



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2017

N° 9445

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Johanna DROUOT

Le 17 mars 2017

**Exploration de la perception de la contraception et de la fertilité des femmes
ayant recours à une interruption volontaire de grossesse.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN

Président

M. le Professeur Olivier MOREL

Juge

Mme le Docteur Élisabeth STEYER

Juge et Directrice

Mme le Docteur Marie-Anne PIDOLLE

Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul
VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeure Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur de Gynécologie-Obstétrique
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.
Nous vous exprimons nos remerciements pour avoir accepté de nous
accorder votre confiance.
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur de Gynécologie et Obstétrique
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur Élisabeth STEYER

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale
Médecin Généraliste à Talange

Vous me faites l'honneur d'accepter cette direction de thèse.
Vos conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail m'ont été précieux.
Je vous remercie pour votre bienveillance et vos enseignements au cours de cette année de stage passée à vos côtés.
Soyez assurée de mon profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Marie-Anne PIDOLLE

Maître de Stage
Médecin Généraliste à Metz

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.
Merci de votre confiance et de m'avoir transmis cette passion et cette
image de la médecine générale.

À mes parents, pour m'avoir soutenue sans relâche. Merci d'avoir supporté inlassablement mes doutes, mes angoisses, mon stress. Soyez assurés de la reconnaissance infinie et de tout l'amour que je vous porte.

À Jean-Damien, mon mari, tu es à mes côtés depuis le premier jour de ces longues études de médecine, merci pour ton soutien, ta patience et ton amour infailible malgré tout ce que tu as dû endurer pour ma réussite.

À Gabriel, mon fils. Ton regard malicieux et tes sourires illuminent mes journées. Tu as rendu ma vie plus belle.

À Thomas, mon frère. Pour tout ce que l'on a partagé. Merci pour ta contribution « informatique » à cette thèse.

À mes grands-parents, que j'aime profondément. Mamie Irène, j'aurais aimé que tu soies là.

À Jean-Marc et Anne-Marie, merci pour votre soutien, vos encouragements, ainsi que pour ces nombreux et délicieux instants partagés.

À Clément, un ami et un co-interne en or.

À Pauline, quel bonheur d'avoir passé mes journées avec toi pendant 6 mois.

À Émilie, ma louloute, pour tout ce que l'on a partagé depuis notre rencontre sur les bancs de la fac.

À Aurélie, tu as égayé mes journées pendant ce stage en hépato-gastro, merci pour ton amitié si précieuse.

À Matthieu, ne change jamais.

À Hélène, Thomas, Mathilde, Nico, Juliette, Pierre, Laure-Aléa et Julien, merci pour ces week-end de retrouvailles.

À Jérôme, Marie-Anne et Hugues, merci de votre accueil au sein du cabinet et de la confiance que vous m'accordez.

À l'équipe du CPEF de l'hôpital Mercy, pour votre accueil chaleureux.

Aux femmes qui ont accepté de se confier à moi, merci pour votre participation.

À tous les médecins que j'ai côtoyés pendant mes études, qui m'ont tant appris et qui m'ont transmis la passion de leur métier.

À ceux que j'ai oublié, veuillez m'en excuser.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT	7
REMERCIEMENTS	8
ABRÉVIATIONS	15
PRÉAMBULE	16
INTRODUCTION	24
PATIENTS ET METHODE	25
RÉSULTATS	27
Participantes	27
Perception de la fertilité et de la contraception	28
I. Perception de la fertilité	28
A. Grossesse non désirée perçue de façon instinctive	28
B. Craintes d'être infertile	28
C. Négation de la fertilité biologique	30
D. Différence ressentie entre la fertilité biologique et la capacité d'être mère (fertilité sociale)	31
II. Perception de la contraception	36
A. Craintes	36
B. Difficultés perçues	39
C. Avantages perçus	41
Conclusion des résultats	45
DISCUSSION	46
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE	62

ABRÉVIATIONS :

AMP : Aide Médicale à la Procréation

CHOICE : Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience

CHR : Centre Hospitalier Régional

COCON : Cohorte Contraception

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FECOND : Fécondité, Contraception, Dysfonctions sexuelles

GINE : Grossesses Interrompues, Non voulues, Evitées

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'Aménorrhée

PRÉAMBULE

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été temporairement autorisée, pour une durée de cinq ans, par la loi du 17 janvier 1975, dite loi Veil. Cette loi autorisait l'IVG dans des conditions très limitées : les femmes se jugeant en situation de détresse pouvaient recourir à l'avortement dans un délai de dix semaines de grossesse. La femme devait respecter l'obligation d'une semaine de réflexion entre sa première consultation et l'acte lui-même et était obligée de rencontrer une conseillère en planification. Elle laissait la possibilité à tout médecin de refuser de donner suite à une telle demande, et s'efforçait de limiter les IVG à des cas de nécessité. Elle ne prévoyait pas de remboursement par la sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale. (1)

Le 31 décembre 1979 était votée la loi sur l'IVG qui rendait définitives les dispositions de la loi de 1975, et supprimait notamment certaines entraves à la réalisation de l'avortement, concernant les modalités d'accord du médecin et l'accueil dans les services hospitaliers.

Le 31 décembre 1982 était promulguée la loi Roudy, instaurant le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale. (2)

A partir de 1989, l'IVG par technique médicamenteuse est autorisée.

La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à l'avortement aux mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale et a introduit une modification des règles de recours à l'IVG en allongeant le délai légal à douze semaines de grossesse et en rendant facultative la consultation psychosociale. Cette loi donne accès à la méthode médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être réalisé par un gynécologue ou un médecin généraliste justifiant d'expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA). (2)

Ce n'est qu'à partir de 2009 que les centres de santé et les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent également réaliser des IVG médicamenteuses.

Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'assurance maladie. (2)

La loi du 4 août 2014 supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'avortement.(3)

La loi du 26 janvier 2016 supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine et permet aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses.

A partir du 1^{er} avril 2016, la gratuité complète du parcours d'IVG est assurée par le remboursement à 100% de tous les actes nécessaires (consultations, examens d'imagerie et de biologie). (3)

Concernant la contraception, la première loi Neuwirth de 1967 autorisait la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineurs, et interdisait toute publicité commerciale ou propagande antinataliste. (3)

La loi du 4 décembre 1974, portant diverses dispositions relatives à la régularisation des naissances, a élargi le dispositif de la loi de 1967, en instaurant le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et en supprimant l'autorisation parentale pour les mineures. (3)

A partir de 1991, la publicité était autorisée pour les préservatifs et la contraception.

En mai 1999, la France était le premier pays à permettre l'accès à la contraception d'urgence (CU) sans ordonnance.

La loi du 13 décembre 2000 autorisait la délivrance de la CU à titre gratuit pour les mineures désirant garder le secret. Les femmes se voient proposer de nouvelles méthodes de contraception hormonale : l'implant, le patch et l'anneau vaginal.

Dans le même temps, la loi Aubry-Guigou de 2001 a facilité l'accès à la contraception aux mineures en rendant possible la prescription d'un contraceptif sans autorisation parentale en médecine de ville et pas seulement dans les centres de planification familiale et a légalisé l'accès à la stérilisation à visée contraceptive. La CU est remboursée quel que soit l'âge de la femme si elle est en possession d'une prescription médicale. (1) (4)

Enfin, depuis la loi du 31 mars 2013, l'assurance maladie prend en charge à 100% les contraceptifs remboursables (pilule de 1^{ère} et de 2^{ème} génération, implant contraceptif et dispositif intra-utérin) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une attestation d'assurance maladie et d'une ordonnance. (2)

Parallèlement au vote de la loi dite « deuxième loi Neuwirth » était votée la loi Veil.

La première loi Neuwirth, autorisant la contraception médicalisée avec certaines restrictions (prescription médicale obligatoire, autorisation parentale pour les mineures et interdiction de la publicité), n'a pas permis la diffusion massive des méthodes de contraception. C'est pourquoi, simultanément à la dépénalisation de l'avortement, était votée une loi favorisant clairement la diffusion de la contraception, instituant cette dernière comme « bonne pratique » de contrôle de la fertilité, opposée à la stigmatisation de l'IVG, qui ne devait jouer qu'un rôle d'ultime recours en cas d'échec contraceptif.

À terme, ce que visait le législateur, était la quasi disparition de l'avortement grâce à la généralisation des techniques contraceptives à efficacité théorique très élevée. (1)

On note en effet une couverture contraceptive élevée selon le Baromètre Santé de l'INPES, avec 91% des françaises sexuellement actives, âgées de 15 à 49 ans, qui déclaraient en 2010 employer une méthode contraceptive. (2)

Selon l'enquête FECOND réalisée en 2010, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée en France, 55% des femmes de 15 à 49 ans l'utilisait. C'est chez les jeunes que son usage est le plus important (78,9% des femmes de 15 à 19 ans et 83,4% des 20-24 ans). Son utilisation diminue ensuite au profit du dispositif intra-utérin (DIU), mais elle reste la méthode contraceptive majoritaire jusqu'à 45 ans (63,4% des 25-34 ans et 43,4% des 35-44 ans). La proportion de femmes y ayant recours n'a cessé d'augmenter depuis la légalisation de la contraception en 1967, cependant, elle a légèrement diminué depuis les années 2000 (- 4,6%). Cette baisse est globalement compensée à tous les âges par l'adoption des nouvelles méthodes contraceptives hormonales (sauf pour les femmes de 20 à 24 ans) apparues dans le même temps, et employées par 4% des femmes. Parmi elles, l'implant est le plus utilisé (2,6% des femmes de 15 à 49 ans), suivi de l'anneau vaginal (1%) et du patch (0,4%). (5)(6)

Le DIU est employé par 26% des femmes, majoritairement par celles âgées de 45 à 49 ans (43,2% contre 3,7% des femmes de 20-24 ans, 20,3% des 25-34 ans, 36% des 35-44 ans), et son taux d'utilisation est fortement lié à la parité. Parmi les femmes sans enfant, 1% ont opté pour le DIU, 20% des femmes mères d'un enfant choisissent le DIU, celles ayant deux enfants ou plus ont recours dans 40% des cas au stérilet. (7)(6)

Le préservatif est employé par 10% des femmes âgées entre 15 et 49 ans, avec une nette prépondérance de son usage en début de vie sexuelle où il est employé comme moyen contraceptif par 60% des femmes de 15-17 ans, et dans 15% des cas en association à la pilule. (5)(7)

La stérilisation contraceptive, quant à elle, ne concerne qu'une minorité de femmes, soit 3,9% d'entre elles. (5)

Le recours aux méthodes contraceptives naturelles (le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ou les méthodes visant à identifier la période d'ovulation de manière à éviter d'avoir un rapport sexuel fécondant à ce moment là) est en baisse régulière depuis les années 1970, et se stabilise depuis les années 2000 ; environ 6% des femmes y ont recours. (5)

Enfin, très peu de femmes, environ 5%, n'utilisent pas de moyen de contraception, alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes et qu'elles ne semblent pas à l'abri d'une grossesse non prévue. Cette situation est plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural. (8)

Le médecin généraliste occupe une place importante dans la prise en charge des patientes dans le domaine de la gynécologie et plus particulièrement de la contraception qui représente 53,1% des actes gynécologiques réalisés par le médecin généraliste et il s'occupe de 37,9% des consultations de contraception. (9)

Ainsi, ces résultats font état d'une forte médicalisation de la contraception en France : les méthodes de contraception délivrées par prescription médicale représentent plus de 80% de la couverture contraceptive, avec une diffusion toujours accrue de la pilule, tandis que le stérilet est de plus en plus prescrit comme contraception d'arrêt, lorsque la femme est déjà mère et ne désire plus d'enfant.

