- Il est **enregistré**. L'enregistrement est audio. Une fois l'interview terminée, je le retranscrirai dans un fichier Word de mon ordinateur. Puis l'enregistrement sera effacé définitivement. Le fichier Word est anonyme. Durant l'entretien je prendrai également quelques notes écrites. Ces notes papiers seront retranscrites dans le fichier Word et la version papier sera détruite définitivement. Si vous ne voulez pas être enregistrée, je prendrai des notes écrites au fur et à mesure de l'entretien.

- Les entretiens serviront de support pour formaliser ma thèse. Dans un second temps, l'objectif est de faire participer les femmes aux choix de leur contraception. Une fois ma thèse terminée, elle sera archivée à la faculté de médecine de Montpellier. Toutes les données sur mon ordinateur seront **supprimées** définitivement.

Après avoir entendu ces informations, acceptez-vous de répondre au questionnaire ? »

- Si la patiente n'a pas entre 18 et 30 ans :

« Malheureusement, votre âge ne correspond pas à la tranche d'âge étudiée. Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps et vous souhaite une bonne journée »

2) GUIDE D'ENTRETIEN

I) Pouvez-vous me parler des différentes méthodes contraceptives que vous avez utilisées ou que vous pensez utiliser ?

Idées de relances :

- 1) Depuis combien de temps prenez vous une contraception ?
- 2) Pourquoi avoir décidé de changer de contraception ?
- 3) Pourquoi avoir utilisé une méthode plus qu'une autre ?
- 4) Que pensez-vous de votre contraception actuelle ?
- 5) Si vous n'utilisez pas de contraception actuellement, pouvez-vous m'en expliquer les raisons ?

II) Que pensez-vous des autres moyens de contraception ?

Idées de relances :

- 1) Pouvez-vous me donner votre avis sur les avantages et les effets secondaires des contraceptifs que vous connaissez ?
- 2) Que pensez-vous de leur prix ?
- 3) Que pensez-vous de leur accessibilité ?

III) Si je vous propose une consultation individuelle pour parler de contraception, quels points aimeriez-vous éclaircir ?

Idées de relances :

- 1) Existe-t-il un sujet que vous n'osez pas aborder avec votre médecin ?
- 2) Comment avez-vous vécu votre première demande de contraception chez le médecin ?

IV) Comment avez-vous connu les différents contraceptifs utilisés dans votre vie ?

Idées de relances :

- 1) Quel a été votre interlocuteur pour connaître et choisir votre contraception : professionnels de santé, famille, amis ...?
- 3) Quels outils avez-vous préféré utiliser ? Pourquoi ?
- 4) Que pensez-vous des applications de téléphonie mobile sur le sujet ?

V) Que manque t'il actuellement aux femmes pour choisir leur contraception ?

Idées de relances :

- 1) Selon vous, comment favoriser l'accès à l'information contraceptive à l'école ?
- 2) Comment les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens ...) peuvent vous aider à gérer votre contraception ?
- 3) Avez-vous des idées d'outils ou d'informations à créer ?

VI) Enfin, quel est votre avis général sur l'éducation à la contraception actuelle ?

Pour finir j'aimerais connaître quelques informations sur vous. Ces informations resteront anonymes.

- Age :
- Statut marital :
- Nombre de grossesses et nombre d'enfants :
- Occupation professionnelle et diplômes :
- Ville de résidence :

Cet entretien est maintenant terminé, je vous remercie pour votre participation.

D) ANNEXE NUMERO 4 : LES MODIFICATIONS DU GUIDE

D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été modifié suite aux premières interviews. L'ordre des questions a été conservé mais les relances n'ont pas toutes été posées et pas toujours dans l'ordre prévu, en fonction des thèmes qui avaient déjà été spontanément abordés par les patientes.

Les 6 questions principales ont été posées à toutes les femmes. Cependant, des questions spécifiques sont apparues au cours de chaque entretien afin d'approfondir des thèmes intéressants soulevés par les patientes. Je récapitule ici les questions qui diffèrent d'un interrogatoire à l'autre. J'en tiendrais compte dans l'analyse des réponses.

« Bis » signifie que les questions ont été posées à la suite de la question portant le même chiffre.

On constate que les questions 5 et 6 étaient très générales ce qui a permis de couvrir plusieurs sujets. Cela a pu, également, limiter certaines femmes qui ne comprenaient pas la question.

Lors de l'interview des patientes 5 et 6 j'ai beaucoup utilisé la reformulation. Le but était de relancer la conversation et de les encourager à développer leurs idées.

Entretien numéro 1

5 bis) Pour revenir sur l'éducation à **l'école**, qu'en pensez-vous ?

6 bis) Êtes-vous suivie par un **gynécologue, un médecin généraliste**, les deux ?

Entretien numéro 2 :

1 bis) Et c'est vous qui lui avez demandé ou **il vous a proposé** ?

5 bis) Et vous pensez que **c'est à nous d'aborder le sujet ou aux patients** ?

Entretien numéro 3 :

3 bis) Qu'avez-vous pensé des cours à **l'école** ?

3 bis) Êtes-vous **gênée** d'en parler avec le médecin ?

3 bis) Vous voyez un **gynécologue** de temps en temps ?

Entretien numéro 4

2 bis) Et c'est vous qui avez **posé la question** ou c'est lui qui a abordé le sujet ?

4 bis) Avez-vous utilisé **internet** ?

Entretien numéro 5

5 bis) Utilisez-vous les **applications** de téléphonie mobile ou **internet** ?

6 bis) Et que pensez-vous du fait que ce soit un **homme** ?

Entretien numéro 6

4 bis) Avez-vous utilisé **internet** ?

Entretien numéro 7

6 bis) Et une dernière question, c'est vous qui avez fait la **démarche de poser la question** ou c'est eux qui spontanément sont venus vers vous en disant «On va parler de la contraception» ?

Entretien numéro 8

1 bis) Vous aussi vous regardez des sites sur **internet** ?

2 bis) Moi par exemple, la question que je me demandais avant les recherches c'était : « Si j'oublie ma pilule, qu'est-ce que je fais ? ». Vous vous êtes déjà posé ce genre de question?

Entretien numéro 9

4 bis) Et vous avez eu des cours à **l'école** ?

6 bis) D'accord. Pensez-vous que c'est au médecin **d'aborder le sujet** ou plutôt à la patiente ?

6 bis) Que penseriez-vous d'une publicité pour la contraception à la **télévision** ?

6 bis) Et si on part vers la publicité, par exemple des **affiches**, pensez-vous qu'on puisse en mettre dans les villes, comme les affiches sur la sécurité routière ?

Entretien numéro 10

4 bis) Et est-ce que vous regardez sur **internet** parfois ou pas du tout ?

5 bis) Est-ce qu'il faudrait que ce soit au médecin **d'en parler en premier**?

5 bis) D'accord. Par exemple si on mettait des **affiches dans des salles d'attente** est-ce que ça vous intéresserait ? Qu'en penseriez-vous ?

5 bis) Et si on mettait ces affiches pas seulement dans les salles d'attente mais sur des **panneaux publicitaires** dans la rue ?

Entretien numéro 11

2 bis) Qui vous a retiré le **stérilet** ?

Entretien numéro 12

1 bis) Et **qui vous l'a posé** ?

4 bis) Et à **l'école**, vous avez eu des cours ?

5 bis) D'accord, et vous, **votre fille**, par exemple, si elle vous posait des questions, que feriez-vous ?

5 bis) Que pensez-vous des **applications de téléphonie** mobile ?

6 bis) Les **avortements** ils étaient **volontaires ou médicaux** ?

6 bis) Est-ce **arrivé sous contraception** ?

Entretien numéro 13

4 bis) Et le fait d'en parler en classe de 3^{ème} vous trouvez que c'est **trop tôt, trop tard ou au bon moment** ?

5 bis) Connaissez-vous le **planning familial** ?

E) ANNEXE NUMERO 5 : LES CARACTERISTIQUES DES FEMMES AYANT PARTICIPEES A L'ETUDE

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3
Lieu de consultation	Cabinet des Halles	Cabinet des Halles	Cabinet de la Devèze
Date de l'entretien	Lundi 25 juin	Lundi 25 juin	Mardi 26 juin
Âge	24 ans	30 ans	21 ans
Nombre de Grossesse	3 grossesses (1 en cours, 1 enfant à 21 ans, 1 IVG à 16 ans)	1 grossesse	0
Nombre d'enfant	1 enfant (3 ans)	1 enfant (15 ans)	0
Statut marital	Vit en concubinage	Vit seule, en couple	Vit seule, célibataire
Emploi	Dit ne pas travailler mais aide son mari dans sa société	Secrétaire	Etudiante
Ville de résidence	Béziers	Béziers	Béziers
Contraception actuelle	Enceinte	Stérilet de cuivre	Pilule
Durée de l'entretien	9 min 55	5 min 02	5 min 30