Les experts en sciences sociales évoquent alors la notion de « norme contraceptive » pour caractériser les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive. En France, cette norme se traduit par un recours au préservatif,

seul ou en association avec la pilule, en début de vie sexuelle, auquel succède la pilule (sans préservatif) pour les femmes jeunes, dès que la relation se stabilise et que la vie sexuelle est supposée régulière, avant de passer au stérilet dès que le nombre d'enfants souhaité est atteint. Chaque méthode contraceptive est ainsi associée, dans un comportement idéal, à une phase de l'itinéraire sexuel. (1)(4)(7)

En parallèle à cette diffusion massive de la contraception, 218 100 IVG ont été réalisées en 2015, avec une incidence annuelle de 14,4/1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. (10)

Depuis sa légalisation, le nombre d'IVG a d'abord baissé grâce à une meilleure diffusion de la contraception, avant de connaître une hausse de 1995 à 2006. Depuis, il se stabilise autour de 220 000 actes par an. Il évolue de façon parallèle au nombre de naissances.

La fréquence moyenne des IVG a diminué, l'indicateur conjoncturel passant de 0,66 à 0,43 IVG par femme entre 1976 et 1995, avant d'atteindre 0,53 IVG par femme en 2011. On a constaté aussi que le nombre d'IVG répétées augmente de façon continue depuis sa légalisation. On estime que 33% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie, 9,5% y auront recours deux fois et 4,1%, trois fois ou plus. Une part moins importante de femmes a donc recours à l'IVG, mais le recours à l'IVG est plus souvent répété. (2)(11)(12)

L'âge moyen de la femme au moment de l'IVG a diminué depuis 1975, et s'est stabilisé, passant de 28,6 ans à 27,5 ans. La proportion de grossesses interrompues par une IVG est maximale aux âges extrêmes de fécondité, hier comme aujourd'hui. (12)

Quant à l'âge de la grossesse au moment de l'IVG, toutes techniques confondues, il a connu une légère baisse ces dernières années, passant de 8,8 semaines d'aménorrhées (SA) en 1990 à 8,4 SA en 2011, après avoir temporairement augmenté à 9,1 SA en 2002, suite à l'allongement du délai légal de l'IVG. Dans le cas des IVG médicamenteuses, représentant 55% des avortements, la durée moyenne de grossesse est de 7 SA, contre 10 SA pour les IVG chirurgicales. (12)

C'est ainsi que plus de quarante ans après la légalisation de l'IVG et de la contraception, la France se caractérise par une triple spécificité : le maintien d'un taux de natalité relativement élevé (1,9 enfants par femme contre 1,4 pour le reste de l'Europe), la diffusion massive de la contraception moderne et la stabilité du nombre d'avortements. (13)

Les données de l'enquête COCON permettent d'éclairer ce que l'on appelle le paradoxe contraceptif français. Il a ainsi été montré que les échecs de contraception restent fréquents, avec aujourd'hui encore une grossesse sur trois qualifiée de « non prévue » (contre une sur deux en 1975), qui donnera lieu, dans 60% des cas, à une IVG.

Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes déclarant utiliser une contraception, témoignant des difficultés que rencontrent les femmes en matière de contraception. En effet, seulement 34,5% des femmes déclaraient ne pas employer de moyen de contraception, 20,9% avaient recours à la pilule, 8,7% au stérilet, 11,8% au préservatif, 21,8% aux méthodes naturelles et 2% avaient recours à d'autres méthodes. Cette couverture contraceptive reposait dans près de la moitié des cas sur une méthode de contraception médicalisée (pilule et stérilet) à efficacité contraceptive élevée, ce qui ne manque pas d'interroger. (14)

Les raisons rapportées par les femmes pour expliquer cet échec contraceptif sont majoritairement un oubli de pilule, un mésusage ou non usage d'une méthode contraceptive. Parmi les échecs de contraception orale, 60% sont dus à un oubli. Concernant le DIU, il s'agit dans un tiers des cas d'un problème d'expulsion ou de mauvais positionnement. Le préservatif a été mal employé dans 53% des cas, et oublié dans 28% des cas. Les patientes ayant recours aux méthodes naturelles rapportent dans 67% des cas un retrait trop tardif, et dans 26% des cas une erreur dans le calcul des dates d'ovulation. (14)

Les principaux motifs évoqués par les femmes n'ayant pas employé de contraceptif sont dans 39% des cas une attitude fataliste, dans 35% des cas, un rapport sexuel imprévu et dans 64% des cas l'absence de notion de « risque de grossesse ». (12) Cette dernière notion est difficilement identifiable, comme en témoigne l'enquête « Les Français et la contraception » : 53% des français pensent qu'une femme ne peut pas « tomber enceinte » pendant ses règles et 64% pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle. (15)

D'autre part, il a été constaté que le recours à la contraception d'urgence (CU) en cas de rapport non ou mal protégé est loin d'être systématique, on estime qu'un seul rapport à risque sur 20 donne lieu à l'utilisation de la CU. (4)

Depuis 1999, date à laquelle elle est devenue accessible sans prescription médicale, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu recours à la CU a triplé, passant de 8,8% en 2000 à 23,9% en 2010. Les principales raisons justifiant le recours à la CU sont : un oubli de pilule (30,7%), une rupture du préservatif (31%) et l'absence de moyen de contraception au moment du rapport sexuel (22%). (16)

L'enquête FECOND révèle en 2010 que seule une femme sur quatre déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours des quatre dernières semaines indique avoir eu recours à la CU. (5)

Ce faible recours à la CU est révélateur d'une appréciation trop subjective du risque de grossesse mais témoigne aussi d'un manque de connaissance concernant cette méthode de rattrapage : l'enquête « les Français et la contraception » réalisée en 2007 par l'INPES montrait que seulement 5% des personnes interrogées connaissaient le délai d'emploi de la pilule du lendemain. (13) Elle est aussi victime, d'après une analyse sociologique, de sa dénomination « pilule du lendemain », une partie des utilisatrices ignorant qu'elle s'utilise au delà du lendemain et l'assimilant parfois à la pilule abortive. (4)

Le recours à la CU fait donc partie des stratégies de rattrapage pour palier un défaut de contraception identifié et est lui aussi révélateur des difficultés que rencontrent les femmes au quotidien dans la gestion de leur contraception. (4)

Cette problématique de la stabilité du nombre d'IVG, malgré la diffusion massive des méthodes contraceptives, a été étudiée, notamment par des sociologues, sous l'angle de l'évaluation et de l'évolution des pratiques contraceptives et de l'accessibilité de la contraception, des circonstances de survenue des échecs contraceptifs, du processus décisionnel intervenant dans le choix de l'issue de la grossesse au travers des enquêtes COCON et FECOND.

D'autres études ont été réalisées sur les facteurs prédictifs de l'observance de la contraception (17), des raisons du choix de l'IVG (18)(19), des facteurs prédictifs de grossesses non désirées. (20)(21)

Plusieurs données sont disponibles chez les mineures, portant sur les particularités de la contraception chez ces jeunes adultes, explorant leur vécu et leur besoin contraceptif, faisant état de certaines idées reçues concernant la contraception et leur fertilité, abordant aussi largement les thématiques de grossesses non désirées et d'IVG. (22)(23)(24)(25)

Peu d'études sont disponibles sur la problématique de la fertilité des femmes non mineures. L'absence de contraception ou les mésusages de la contraception, notamment avec des oublis répétés, peuvent être révélateurs des craintes des femmes envers leur fertilité.

C'est pourquoi nous avons proposé d'aborder cette question dans le cadre soignant, pour comprendre l'état d'esprit de ces femmes et les questions posées par rapport à leur contraception et à leur fertilité. Nous avons donc cherché à explorer la perception de leur fertilité et de leur contraception de femmes ayant recours à une IVG au travers d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés, afin de comprendre l'influence de cette perception sur la survenue de grossesses non désirées.

INTRODUCTION

Parallèlement à la légalisation de l'IVG en 1975 était votée une loi autorisant la contraception médicale, assurant ainsi une diffusion massive des méthodes contraceptives. En effet, la France présente une couverture contraceptive particulièrement élevée, 91% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives, ne souhaitant pas être enceinte, utilisent un moyen de contraception. (2)

Notre pays se caractérise aussi par une prépondérance des méthodes contraceptives médicalisées, qui représentent 80% de la couverture contraceptive, avec en première place la pilule (55% des femmes utilisant une contraception), suivie du DIU (26%), puis du préservatif (10%) et par l'existence d'une norme contraceptive, préconisant l'usage du préservatif en début de vie sexuelle, puis de la pilule lorsque la relation est stable, et enfin du DIU lorsque le nombre d'enfant souhaité est atteint. (5)(6)(7)

Pourtant le nombre d'IVG reste stable, autour de 220 000 par an. L'analyse des causes d'IVG montre que les échecs de contraception sont fréquents : une grossesse sur trois est non désirée et elle survient dans deux tiers des cas malgré l'utilisation d'un contraceptif. (4)

Ce paradoxe soulève des interrogations et reflète des difficultés que peuvent rencontrer les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception, malgré un large choix de contraceptifs et une contraception d'urgence accessible à toutes sans ordonnance.

C'est dans ce contexte que nous avons cherché à connaître la perception de la fertilité et de la contraception de femmes ayant recours à l'IVG afin de comprendre les facteurs influençant la survenue de grossesses non désirées.

Nous avons choisi pour cette étude de réaliser des entretiens semi-dirigés dans le cadre d'une étude qualitative.

PATIENTS ET MÉTHODE

Le recrutement des patientes s'est effectué au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de l'hôpital Femme-Mère-Enfant sur le site de Mercy (CHR Metz-Thionville).

Ces femmes ont été rencontrées au cours de consultations effectuées par l'investigateur lors d'un stage d'internat de médecine générale.

Les entretiens ont été proposés au décours d'une première ou d'une deuxième consultation dans le cadre d'une démarche d'IVG. Il pouvait s'agir aussi d'une consultation de contrôle post interruption de grossesse. L'accord oral des patientes a été recueilli après qu'elles aient été informées des modalités et de l'objectif de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone pour en assurer la retranscription intégrale, puis une analyse thématique du contenu. Les enregistrements ont été détruits après retranscription anonymisée.

Les entretiens ont été menés entre le 23 février 2015 et le 27 avril 2015 et ont duré de 7 à 42 minutes.

Les critères d'inclusion pour le recrutement des patientes étaient les suivants : femmes consultant au CPEF dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse, âgées d'au moins 18 ans. La composition de l'échantillon a été complétée pour respecter la diversité des âges et des situations familiales et sociales.

Les patientes mineures de moins de 18 ans ont été exclues, ainsi que celles ne maîtrisant pas suffisamment la langue française, et celles refusant de participer à l'entretien.

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés.

Les thématiques abordées par le guide d'entretien étaient les suivantes : récit des événements ayant conduit à une demande d'IVG, perception de leur fertilité, perception de leur contraception, peur de l'infertilité, compréhension des méthodes de contraception, influence de l'entourage sur le choix et l'image de la contraception.

Les données des retranscriptions ont fait l'objet d'une double lecture indépendante par l'investigateur et le directeur de la recherche, pour dégager les idées exprimées. Nous avons effectué une analyse inductive de contenu thématique qui a conduit à 45 codes (sous-thèmes). Ces codes ont été confrontés lors de la triangulation d'analyse. Des thèmes généraux ont été dégagés à partir des unités de signification ayant émergé lors de la triangulation.

Nous avons fait le choix d'illustrer ces résultats par des citations du verbatim que nous avons estimé être les plus pertinentes.

RÉSULTATS

Participant

Cette étude inclut au total vingt-deux patientes ayant eu recours à une IVG.

La patiente la plus jeune a 18 ans, la plus âgée a 43 ans ; cinq femmes ont moins de 25 ans, douze ont entre 25 et 35 ans (sept ont entre 25 et 30 ans, cinq entre 30 et 35 ans) et cinq femmes sont âgées de plus de 35 ans.

Quinze d'entre elles avaient une activité professionnelle, trois étaient étudiantes et quatre sans emploi.

Onze femmes vivaient en couple sans être mariées, cinq étaient mariées, cinq célibataires et une en cours de séparation.

La moitié des femmes interrogées avaient un ou plusieurs enfants (en moyenne 2 enfants par femme). Quatorze patientes avaient recours à l'IVG pour la première fois, six patientes pour la deuxième fois, et deux autres pour la troisième fois ou plus.

Sur le plan de la contraception, quatre femmes employaient la pilule au moment de la survenue de la grossesse non désirée, cinq patientes utilisaient le préservatif, six autres avaient recours à des méthodes naturelles (retrait, calcul du jour d'ovulation). Enfin, sept femmes n'avaient aucune méthode contraceptive, à noter que deux de ces femmes avaient un désir de grossesse. Seulement deux patientes ont eu recours à la contraception d'urgence. Un tableau situé en annexe résume le contexte pour chaque patiente.

PERCEPTION DE LA FERTILITÉ ET DE LA CONTRACEPTION DES FEMMES EN DEMANDE D'IVG

I. PERCEPTION DE LA FERTILITÉ

A. Grossesse non désirée perçue de façon instinctive

Plusieurs patientes ont ressenti de façon instinctive l'existence d'une grossesse, bien que celle-ci ne soit pas désirée.

Certaines femmes ont été surprises de la richesse des symptômes perçus précocement « *je le sens bien, ça fait un mois, j'ai déjà plein de symptômes* » E13, l.162, « *bon et les signes, nausées... surprenant, les envies de pipi un peu plus fréquentes et pourtant ça ne fait que deux mois* » E18, l.316-317. Une autre patiente a su qu'elle était enceinte avant même d'avoir réalisé un test de grossesse « *j'ai fait le test de grossesse, parce que je sais pas, je l'ai senti dans mon corps, je l'ai senti, c'est physiologique* » E18, l.335-336.

B. Craintes d'être infertile

1. Difficultés de conception connues ou supposées

La peur de l'infertilité a été retrouvée à de nombreuses reprises dans le discours des femmes interrogées. Ce sentiment a diverses origines, plus ou moins rationnelles.

Une irrégularité des cycles menstruels « *chez moi, ça prend un peu de temps parce que mes cycles ne sont pas réguliers* » E1, l.3-4, ou une spanioménorrhée « *j'ai peur de jamais avoir d'enfant parce que j'ai mes règles tous les trois à quatre mois* » E9, l.12-13, peuvent être à l'origine de cette crainte.

Des antécédents d'infertilité « *Oui, avec l'aînée, difficile de l'avoir* » E16, l.81, ou de recours à la procréation médicalement assistée « *on a dû passer par insémination pour le troisième* » E8, l.61, renforcent cette peur.

On retrouve aussi l'influence de difficultés de conception dans l'entourage familial « *J'ai une cousine qui a mis cinq ans à avoir un bébé, donc je me suis dit pas que ça soit génétique et*

que ça ait sauté une génération et que c'est tombé sur moi donc j'appréhendais un peu. »
E20, l.72-74.

2. Grossesse non désirée qui rassure sur la fertilité de la femme et du couple

La survenue d'une grossesse inattendue a permis à certaines femmes de se rassurer sur leur capacité à concevoir un enfant « *la première fois que je suis tombée enceinte, ça m'a un peu soulagée, je me suis dit : c'est bon, je peux !* » E20, l.65-66.

Une patiente a évoqué l'absence de contraception comme un moyen inconscient de se rassurer sur sa fertilité « *je n'avais plus de moyen de contraception, je pense que ce n'était pas anodin non plus, je pense que c'est pas anodin, je pense que c'est très certainement pour me prouver que j'étais capable de tomber enceinte je pense* » E18, l.35-37.

Cela a permis aussi de conforter le couple dans la possibilité d'un futur projet parental « *même si on était sous le choc, on était content parce qu'on était pas stérile tous les deux, après pour plus tard* » E14, l.51-52.

3. Craintes de l'infertilité secondaire à une IVG

Plusieurs patientes ont fait part de leur inquiétude concernant le retentissement de l'IVG sur leur fertilité ultérieure « *j'ai peur par la suite de pas pouvoir, d'être stérile, pour une femme, je crois que c'est la pire chose qu'on peut lui annoncer* » E14, l.119-120.

Certaines d'entre elles ayant déjà subi une IVG et se retrouvant à nouveau confrontées à une grossesse non désirée, se voyaient rassurées de pouvoir être à nouveau enceintes « *comme j'avais fait déjà une IVG avant, oui, je me demandais si j'allais retomber enceinte* » E6, l.46, « *on a été rassuré, parce qu'on m'avait déjà pratiqué une IVG* » E14, l.45-46.

C. Négation de la fertilité biologique

1. Oubli du risque de grossesse

Le risque de grossesse a fréquemment été négligé alors que dans de nombreux cas, le couple n'utilisait pas de méthode de contraception.

Une patiente a été surprise de tomber enceinte, malgré l'absence de contraception, lors du premier rapport sexuel avec son partenaire « *j'ai pas pensé pouvoir retomber enceinte tout de suite, ça m'a pas traversé l'esprit on va dire, de retomber tout de suite enceinte* » E6, l. 64-65.

Une femme ne pensait pas au risque de grossesse en ayant des rapports non protégés mais se préoccupait plutôt du risque d'infections sexuellement transmissibles « *moi, je retenais le fait de ne pas avoir de maladie, en oubliant le fait de pouvoir être enceinte* » E19, l.65-66.

On retrouvait aussi dans certains discours un excès de confiance, un sentiment d'être hors d'atteinte « *je me suis même pas dit est-ce que potentiellement tu vas être enceinte ou ne pas l'être, à aucun moment je me suis posé la question* » E7, l.50-52, « *Oui j'étais consciente, mais comme d'hab, on se dit que ça arrive qu'aux autres* » E13, l.101.

2. Sensation de protection par l'absence de désir de grossesse

Certaines femmes se sont senties protégées par l'idée que leur état d'esprit et leur absence de désir d'enfant avait un retentissement sur leur corps, les prémunissant ainsi d'une grossesse non désirée « *je me suis dit de pas en vouloir peut-être que mon corps doit pas être « open » à ça donc euh et ben si... J'en veux pas, donc je peux pas* » E7, l.113-114, « *si je me mets ça en tête, je savais que ça allait bloquer donc j'y pensais même pas, si ça vient, ça vient, si ça vient pas, c'est que c'est pas le bon moment.* » E21, l.70-72.

D. Différence ressentie entre la fertilité biologique et la capacité d'être mère (fertilité sociale)

1. S'inscrire dans un projet global de fertilité : attentes de conditions plus favorables à l'accueil d'un enfant

De nombreuses femmes ont rapporté dans leur discours la nécessité de réunir des conditions plus favorables avant de pouvoir accueillir un enfant. Certaines d'entre elles ont fait le choix, en faisant appel à leur raison, d'interrompre leur grossesse, « *on accueille pas un enfant comme ça, sans se poser de questions, il faut que la raison parfois, la raison prend le pas sur le sentiment* » E11, l.59-60, « *je dis pas que je fais le meilleur des choix mais je suis dans la raison...* » E11, l.177, et ce, parfois, malgré un désir de maternité « *je suis vraiment pressée d'être maman mais pas maintenant en fait, je sais qu'il y a un temps pour tout* » E14, l.116-117.

Une autre patiente a choisi l'IVG, ne se sentant pas à la hauteur pour le moment, préférant différer son entrée dans la maternité à une période plus propice « *au risque de pas être à la hauteur pour l'instant, je préfère cette solution pour l'instant, et je pense que c'est la meilleure* » E22, l.55-57, « *si je retombe enceinte plus tard, je serai contente, là, je me dis j'ai fait une chose pas correcte entre guillemets* » E22, l.42-43.

Enfin une femme a fait le choix d'interrompre sa grossesse, les conditions actuelles s'éloignant trop des conditions espérées pour devenir mère « *j'en ai pas envie, pas comme ça, c'est pas comme ça que j'envisagerai d'avoir un bébé* » E20, l.6-7.

2. Conditions concernant leur santé et celle de l'enfant à naître

Leur santé et celle de l'enfant à naître a été évoquée par certaines patientes. L'une d'entre elle ayant déjà un enfant malade ne se sent pas capable d'affronter à nouveau une éventuelle maladie grave chez son bébé « *je me dis, si jamais l'enfant a d'autres soucis, est-ce que j'aurais la force...* » E11, l.58. Un couple s'inquiète de mettre au monde un enfant malade, la maman ayant subi une intervention chirurgicale et des examens d'imagerie répétés en début de grossesse « *avec mon compagnon, on a peur de mettre un enfant malade au monde, c'est ça qui nous fait le plus peur en fait* » E21, l.8-9. Enfin, une femme envisage l'IVG sur conseil du

milieu médical, étant donné qu'elle a déjà subi cinq césariennes « *on me l'a conseillé, cinq césariennes, ça fait tout juste un an* » E8, l.7.

3. Conditions concernant leur âge au moment de la grossesse

a. Souhait d'être plus mature

Plusieurs jeunes patientes ont émis le souhait d'être plus âgées et plus matures avant d'envisager la maternité « *je sais pas, au bout de trois ans, je serai un peu plus grande, j'irai vers vingt et un ans, peut-être l'âge pour faire un enfant* » E14, l.172-173, « *je me sens pas prête, à comment dire, élever un enfant pour l'instant, là je suis trop jeune, vraiment* » E22, l.4-5.

b. Refus d'une grossesse tardive

Certaines patientes ont rapporté le problème de leur âge, impliquant une grossesse tardive. Pour elles, le moment d'être mère était passé « *Je viens d'avoir trente-huit ans, je me vois pas avec un nouveau-né à presque trente-neuf ans, je trouve que c'est trop tard* » E10, l.5-6, « *une grossesse à presque quarante ans, j'ai plus envie* » E11, l.31. Le fait d'avoir déjà accompli son rôle de parent en ayant des enfants autonomes a été cité par une patiente « *trop âgée, deux enfants déjà totalement autonomes* » E16, l.4, tandis qu'une autre patiente craignait d'avancer en âge tout en devant assumer un jeune adulte en devenir « *de prendre de l'âge, et puis je trouve que ça joue beaucoup parce que mine de rien, il faut penser à l'après, dans vingt ans* » E17, l.105-106.