	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6
Lieu de consultation	Cabinet de la Devèze	Cabinet de la Devèze	Cabinet de la Devèze
Date de l'entretien	Mardi 26 juin	Mardi 26 juin	Mardi 26 juin
Âge	25 ans	24 ans	25 ans
Nombre de Grossesse	0	0	2 grossesses (enceinte de 6 mois)
Nombre d'enfant	0	0	1 enfant (4 ans)
Statut marital	Vit seule, en couple	Vit en concubinage	Vit en concubinage, séparée du 1 ^{er} papa
Emploi	Serveuse	Etudiante en CAP petite enfance, titulaire d'un BEP sanitaire et social	Aide soignante, ancienne auxiliaire de puériculture
Ville de résidence	Sauvian	Béziers	Béziers
Contraception actuelle	Pilule	Souhaite une grossesse, vient de retirer son implant.	Enceinte
Durée de l'entretien	5 min 10	10 min 23	22 min 34

	Patiente 7	Patiente 8	Patiente 9
Lieu de consultation	Cabinet des Halles	Cabinet des Halles	Cabinet des Halles
Date de l'entretien	Mercredi 27 juin	Mercredi 27 juin	Mercredi 27 juin
Âge	30 ans	23 ans	29 ans
Nombre de Grossesse	2 grossesses	0	1 grossesse en cours (3 mois)
Nombre d'enfant	2 enfants de moins de 10 ans et un beau fils	0	0
Statut marital	Vit en concubinage avec le père de ses enfants	Vit avec ses parents	Pacsée, vit avec son conjoint
Emploi	Recherche un emploi dans la vente	Etudiante	Kinésithérapeute
Ville de résidence	Béziers	Béziers	Béziers
Contraception actuelle	Pilule	0	Enceinte
Durée de l'entretien	6 min 17	5 min 26	19 min 51

	Patiente 10	Patiente 11	Patiente 12	Patiente 13
Lieu de consultation	Cabinet des Halles	Cabinet des halles	Cabinet des halles	Cabinet des Halles
Date de l'entretien	Jeudi 28 juin	Jeudi 28 juin	Vendredi 29 juin	Vendredi 29 juin
Âge	28 ans	28 ans	30 ans	22 ans
Nombre de Grossesse	2 grossesses	3 grossesses	5 grossesses (dont 3 IVG)	0
Nombre d'enfant	2 enfants (5 et 3 ans)	3 enfants (8, 4 et 2 ans)	2 enfants (12 et 19 ans)	0
Statut marital	Vit en concubinage	Vit seule, célibataire	Vit seule, célibataire	Vit avec ses parents, se marie bientôt
Emploi	0	Femme de ménage	0	Aide soignante
Ville de résidence	Béziers	Béziers	Béziers	Béziers
Contraception actuelle	Pilule	0	Pilule	0
Durée de l'entretien	9 min 43	4 min 23	7 min 54	10 min 30

VIII) SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, 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.

Admis (e) dans 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 le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction :

Malgré les efforts de santé publique, le taux d'interruption volontaire de grossesse en France stagne à des valeurs hautes. Notre hypothèse était : « Les méthodes éducatives à la contraception n'atteignent pas leurs cibles ». L'objectif principal était : « Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ? » L'objectif secondaire était la création d'une plaquette informative réunissant de nouvelles données.

Méthodes :

C'était une étude qualitative, thématique, par entretien semi-directif, sur 13 patientes de 18-30 ans, consultant des médecins généralistes et des sages-femmes. Les patientes étaient recrutées dans une maison de santé pluridisciplinaire de Béziers, sur deux sites, selon leur arrivée en salle d'attente.

Résultats :

Les opinions exprimées par les patientes sont hétérogènes. Les critiques portent sur un manque d'information sur les avancées scientifiques, un manque d'accès aux gynécologues, un manque d'objectivité des médias, une école en retard dans la prévention sur la contraception. Les femmes redoutent certains contraceptifs vécus comme intrusifs et contraires aux lois de la nature. Elles revendiquent leur singularité, leur autonomie et leur capacité à évoluer.

Discussion :

Nous proposons de plus utiliser la communauté et l'entourage des patientes grâce à des groupes de parole supervisés par un soignant où les patientes aborderaient les problèmes rencontrés avec la contraception plusieurs fois par an. Une autre approche serait d'envoyer un courrier invitant les femmes à parler de leur contraception avec leur médecin lors d'une consultation dédiée.

Mots clés : santé publique, contraception, éducation, femmes, 18-30 ans, qualitatif, Béziers, médecine générale, communauté.