4. Conditions concernant leur condition sociale

a. Besoin de ressources plus importantes

La nécessité de ressources plus conséquentes a été évoquée dans de nombreux cas, que ce soit à court terme « *c'est plus par souci financier, on a peur de pas y arriver* » E1, l.8, « *je suis la seule à travailler, et avec un petit salaire de chez Mc Do, je gagne même pas sept cents*

euros » E14, l.4-5, ou à plus long terme, les parents souhaitant pouvoir offrir des études à leur enfant « *on aimerait peut-être qu'il fasse quand même des études...* » E1, l.10. La situation financière difficile d'une des femmes interrogées a été à l'origine de plusieurs interruptions de grossesses « *à chaque fois, quand j'ai pas voulu garder les enfants c'était pas question d'envie, c'était financier* » E12, l.73-74.

b. Besoin d'une situation professionnelle plus stable

Certaines femmes espéraient, avant d'envisager leur maternité, évoluer dans un milieu professionnel compatible avec la maternité, que ce soit par le fait d'avoir un emploi « *j'ai pas de situation au niveau professionnel* » E9, l.4-5, d'acquérir une relative stabilité dans sa vie professionnelle avant d'envisager une grossesse « *je suis pas stable dans ma vie professionnelle* » E13, l.157-158, ou encore d'occuper un poste plus propice à une vie de famille « *c'est pas du tout le moment parce que je suis saisonnière, je suis tout le temps sur la route* » E15, l.7-8.

c. Ne pas avoir de conflit entre la maternité et un engagement professionnel

Plusieurs patientes ont réfuté l'idée de mener leur grossesse à terme, une éventuelle maternité étant incompatible avec leur situation professionnelle. En effet, il pouvait s'agir de l'obtention récente d'un contrat à durée indéterminée « *au niveau professionnel, je fais que des remplacements, et là j'ai un CDI qui débute, donc c'est pas concevable* » E16, l.4-5, « *Le travail, j'ai signé un CDI, et on m'a demandé si là, dans l'immédiat, j'avais le projet d'avoir un enfant, non, et c'est tombé là* » E19, l.7-8, ou d'une reconversion professionnelle « *je vais devenir gérante d'une société, tout est en plein changement* » E10, l.6-7. Une des femmes interrogées, ne souhaitant pas rester mère au foyer, pensait qu'une nouvelle grossesse rendrait impossible son entrée dans la vie active « *Moi j'en ai deux, j'ai jamais travaillé de ma vie, je voudrais faire des choses dans ma vie autres que des enfants* » E12, l.167-168.

5. Avoir du temps disponible pour ses enfants

Certaines femmes espéraient avoir plus de temps à disposition avant d'envisager d'accueillir un enfant. En effet, certaines situations professionnelles ne laissaient pas assez de temps à consacrer à un nouveau-né, c'était le cas d'une patiente qui venait de débiter une nouvelle activité « *vu que je viens d'ouvrir un café-restaurant, j'aurai pas le temps de m'occuper d'un bébé, pas les moyens non plus* » E20, l.4-5, ou encore d'une autre travaillant à temps-plein avec un temps de trajet important « *pas envie de le recevoir dans des conditions comme ça, je travaille à temps plein* » E18, l.7-8. La charge que représentait l'éducation d'autres enfants pouvait être un frein à l'idée d'une nouvelle grossesse « *je ne me vois pas réenclencher une autre grossesse, avec trois enfants à charge, je préfère pas...* » E4, l.16-17, « *je suis pas sûre qu'il y ait de la place pour un autre enfant.* » E10, l.117. Une patiente craignait de priver son enfant en bas âge de leur relation exclusive par l'arrivée d'un nouveau-né « *dix-huit mois, c'est tellement petit, c'est encore un bébé, je voulais lui laisser son temps à elle aussi, qu'elle ait son temps de grandir avec maman, ce qui nous a aussi poussés à prendre la décision.* » E11, l.76-78.

6. Souhait d'un couple parental pour pouvoir accueillir un enfant

a. Importance de la présence du père

La présence du père de l'enfant était très importante pour nos patientes, en effet, plusieurs d'entre elles ne pouvaient envisager d'élever leur enfant sans père « *Je suis toute seule là, entre guillemets, et c'est pas ce que je veux, c'est pas mon objectif, c'est pas dans ma conception de la maternité* » E17, l.12-13, même si cette absence n'était que temporaire pour l'une d'elle « *ce n'était pas envisageable de le garder, j'ai vingt-quatre ans, mon compagnon est étudiant, il va partir en Allemagne pour deux ans, donc pas du tout la bonne situation* » E2, l.7-9.

Une patiente a appris qu'elle était enceinte après avoir mis fin à sa relation de couple et ne pouvait donc poursuivre sa grossesse malgré un désir d'enfant « *si effectivement, j'étais en couple, je pense que je l'aurais gardé parce que j'ai toujours voulu avoir d'autres enfants* » E11, l.32-33. Une autre femme, bien qu'en couple mais dans une relation compliquée, ne

pouvait pas compter sur son compagnon pour élever leur enfant, celui-ci étant déjà père et ne souhaitant pas l'être à nouveau « *pas envie d'élever un enfant seule* » E18, l.7, « *j'ai pas envie de le faire naître déjà avec des tensions parce qu'il y aura un père qui ne sera pas là* » E18, l.412-413. L'une d'entre elle s'inquiétait de l'avenir de son enfant, imaginant que son équilibre serait perturbé par l'absence d'un père « *un enfant qui grandit sans papa, la stabilité, le côté psychologique n'est pas là, il ne peut pas évoluer, être épanoui comme un enfant entouré de ses deux parents* » E16, l.10-12.

b. Avoir confiance dans le père de son enfant

Divers éléments rapportés au cours des entretiens ont reflété le besoin d'avoir confiance dans le père de leur enfant « *il faut être sûre du partenaire* » E16, l.148. La violence conjugale a été une raison pour une de nos patientes, de choisir comme issue à sa grossesse, l'IVG « *comme mon compagnon me tapait, j'ai fait faire un avortement* » E6, l.62. L'addiction de son compagnon à l'alcool, compromettant l'avenir de leur couple, a été problématique pour une de nos patientes « *j'ai fait cette démarche parce que c'est une relation établie mais je sais que ça va pas perdurer parce que le père a une bonne situation, gagne très très bien sa vie, mais il a une addiction à l'alcool...* » E18, l.114-116. Enfin, une relation de couple trop récente ou instable était peu propice à l'accueil d'un enfant « *comme on vient juste de se mettre ensemble, il n'était pas prêt à faire le pas donc voilà...* » E6, l.77-78, « *je me dis un deuxième enfant ça serait bien, mais en même temps, je suis pas stable avec mon compagnon* » E13, l.156-157.

c. Que l'enfant soit accepté par son père

Une femme a fait le choix d'interrompre sa grossesse parce que le futur enfant n'était pas accepté par son père, ce dernier n'étant pas prêt à entrer dans la paternité « *mon nouveau compagnon ne voulait pas tout de suite, le temps de se poser et tout, c'est vrai que je n'étais pas pour l'IVG mais la décision vient des deux côtés donc voilà* » E6, l.49-50.

II. PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION

A. Craintes

1. D'un corps étranger (DIU, implant) à l'intérieur de soi

La crainte du corps étranger a été évoquée à plusieurs reprises « *Oui, le corps étranger, c'est peut-être bête* » E11, l.122, que ce soit à cause de son site d'implantation, au niveau du bras pour l'implant « *et puis d'avoir quelque chose dans le bras, c'était un peu, je sais pas* » E19, l.40-41, ou dans la cavité utérine pour le DIU « *du moment où ça commence à être dans la partie intime je supporte pas, c'est un blocage* » E12, l.130-131, « *Ah non, le fait d'avoir quelque chose au niveau de l'utérus, non* » E19, l.47. Le caractère permanent de ces deux modes de contraception pouvait déranger certaines patientes « *Comme l'implant, le stérilet, j'accepte pas l'idée d'avoir quelque chose à l'intérieur de moi, enfin qui y reste* » E22, l.81-82 ou encore la peur de percevoir ce corps étranger « *Je sais pas, la peur de sentir, franchement je sais pas* » E17, l.82.

2. De la douleur au moment de l'insertion

La peur de la douleur ressentie au moment de la pose du DIU ou de l'implant a été un obstacle à leur choix comme méthode de contraception pour plusieurs femmes « *j'imaginai que ça fait mal ou qu'on le sent* » E13, l.91, « *on m'a dit que ça faisait mal quand on mettait l'implant* » E14, l.162.

3. D'une aménorrhée

L'aménorrhée secondaire à la prise d'un contraceptif a perturbé certaines patientes, l'une d'elles craignant d'être enceinte à chaque cycle à cause de l'absence de règle sous pilule « *j'ai peur qu'à chaque fois quand j'ai pas mes règles que je suis enceinte à nouveau* » E12, l.51-52. Une autre s'inquiétait de cette aménorrhée sous pilule et pensait que c'était pathologique « *je l'avais arrêtée et je l'avais repris, je voulais ravoir mes règles pour avoir un cycle, parce que normalement c'est pas trop normal de pas avoir ses règles...* » E5, l.10-11.

4. De prendre du poids

Plusieurs femmes ont redouté une prise de poids secondaire à la prise d'une contraception hormonale, que ce soit la pilule « *c'est le stéréotype de ouais, la pilule ça fait grossir...* » E3, l.8, ou l'implant « *Après je me suis renseignée, on m'a dit qu'on prend énormément de kilos avec l'implant* » E12, l.120. Certaines ont arrêté leur contraception à cause de cet effet secondaire « *j'ai repris la pilule et avec ça je faisais de la rétention d'eau et pas mal quoi, des mollets énormes, un ventre super gonflé, j'en ai eu ras le bol, j'ai tout arrêté* » E9, l.13-15, « *on avait mis l'implant dans le bras et finalement ça n'a pas été du tout, j'ai pris du poids, des bouffées de chaleurs, donc on l'a enlevé* » E6, l.5-6.

5. Des effets délétères des hormones

La présence d'hormones dans leur méthode contraceptive ne convenait pas à plusieurs patientes « *Il va falloir que je change, j'ai essayé le patch mais c'est des hormones, j'ai essayé l'anneau mais pareil c'est des hormones* » E10, l.54-55. En effet, l'une d'elle évoquait le côté non naturel de ces hormones de synthèse « *Le fait que ça soit des hormones, que ça soit chimique, pas cent pour cent naturel* » E15, l.52-53. Une patiente craignant les effets des hormones a été rassurée lorsqu'elle a appris l'existence de méthodes contraceptives non hormonales « *j'ai vu qu'il y avait des méthodes non hormonales, ça m'a rassurée* » E2, l.54.

a. Santé (cancer, tabac)

L'impact des hormones sur leur santé s'avérait être préoccupant pour plusieurs femmes, notamment chez les patientes fumeuses, par rapport au risque thromboembolique « *j'avais peur de ça, et aussi à cause de la cigarette, je me suis dit ça va me faire une maladie ou une embolie...* » E22, l.17-18. L'une d'elle a fait le choix d'arrêter la pilule tout en poursuivant son tabagisme actif « *la pilule, je l'ai arrêtée il y a bien longtemps par rapport au tabac* » E17, l.27. Une patiente s'interrogeait sur un éventuel lien entre la prise de pilule et la survenue d'un cancer du sein suite à la découverte de cette pathologie chez sa tante « *je voulais savoir, faire*

un peu le point avec le gynéco pour voir si il y a un lien entre la prise de pilule et le cancer du sein » E1 l.39-40.

b. Scandale de la pilule

Plusieurs patientes ont interrompu leur contraception au moment du scandale de la pilule de troisième génération, par peur des effets secondaires « *j'avais pris la Diane, mais c'est au moment où il y a eu le scandale donc on a arrêté* » E8, l.68, ou du fait du retrait du marché de leur pilule « *j'ai eu un souci avec la Diane 35 qui a été interdite pendant un temps, on m'a mis une autre pilule qui m'a rendue malade et que j'ai arrêtée* » E2, l.4-5. L'une d'elles a été, elle aussi, effrayée par ce scandale, tout en prenant conscience de l'association négative de la pilule et du tabac « *bon le scandale de la pilule ça fait peur, j'ai une amie qui a fait un AVC, bon elle fumait en même temps qu'elle prenait la pilule* » E8, l.84-86.

6. D'un retentissement sur la fertilité ultérieure

Plusieurs femmes interrogées ont exprimé leur inquiétude concernant des troubles de la fertilité secondaire à la prise d'une contraception orale. Cette crainte a amené certaines de nos patientes à choisir une contraception mécanique, tandis que d'autres ont fait le choix de ne pas avoir de moyen de contraception, pour préserver leur fertilité ultérieure « *Ouais, de prendre la pilule et d'augmenter des risques de pas avoir d'enfant* » E9, l.16, « *j'avais peur que ça bloque une grossesse plus tard* » E22, l.21. Une autre patiente attribuait les difficultés rencontrées pour débiter une première grossesse à la prise de la pilule pendant plusieurs années « *mon premier, on a mis deux ans à l'avoir aussi, pareil, je pensais que j'avais pris la pilule depuis dix ans, je me disais c'est à cause de ça* » E1 l.20-21.

7. Craintes nées de mauvaises expériences de l'entourage

Beaucoup de craintes envers certaines méthodes contraceptives sont nées de mauvaises expériences de l'entourage des patientes. L'une d'elle n'accordait pas sa confiance au DIU suite à la survenue d'une grossesse sous stérilet dans son entourage « *j'ai eu un cas par contre dans la famille d'une personne qui a eu un stérilet et qui est tombée enceinte quand même,*

donc c'est pour ça que le stérilet, j'étais pas trop pour au départ » E4, l.59-61, une autre gardait à l'esprit l'expérience douloureuse de sa maman « ma maman en avait eu un, elle ne l'avait pas supporté, elle avait mal » E10, l.145. L'implant était redouté par rapport à une prise de poids, à la survenue d'acné ou encore de spotting « j'entendais tellement de gens qui disaient la prise de poids, éventuellement, de l'acné » E19, l.35-36, « j'ai des copines et ma mère qui prenaient un implant, et elles me disaient qu'elles saignaient régulièrement, qu'elles prenaient du poids, qu'elles avaient des nausées » E20, l.45-46.

8. Méfiance envers les génériques

Une de nos patientes a souffert d'effets indésirables et d'intolérance à son contraceptif qu'elle attribuait à la prise du générique de sa pilule habituelle « *après je suis passée aux génériques et là c'est devenu une catastrophe...* » E15, l.66-67.

B. Difficultés perçues

1. Difficultés d'accès au moyen contraceptif

Une seule patiente au cours des entretiens a rapporté des difficultés d'accès à sa contraception, en raison de problèmes financiers. En effet, elle se procurait sa pilule gratuitement en CPEF tant que la limite d'âge n'était pas atteinte « *Je l'ai arrêtée justement, ben parce que c'est un peu bête, mais j'avais passé mes vingt ans et à ce moment là c'est payant et j'avais pas les moyens de m'acheter la pilule* » E13, l.36-37.

2. Risque d'oublis

L'une des difficultés la plus fréquemment évoquée par nos patientes a été le risque d'oublis en cas de contraception par pilule « *La pilule, je l'oubliais* » E16, l.53. En effet, cela représentait un obstacle au choix de cette méthode ou un motif de son abandon par certaines femmes « *si je reprends la pilule, je sais que dans deux mois je vais l'oublier et que je vais l'arrêter* » E20, l.86-87.

La cause de ces oublis pouvait être des horaires de travail irréguliers « *j'ai des horaires décalés au niveau du travail donc des fois, je rentrais plus tard, donc honnêtement, oui, ça m'arrivait d'oublier.* » E19, l.15-16, ou encore la fatigue chez une patiente ayant un jeune enfant « *sur une plaquette, je peux l'oublier une ou deux fois à chaque fois, un oubli à chaque fois, j'ai des enfants, mon petit, il a neuf mois, il fait pas ses nuits, avec la fatigue, on pense pas forcément à une heure pile* » E12, l.59-61.

3. Obligation d'une prise régulière et quotidienne

La prise régulière et quotidienne de la pilule a été vécue comme une contrainte pour nos patientes « *me contraindre tous les soirs à penser à prendre un cachet* » E18, l.30, « *c'était peut-être prendre tous les jours et de toute façon, je l'oublie, je le... Voilà, je la prends pas régulièrement donc ça sert un peu à rien.* » E9, l.37-38. Plusieurs femmes exprimaient le souhait de bénéficier d'une méthode contraceptive moins contraignante, à laquelle elles n'auraient pas besoin de penser au quotidien « *Moins contraignant déjà, à prendre la pilule tous les jours, je veux quelque chose où je n'ai pas à y penser tous les jours* » E17, l.65-66, « *je vous dirais que je n'avais plus envie de me contraindre avec un contraceptif* » E18, l.25-26.

4. Réticences à l'emploi du DIU chez les nullipares

Plusieurs femmes ont rencontré des difficultés pour accéder à une contraception par DIU, du fait de leur nulliparité, que ce soit à cause d'idées reçues concernant son emploi chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant « *le stérilet, quand on connaît pas, on se dit que c'est pour les femmes qui ont déjà eu un enfant* » E2, l.90-91, « *on m'avait dit que tant qu'on n'était pas enceinte ou trop jeune, on pouvait pas en mettre du coup.* » E3, l.21-22, ou à cause de la réticence de certains gynécologues à poser un DIU chez une femme nullipare « *J'avais voulu mettre un stérilet, j'ai deux gynécologues qui n'ont pas voulu le faire parce que j'avais pas encore eu d'enfant* » E15, l.28-29.

5. Influence de l'âge sur la ligature tubaire

Certaines patientes interrogées ont envisagé le recours à la ligature tubaire et se sont confrontées à un refus en raison de leur âge. L'une d'elle, mère d'un enfant, approchait de la quarantaine et présumait que son âge et son enfant unique serait un obstacle au choix de cette méthode de contraception définitive « *je suis encore jeune pour penser à me faire ligaturer les trompes, j'y ai pensé, je sais que je suis peut-être auprès d'un gynéco qui souhaitera pas me le faire, j'ai qu'un enfant, je sais que c'est souvent quand on a plusieurs enfants et un certain âge...* » E11, l.105-107. Une autre patiente, ayant eu recours cinq fois à l'IVG et ne trouvant pas de moyen de contraception lui correspondant, s'est vu refuser une stérilisation parce qu'elle n'avait pas l'âge requis « *c'est pas la première fois que je fais une IVG, c'est la cinquième fois, c'est pour ça que j'ai demandé une ligature des trompes et elle a refusé de me la faire, on m'a dit : « que à partir de quarante ans » »* E12, l.12-14.

C. Avantages perçus

1. De l'implant et du DIU

a. Sécurité

Un des principaux critères de choix de l'implant ou du DIU a été, pour nos patientes, leur sécurité d'emploi « *j'avais essayé un peu la pilule mais c'est vrai que j'oubliais souvent donc on a mis le stérilet, c'était plus sûr* » E6, l.86-87. En effet, c'est après avoir été confrontées à la problématique des oublis fréquents sous contraceptif oral que certaines femmes se tournent vers l'implant ou le DIU, afin de garantir une contraception optimale « *j'oubliais souvent ma pilule, et c'est suite à ça que j'ai mis un implant, pour ne plus avoir cet oubli* » E15, l.98-99, « *je pense que ça serait mieux, parce que si je reprends la pilule, je sais que dans deux mois je vais l'oublier et que je vais l'arrêter* » E20, l.86-87.

b. Liberté d'esprit

La contraception par implant ou par DIU permet aussi de se libérer de la contrainte quotidienne de la contraception orale, que certaines patientes n'acceptent plus.

« Je vais essayer ça, comme ça c'est sûr, il n'y a pas d'oubli, comme ça, au moins, je serai tranquille... » E12, l.115-116, « Moins contraignant déjà, à prendre la pilule tous les jours, je veux quelque chose où je n'ai pas à y penser tous les jours » E17, l.65-66.

2. De la contraception œstroprogestative orale

a. Facile

La contraception par pilule était dans l'esprit de certaines patientes la méthode la plus facile. La présentation sous forme de comprimé représentait un atout, par sa facilité d'administration et son caractère transitoire au contraire de l'implant et du DIU qui restent dans le corps « la pilule c'est beaucoup plus simple, c'est juste un cachet » E13, l.59, « je préfère rester par comprimé oral. » E14, l.162-163. Une patiente comparait la pilule à un médicament de consommation courante, banalisant la prise de la pilule « Voilà, c'est comme si je prenais un Doliprane, c'est pareil, enfin c'est pas la même... » E22, l.84.

b. La pilule, contraception la plus habituelle

Plusieurs femmes se sont orientées vers la pilule comme moyen de contraception parce que c'était selon elles la méthode la plus connue « c'était la plus connue » E14, l.160, celle dont on parle et dont on se sert le plus fréquemment « je suis restée comme tout le monde avec la pilule, c'était le moyen contraceptif qu'on entendait le plus vraiment parler » E19, l.95-96. L'une d'elle associait de façon automatique la contraception à la pilule « ben pour moi, en fait je me suis dit la contraception, c'est la pilule. » E21, l.33-34.

c. La pilule favorise des cycles réguliers

Certaines femmes interrogées voyaient plusieurs avantages à la contraception par pilule. Pour l'une d'elle, la régularité des cycles menstruels la rassurait et lui permettait de savoir qu'elle n'était pas enceinte « *Pour moi, la pilule c'est vraiment pour être réglée, pour ne pas avoir de surprise et faire des tests de grossesse tous les quinze jours parce qu'on sait pas si on est enceinte ou pas* » E1, l.32-34. Pour d'autres, la prise de la pilule leur apportait, en plus de la régularité de leurs cycles, une diminution de la douleur « *ça a permis de réguler et de diminuer les douleurs des règles* » E4, l.58, et de la durée de leurs règles « *c'était bien aussi avec la pilule pour les cycles, c'était régulier et ça durait pas longtemps* » E13, l.95.

d. De mère en fille

A plusieurs reprises, nos patientes ont été accompagnées par leur mère dans l'instauration de leur méthode contraceptive. En effet, la mère pouvait proposer de débiter une contraception médicale devant une relation amoureuse qui s'inscrivait dans le temps « *ma mère est venue avec moi, j'ai demandé la contraception à dix-huit ans parce qu'elle m'a dit, ouais ça fait quand même deux ans que tu es avec quelqu'un, il serait peut-être temps de trouver un moyen un peu plus sûr* » E2, l.109-111, ou parce qu'elle estimait qu'il était temps d'aborder la question de la contraception avec sa fille « *à l'âge de quatorze ans, ma maman elle m'a dit, elle m'a parlé, on va aller chez le gynécologue et puis voilà* » E10, l.100-101

3. La contraception d'urgence, une sécurité

La contraception d'urgence représentait une sécurité pour différentes raisons. Certaines patientes se sont autorisées un rapport sexuel sans aucun contraceptif, en sachant qu'elles pourraient prendre la pilule du lendemain si besoin « *je savais qu'il y avait un risque potentiel, dans ma tête, je me suis dit : « au pire, il y aura la pilule du lendemain », »* E7, l.54-55, « *le risque zéro n'existe pas, mais euh, c'est pour ça, d'ailleurs, que j'ai pris la pilule du lendemain tout de suite derrière* » E8, l.110-111. Une autre y a eu recours parce qu'elle ne pouvait pas faire confiance à son partenaire sur l'utilisation correcte du préservatif « *quand j'ai vu comment monsieur fonctionnait, j'ai pris la pilule du lendemain* » E16, l.27.

4. Les méthodes naturelles, un excès de confiance

Parmi les femmes interrogées, nombreuses étaient celles qui n'avaient pas de contraception médicale, préférant des méthodes contraceptives naturelles : la méthode du retrait ou du calcul des cycles.

Certaines étaient conscientes des limites d'efficacité de ce choix de contraception « *avec un calendrier, je notais tout, on faisait attention, des fois, c'était n'importe quoi mais ça peut fonctionner quand même, s'enlever juste avant* » E15, l.42-43.

D'autres accordaient une confiance excessive à ces méthodes, « *je me disais que si il se retirait tout le temps, il n'y avait pas de risque* » E20, l.25, sans prendre en compte les risques de grossesses liés à la méthode en elle-même, mais aussi à leur mauvaise réalisation avec le calcul du jour d'ovulation en ayant l'idée erronée que l'ovulation survient au quatorzième jour du cycle « *des petites croix sur le calendrier, je compte quatorze jours, et bon, c'est pas du sûr, mais voilà...* » E13, l.17-18, à l'échec du retrait « *c'était toujours un peu les calculs genre là je suis hors période d'ovulation où je crains rien, d'habitude, il se retirait et là non* » E3, l.40-41.

Conclusion des résultats

L'analyse des entretiens nous a montré que leur fertilité était une source de préoccupation pour de nombreuses femmes interrogées. La crainte de ne pas pouvoir avoir d'enfant, réelle ou suite à un événement malheureux, était parfois inexplicable. Il pouvait s'agir aussi d'une perception erronée de leur fertilité avec un oubli fréquent ou une négation du risque de grossesse.

D'autre part, la majorité de ces femmes avaient des exigences concernant l'accueil d'un futur enfant. Le besoin d'un couple stable, d'un futur père sur qui la femme pourrait compter et d'un équilibre professionnel étaient des conditions importantes à remplir avant d'entrer dans la maternité, tout comme avoir du temps à consacrer à son enfant et des ressources suffisantes. La problématique de leur âge et de leur santé ou de celle du bébé à venir était un sujet de préoccupation pour certaines d'entre elles.

Les craintes concernant la contraception se partageaient entre la peur de l'insertion douloureuse d'un corps étranger pour l'implant et le DIU et les craintes d'une prise de poids ou d'une perturbation du cycle naturel de la femme pour la pilule. La peur des accidents vasculaires, en cas de tabagisme, et le cancer induit ont été évoqués, renforcés par le scandale de la pilule survenu en 2012.

Malgré ces appréhensions, la contraception était perçue comme souhaitable par nos patientes. La pilule rassurait par sa facilité de prise, son image familière et la régularité des cycles qu'elle procure ; la prise journalière et le risque lié aux oublis représentaient le principal inconvénient. Le stérilet et l'implant étaient sécurisants par leur efficacité contraceptive, sans besoin quotidien de penser à sa contraception.

Les difficultés d'accès à la contraception ont rarement été des obstacles financiers mais des freins d'accès à la stérilisation des femmes de moins de quarante ans ou au DIU chez les femmes nullipares soit par préjugé des femmes ou par refus des médecins.

DISCUSSION

Cette étude qualitative, tout en restant exploratoire, peut apporter des informations intéressantes sur les représentations qui sous-tendent les motivations des femmes à demander une interruption de grossesse.

Concernant la **validité interne** de notre étude, la diversité des profils des femmes interrogées constitue une **force**, de même que l'emploi de la méthode des entretiens semi-dirigés qui accordait aux femmes une certaine liberté dans leur discours.

La question posée nous semble pertinente et il nous paraît avoir abordé le sujet sous un angle peu exploré. Lors de l'analyse des entretiens, il se dégage des lignes de force dans les discours de nos patientes et nous avons procédé à une double lecture des verbatim ainsi qu'à une triangulation des données avec notre directrice de thèse afin de limiter les biais d'interprétation.

Les **faiblesses** de notre étude sont la limite d'âge imposée, excluant les femmes de moins de dix-huit ans, pour des difficultés d'obtention de consentement des mineures.

Le recrutement de nos patientes au CPEF a pu constituer un biais de sélection, étant donné qu'il existe sur le même secteur un centre d'IVG au sein d'une clinique privée.

Il s'agissait d'une première expérience en tant qu'interviewer dans la conduite de ces entretiens semi-dirigés, et nous avons pu être trop directif dans certaines phases des entretiens afin que tous les thèmes de notre guide soient abordés, conduisant à des biais liés aux stratégies d'écoute et d'intervention. Cependant, nous avons essayé de corriger ces erreurs au fur et à mesure pour diminuer ces biais. Vingt-neuf entretiens ont initialement été réalisés et nous en avons retenu vingt-deux, les entretiens trop directifs ne permettant pas le caractère ouvert des réponses ont été retirés.

Il existe aussi des biais liés aux patientes interrogées, du fait de leur capacité ou non d'expression, le sujet abordé étant délicat.

Concernant les patientes interrogées, l'âge moyen de notre échantillon est de 29,5 ans ce qui est peu éloigné de la moyenne d'âge à l'IVG, qui est de 27,5 ans. (12)

Pour deux tiers de nos patientes, il s'agissait de la première IVG, ces chiffres sont cohérents avec ceux de l'INED (parmi les femmes ayant avorté en 2012, 59% avaient recours à l'IVG pour la première fois) (26) et deux tiers employaient une contraception au moment de la survenue de la grossesse, ce taux est aussi cohérent : d'après l'étude COCON, deux tiers des grossesses imprévues aboutissant à une IVG surviennent sous contraception. (12)

Si nous rapprochons nos résultats des données d'autres travaux s'intéressant aux mêmes problèmes, nous retrouvons certains éléments de convergence ou de divergence.

La perception de la fertilité est un élément qui pose question dans la prise de risque de grossesses non désirées par les femmes demandant une IVG.

Nous avons pu constater que plusieurs femmes avaient des **doutes** concernant leur **fertilité**, à juste titre, après avoir connu des difficultés pour débiter une grossesse, nécessitant parfois de recourir à une procréation médicalement assistée. Certaines rapportaient cette peur à la connaissance d'une infertilité chez un des membres de leur famille, d'autres patientes craignaient une infertilité secondaire à une précédente IVG.

Cette peur pouvait être une des raisons de l'absence ou de l'arrêt précoce d'une méthode contraceptive et plusieurs femmes se sont vues rassurées sur leur fertilité par la survenue de cette grossesse non désirée.

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2009, auprès d'hommes et de femmes célibataires âgés de 18 à 29 ans, estimait que 19% des femmes et 13% des hommes pensaient être infertiles. Ce sentiment provenait le plus souvent soit d'un discours médical, soit de l'absence de survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou du fait d'une infertilité chez un membre de sa famille. Cette étude retrouvait aussi la notion qu'un antécédent de fausse-couche pouvait influencer de façon négative la perception de sa fertilité et faire craindre une incapacité à mener une grossesse à terme et qu'une IVG pouvait conduire à une future

stérilité. Il était aussi évoqué que les jeunes hommes pensant être infertiles étaient plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles non protégées. (27)

Cette réflexion, outre le fait de l'intérêt de débiter une démarche contraceptive par l'exploration du ressenti de la fertilité, peut orienter aussi vers un autre regard qui serait d'associer le risque procréatif et le risque infectieux dans une démarche de prévention commune en intégrant le message de préservation de sa fertilité par certaines méthodes de contraception protégeant des IST et préservant ainsi la fertilité, comme le suggérait Polis dans son étude évoquant les messages de prévention destinés aux jeunes adultes. (27)

Certaines de nos patientes semblaient oublier ou **négliger le risque de grossesse**, conduisant à des rapports non protégés et à la survenue d'une grossesse non désirée. Au cours de l'étude COCON, Bajos *et al.* ont interrogé des femmes ayant eu recours à une IVG ou ayant connu une grossesse non désirée, et donnaient comme raisons à l'absence de contraception le fait qu'elle ne se considéraient pas comme étant à risque de tomber enceinte pour 64% d'entre elles, 59% n'étaient pas inquiètes du risque de grossesse, et 39% avaient adopté une attitude fataliste. (14) Le manque de connaissance concernant le cycle féminin pourrait aussi participer à cette perception erronée de la fertilité. L'enquête « Les Français et la contraception » menée en 2007 par l'INPES estime que 64% des Français pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle et 53% pensent qu'une femme ne peut pas « tomber enceinte » si un rapport sexuel a lieu pendant ses règles. (15)

Nos entretiens retrouvent ces éléments déjà reconnus par d'autres travaux.

Ceci interroge sur l'intérêt d'évaluer la perception de la fertilité avant toute démarche de contraception pour en améliorer son efficacité.

Les motivations de la demande d'interruption de grossesse répondent à la perception d'un défaut des conditions souhaitables pour l'accueil d'un enfant.

La **santé** de la mère ou du futur enfant, un sujet de préoccupation peu évoqué par nos patientes, a cependant été décrit par Biggs *et al.* dans une étude portant sur les raisons du choix de l'IVG aux Etats-Unis, 12% des femmes interrogées citaient des raisons concernant leur santé ou celle du fœtus. (19)

Concernant leur **âge** lors de la survenue de la grossesse non désirée, certaines femmes ne se jugeaient pas assez matures, d'autres trop âgées pour être mère. Le nombre d'enfants déjà présents et le temps disponible à consacrer à un futur enfant étaient autant de conditions déterminant une nouvelle grossesse. Selon Bajos, lorsque le couple était stable, l'attitude des femmes concernant l'issue de la grossesse non désirée était moins univoque qu'en cas de couple instable, mais clairement déterminée par les critères concernant l'âge de la mère (ni trop jeune ni trop âgée), le nombre d'enfants (pas plus de trois), et l'espacement entre les naissances. Bajos estimait la proportion d'interruptions de grossesses non prévues en fonction du **nombre d'enfants** (44% chez les femmes sans enfant, 25% chez les mères d'un enfant, 55% chez les mères de deux ou trois enfants). L'avortement prenait alors un sens différent selon la situation familiale : retarder l'entrée dans la parentalité ou y mettre un terme lorsque le nombre d'enfant souhaité est atteint et elle expliquait le moindre recours à l'IVG chez les femmes qui n'avaient qu'un enfant par le caractère socialement moins acceptable d'un avortement survenant dans une famille pouvant accueillir un deuxième enfant. (11)

Il était essentiel aussi pour nos patientes de bénéficier de **ressources matérielles** suffisantes, nécessaires à l'éducation d'un enfant. Bajos trouvait cette même notion, une situation matérielle difficile faisant percevoir la maternité, y compris désirée, comme non réalisable chez les femmes interrogées. Cependant, selon Sihvo *et al.*, les conditions financières et matérielles n'étaient pas associées à la décision d'avorter, leur étude ne trouvant pas de différence statistiquement significative concernant ce critère entre les femmes décidant de poursuivre leur grossesse ou celles décidant d'avorter en cas de grossesse non désirée, bien qu'il ait été constaté dans cette étude que sept femmes sur dix sans emploi choisissaient d'interrompre leur grossesse. (11)(28)

Une **situation professionnelle** stable, qui serait compatible avec un projet de maternité, laissant suffisamment de temps disponible à consacrer à son enfant, était une condition importante pour de nombreuses patientes. Bajos décrivait un conflit entre la disponibilité que les mères doivent à leur enfant et leur intérêt professionnel lorsque les femmes envisageaient une maternité, ce qui poussaient les femmes désirant être mères à reléguer au second plan les enjeux du travail. (11) Il a aussi été constaté que le travail n'avait pas la même importance dans la décision d'IVG en fonction de l'âge de la femme. Le fait que la grossesse « tombe mal par rapport au travail » joue sur la décision d'avorter des femmes les plus jeunes ou les plus âgées, mais n'intervient pratiquement pas dans la décision des femmes âgées de 25 à 34 ans. Chez ces dernières, seule la stabilité de la relation et le fait de ne pas avoir encore atteint le seuil de deux enfants semblent déterminants pour l'issue à donner à leur grossesse. (11) L'étude de Sihvo *et al.*, s'appuyant sur les données de l'enquête COCON, montrait que chez les plus jeunes, la décision d'interrompre une grossesse était liée au fait d'être en cours d'étude ou célibataire ; pour les femmes de 25 à 34 ans, cette décision tient essentiellement à la taille de la famille estimée suffisante, et pour les plus âgées, opter pour l'avortement correspond à des situations où la maternité est jugée incompatible avec la carrière professionnelle ou lorsque le couple est instable. (28)(29)

Les conditions d'accueil espérées avant d'accueillir un enfant étaient marquées dans notre étude par l'importance que les femmes accordaient à la **stabilité du couple parental** se traduisant par la présence d'un père de confiance, qui accepte son enfant. Bajos décrivait dans une analyse basée sur les résultats des études COCON et GINE, que l'absence de père potentiel ou l'absence des attributs nécessaires à une paternité chez leur partenaire est l'argument qui semble le plus déterminant pour le choix de l'IVG en cas de grossesse non désirée, ainsi les femmes qui se trouvent dans une relation éphémère ou occasionnelle n'envisagent quasiment jamais de poursuivre leur grossesse (36% des grossesses sont interrompues quand elles surviennent dans une relation stable, 54% dans une relation débutante, 56% dans une relation qualifiée d'incertaine et 65% dans une relation sans avenir). (13)

D'une façon plus générale, nos patientes souhaitaient que cette grossesse s'inscrive dans un **projet global** avec des conditions plus favorables à l'accueil d'un enfant. Cette notion était retrouvée dans l'étude de Biggs *et al.*, 36% des femmes ayant choisi l'IVG parce que « ce n'était

pas le bon moment pour avoir un bébé » et 12% voulant « offrir une meilleure vie que celle là pour leur bébé ». (19) Ce projet global de fertilité, réunissant les meilleures conditions pour avoir un enfant, correspond à ce que les sociologues appellent « norme procréative ». Dans la mesure où il devient possible d'éviter d'être enceinte et de refuser de poursuivre une grossesse en recourant à l'IVG, il importe plus que jamais pour les femmes que les conditions les meilleures soient réunies pour avoir un enfant, avec un couple parental stable affectivement, psychologiquement, et avec une grossesse survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents. (13)(29)

Comme dans la plupart des études, même si des conditions matérielles ou d'âge sont des motivations reconnues à la demande d'interruption de grossesse, notre étude met l'accent, comme d'autres travaux, sur le jugement de la femme de ne pas disposer d'un couple stable affectivement et socialement pour accueillir cet enfant.

Si les femmes évaluent souvent de façon objective leur possibilité d'accueil d'un enfant, elles regardent avec la même objectivité leurs difficultés à mettre en pratique une méthode contraceptive efficace, en exprimant des craintes et des souhaits contradictoires.

La pilule était perçue dans notre étude comme pourvoyeuse d'une **prise de poids**, et cette notion est en effet souvent présente dans l'esprit de la population : 24% des français pensent que la pilule fait grossir, et la proportion est d'un tiers chez les jeunes de 15 à 24 ans. (4) Cette prise de poids, ressentie ou seulement anticipée, est un des motifs d'arrêt de la contraception.(7)

La **perturbation des cycles menstruels**, notamment l'aménorrhée sous pilule, posait problème à certaines femmes, les règles étant vécues par nos patientes comme un signe d'absence de grossesse et d'un bon fonctionnement de leur corps. L'aménorrhée provoquée par la contraception, souvent appréciée des femmes, est parfois un critère de choix d'une méthode contraceptive mais peut tout aussi bien être un critère de non-choix. (30)

Le **scandale de la pilule** a renforcé pour certaines patientes la **peur des AVC** en cas de tabagisme associé à la prise de la pilule et la **peur du cancer** induit par la pilule. Ces craintes ne faisaient pas partie de celles majoritairement rapportées par nos patientes. Selon l'enquête « Les français et la contraception », 61% des personnes interrogées étaient conscientes qu'il ne fallait pas associer pilule et tabac et 33% pensaient que la prise de la pilule augmentait le risque de cancer. (15)

Le CNGOF rappelle que l'augmentation du risque de cancer du sein est minime (risque relatif à 1,2) et qu'il disparaît dix ans après la fin de la prise de la pilule. Il est à mettre en balance avec les bénéfices apportés tels que la diminution de moitié des taux de cancers de l'endomètre et des ovaires, la diminution des kystes fonctionnels des ovaires ou encore des grossesses extra-utérines. (31) Le tabac potentialise les effets délétères des contraceptifs oraux sur les maladies cardio-vasculaires, il est le principal responsable de l'augmentation de la mortalité observée sous contraception œstroprogestative. (32)

Cependant, aucune désaffection vis-à-vis de la contraception n'a été observée après le scandale de la pilule. Le taux de femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive est resté stable, autour de 3%. Le recours à la pilule a diminué entre 2010 et 2013, passant de 50% à 41%. Cette baisse semble bien liée à la controverse de 2012-2013, et concerne majoritairement les pilules de troisième et quatrième générations, sans qu'un transfert n'ait été observé sur les pilules de deuxième génération (22% d'utilisatrices en 2010, 23 % en 2013). Le débat a provoqué une désaffection pour la pilule et les femmes ont adopté d'autres méthodes contraceptives (préservatif, stérilet, méthodes naturelles). (33)

Malgré ces appréhensions, la pilule était appréciée pour sa **facilité** de prise, en opposition au DIU et à l'implant nécessitant une intervention médicalisée pour la pose et le retrait.

Son **image familière**, populaire, rassurait les femmes, dont certaines faisaient le choix de cette méthode contraceptive pour être dans la norme. La **régularité des cycles** sous pilule était aussi appréciée. (30) La facilité d'emploi et la régularité des cycles menstruels étaient les principales raisons citées par les femmes pour le choix de la contraception œstroprogestative dans l'étude européenne CHOICE, menée en 2010. (34)

Une grande majorité des femmes sont satisfaites de la pilule, 86% des utilisatrices déclarent que cette méthode leur convient tout à fait. (35)

Cette même étude CHOICE rapportait que la prise quotidienne et le risque d'oubli étaient les deux raisons les plus fréquemment citées par les femmes, expliquant pourquoi elles n'avaient pas choisi la contraception par pilule. (34) Ces arguments ont été cités par nos patientes, comme étant les principales difficultés rencontrées dans l'emploi de la pilule.

La prise quotidienne d'une pilule à heure fixe peut être une contrainte, d'autant plus mal perçue et difficile à assumer qu'elle n'est pas en harmonie avec le mode de vie : lorsque les relations sexuelles sont irrégulières ou difficiles à prévoir, lorsque l'activité des femmes se traduit par des horaires décalés ou des rythmes de sommeil irréguliers, susceptibles de perturber l'observance.

L'oubli de pilule est un phénomène fréquent, 92% des utilisatrices de contraception orale oublieraient de prendre leur pilule entre une et cinq fois au cours des six derniers mois (4), et un oubli serait en cause dans 60% des échecs de la contraception orale (13), expliquant la nette différence entre l'efficacité optimale de la pilule et son efficacité observée dans la pratique (indice de Pearl respectivement à 0,1% et 6-8%). (4)

Les problèmes **financiers** ont rarement été un obstacle à l'accès à la contraception pour nos patientes. Il est en effet difficile de soutenir qu'il existe un problème global d'accessibilité financière étant donné le très haut niveau de couverture contraceptive. Cependant, les facteurs financiers interviennent à différents niveaux, notamment pour le remboursement de certains contraceptifs comme le patch, l'anneau vaginal ou le préservatif. Les différences de remboursement par la sécurité sociale tendent à orienter la demande et la prescription contraceptive vers certains types de produits, ainsi les critères financiers tendent à prévaloir dans le choix de la contraception sur les critères de confort et d'observance. (4) Contrairement aux autres tranches d'âge, on note une baisse du recours à la pilule chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, non compensée par l'utilisation d'autres méthodes, qui pourrait être attribuée à la dégradation concomitante de la situation économique de ce groupe de femmes selon Bajos *et al.* (5)

Pour les prescripteurs, la contraception œstroprogestative est recommandée en première intention pour les femmes sans facteur de risque particulier et dans la pratique, elle est utilisée comme méthode de première intention, et bien que disponible sous diverses formes

(patch, anneau), elle est massivement prescrite sous forme de pilule, la seule remboursée. La pilule reste avec le préservatif la méthode de loin la plus connue par les utilisateurs et donc la plus spontanément demandée. Tous les facteurs convergent vers une prédominance de fait de la pilule. (36)

Certaines femmes faisaient alors le choix du DIU ou de l'implant, **sécurisants** par leur efficacité contraceptive. Les méthodes contraceptives à longue durée d'action ne sont pas soumises aux aléas de l'observance, assurant une efficacité pratique (indice de Pearl à 0,6% en théorie pour le DIU et 0,1% pour l'implant) proche de l'efficacité théorique (0,8% pour le DIU, 0,1% pour l'implant). (4)

Le besoin de se libérer de la contrainte quotidienne de la contraception, éprouvée par nos patientes, était retrouvé dans une étude portant sur le regard des femmes sur le DIU. La plupart d'entre elles recherchaient une contraception la moins contraignante possible, à laquelle elles n'auraient plus à penser et ont souligné la praticité, la **liberté** et la tranquillité que procurait un contraceptif de longue durée d'action. La moindre contrainte et l'efficacité sont les critères recherchés en premier lieu. (30)

La peur de l'**insertion douloureuse** et la présence d'un **corps étranger** dans leur corps limitaient pour nos patientes l'emploi du DIU et de l'implant. Ce sont des craintes largement répandues. Un état des lieux des pratiques contraceptives réalisé par l'HAS en 2013 rapportait comme frein à la contraception par DIU ou par implant la présence d'un corps étranger vécu comme intrusif et les croyances erronées que le DIU est abortif et rend stérile. (7) Une étude qualitative française retrouvait aussi le caractère intrusif et l'appréhension de la douleur au moment de l'insertion du dispositif contraceptif comme critère de non-choix de ces méthodes. (30)

Les femmes craignent le caractère intrusif d'un corps étranger, la douleur au moment de sa pose et qu'il rende stérile, tandis que les médecins le réservent aux femmes ayant déjà eu des enfants.

Pourtant le DIU correspond aux attentes des femmes en matière de contraception : elles souhaitent une contraception efficace, peu contraignante, à moindre coût, de longue durée d'action. (30)

On constate que l'emploi du DIU varie en fonction de la parité, il est employé par moins de 4% des femmes de moins de trente ans, alors qu'après trente ans, âge moyen de la première grossesse, 30,5% des femmes y ont recours. (37) En effet, selon l'INPES et l'enquête FECOND, 50% des usagers pensent que le DIU est contre-indiqué en cas de nulliparité, contre 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes. (30)

Les médecins redoutent principalement le risque d'infection pelvienne, de grossesse ectopique, d'infertilité, de perforation ou d'expulsion utérine, ainsi que les difficultés de pose. (38) Ces craintes constituent une **barrière à l'emploi du DIU** notamment chez les **femmes nullipares** alors que les recommandations de l'ANAES publiées en 2004 précisait que le DIU pouvait être utilisé à tout âge, que la femme ait déjà eu ou non des enfants. (39)

On note, cependant, une inversion de cette tendance depuis la polémique de la pilule en 2012, avec une évolution de 0,4% à 8% d'utilisation du DIU chez les nullipares de 25 à 29 ans entre 2010 et 2013. (30)

Certaines femmes de notre enquête ont connu des **difficultés d'accès à la contraception définitive**, en raison de leur âge inférieur à 40 ans. Il apparaît dans notre étude que le critère d'âge leur ait été présenté comme rédhibitoire, bien que la législation autorise depuis 2001 la contraception définitive à tout patient majeur, en ayant exprimé une volonté libre, motivée et délibérée après avoir reçu une information claire sur les conséquences, attestée par écrit, en respectant un délai de réflexion de quatre mois. (40) Il semblerait que cette limite d'âge soit fixée culturellement et politiquement, l'HAS parlant d'un temps fertile entre 25 et 40 ans, et c'est un âge qui semble plutôt renvoyer à la ménopause qu'à une période d'activité fertile. (7) De ces représentations naissent des pratiques. Dans une étude menée auprès de médecins généralistes portant sur les pratiques et les représentations de la contraception définitive, on voit apparaître un consensus : le recours à la contraception définitive chez une femme de plus de 40 ans ne semble pas poser de problèmes aux médecins, et c'est à partir de cet âge qu'ils

s'autorisent à en parler à leurs patientes. (41) La place de la stérilisation à visée contraceptive reste très marginale en France et concerne en majorité la stérilisation féminine. (7)

Les femmes interrogées dans notre étude ont une vision de la contraception qui converge vers les résultats d'autres travaux portant sur le même sujet. Notre étude apporte un point de vue du côté patient, notamment sur les difficultés d'accès au DIU et à la contraception définitive.

Notre étude a retrouvé des craintes des femmes envers la contraception déjà connues, les principales étant la peur de la prise de poids et la perturbation des cycles sous pilule, ainsi que la peur de la douleur et du corps étranger pour l'implant et le DIU.

Les principales difficultés rencontrées ont été la prise régulière de la pilule avec son risque d'oublis, en particulier dans certaines conditions de vie et de travail, la problématique de la nulliparité et du DIU, largement décrites, de même que l'accès à la stérilisation des femmes de moins de 40 ans.

Les attentes des femmes de notre étude envers les conditions d'accueil à offrir à leur enfant ont aussi été explorées par d'autres études et convergent vers les mêmes priorités, un couple parental stable et une situation professionnelle propice.

La question de la perception de la fertilité a cependant été peu explorée. Il apparaît que la peur de l'infertilité est une notion qui semble conditionner l'efficacité de la contraception : les oublis à répétition, la mauvaise tolérance ou l'absence de moyen contraceptif fiable pourraient révéler des doutes envers sa fertilité. Elle influence aussi la prise de risque de grossesse non désirée qui serait pour certaines femmes une façon de se rassurer sur leur fertilité. Cette notion de peur de l'infertilité semble donc importante à prendre en compte.

Conclusion

Notre étude a eu pour but d'explorer la perception de la contraception et de la fertilité de femmes ayant recours à une IVG afin de mieux percevoir les mécanismes en jeu dans la survenue de grossesses non désirées. Il s'avère que certaines femmes ont une perception erronée de leur fertilité avec une peur de l'infertilité et une négation fréquente du risque de grossesse, conduisant à des grossesses non désirées. Les attentes des femmes concernant l'accueil d'un enfant sont centrées sur la stabilité du couple parental et sur la présence d'un père de confiance, ainsi que sur une situation professionnelle compatible avec la maternité. Concernant la perception de la contraception, chaque méthode présente aux yeux des femmes des avantages et des inconvénients. La pilule occupe une place prépondérante dans le paysage contraceptif alors qu'elle ne correspond pas forcément aux attentes des femmes. Il serait nécessaire de travailler sur les freins qui limitent l'accès à certaines méthodes contraceptives, telles que le DIU, l'implant ou la contraception définitive, du côté des médecins comme des patientes, afin que chaque femme puisse accéder librement à la contraception qui lui conviendrait le mieux sur le plan médical tout en étant en adéquation avec le mode de vie de chacune.

CONCLUSION

Le médecin généraliste occupe une place importante dans le suivi des femmes et de leur contraception.

Notre étude a permis de mettre en lumière certains éléments qui pourraient être utiles au praticien dans sa pratique afin de mieux prendre en charge la contraception des femmes en appréhendant certains mécanismes en jeu dans la survenue de grossesses non désirées.

Lutter contre les a priori qui limitent l'emploi du DIU, que ce soit du côté des femmes ou des médecins semble indispensable pour augmenter le recours au DIU. Montrer aux femmes un stérilet pourrait les aider à avoir une meilleure vision de ce dispositif, car souvent, leur représentation en est floue et traumatisante.

Il faut encourager les médecins généralistes à poser des DIU pour augmenter l'usage de ce moyen de contraception qui répond aux attentes de certaines femmes : une contraception efficace, peu contraignante, à moindre coût, de longue durée d'action. Un praticien à l'aise avec la pose de DIU pourrait plus facilement le présenter à ses patientes, les rassurer quant à leurs craintes, notamment celle de la pose douloureuse, et les encourager à choisir ce contraceptif.

L'élargissement du remboursement par la sécurité sociale à tous les contraceptifs, notamment le patch et l'anneau, pourrait permettre au médecin de proposer de façon égalitaire tous les contraceptifs et les patientes pourraient choisir leur contraception sans prendre en compte le critère financier.

Il paraît judicieux d'intégrer aux consultations de contraception la question de la perception de la fertilité. La peur de l'infertilité et le besoin de certaines femmes de se rassurer sur leur capacité à avoir un enfant conditionne l'observance de la contraception et la prise de risque de grossesses non désirées. En effet, une absence de contraception, des oublis à répétition ou une intolérance aux divers contraceptifs peuvent être révélateurs des craintes de certaines femmes envers leur fertilité.

Une meilleure prise en compte de ces craintes pourraient aider le praticien à identifier les femmes à risque de grossesses non désirées.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAJOS N, FERRAND M. L'avortement à l'âge de raison. *Mouvements*. 1 nov 2001;no17(4):99-105.
2. VILAIN A, MOUQUET M-C, GONZALEZ L, RICCARDIS N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. DREES [Internet]. juin 2013;(843). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf>
3. IVG : un droit garanti par la loi - Ministère de la Santé [Internet]. ivg.gouv.fr. [cité 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html>
4. AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2009 oct. Report No.: RM2009-104A. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
5. BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Popul Société*. sept 2012;(492).
6. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? INPES; 2011.
7. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
8. BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H, Cocon E. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Sociétés* [Internet]. 2002;(381). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18750/pop_et_soc_francais_381.fr.pdf
9. COHEN J, MADELANAT P, LEVY-TOLEDANO R, BARZACH M. Gynécologie et santé des femmes: quel avenir en France? : état des lieux et perspectives en 2020. Paris: Editions Eska; 2000.
10. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
11. Avortements INED [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
12. MANZUY M, TOULEMON L, BARIL E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Sociétés*. janv 2015;(518).
13. BAJOS N, FERRAND M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemp*. no 61(1):91-117.
14. BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H, OUSTRY P, JOB-SPIRA N, Group TC. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 5 janv 2003;18(5):994-9.
15. GALL B, JOUANNIC E. Les français et la contraception [Internet]. BVA-INPES; 2007. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
16. Contraception d'urgence, prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 avr. (HAS). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
17. ONG J, TEMPLE-SMITH M, WONG WC, McNAMEE K, FAIRLEY C. Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *BMC Public Health*. 23 déc 2012;12:1108.

18. SANTELLI JS, SPEIZER IS, AVERY A, KENDALL C. An Exploration of the Dimensions of Pregnancy Intentions Among Women Choosing to Terminate Pregnancy or to Initiate Prenatal Care in New Orleans, Louisiana. *Am J Public Health*. nov 2006;96(11):2009-15.
19. BIGGS MA, GOULD H, FOSTER DG. Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Womens Health*. 5 juill 2013;13:29.
20. BARRETT G. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 1 mai 2004;58(5):426-33.
21. OULMAN E, KIM THM, YUNIS K, TAMIM H. Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 oct 2015;15:260.
22. BIEBER HATRY M-L. Contraception : Vécu et besoin des adolescentes en Eure et Loire [Internet]. Faculté de médecine de Tours; 2013. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BieberHatryMarieLaure.pdf
23. LETOMBE B. La première contraception. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales%252FMAJ%20Ben%20BGO%252F2013%252F2013_GM%252Forthogenie%252FLa_premiere_contraception.pdf
24. ROBIN G, LETOMBE B. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2006. (CNGOF). Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_005_letombe.pdf
25. AMSELLEM-MAINGUY Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Inf Soc*. 26 oct 2011;(165-166):156-63.
26. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2012 [Internet]. [cité 4 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2012/T32_2012.html
27. POLIS CB, ZABIN LS. Missed Conceptions or Misconceptions: Perceived Infertility Among Unmarried Young Adults In the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. mars 2012;44(1):30-8.
28. SIHVO S, BAJOS N, DUCOT B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. 8 janv 2003;57(8):601-5.
29. VILAIN A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Fr Aff Soc*. 22 juin 2011;(1):116-47.
30. FOURNIER A, VALLEE J. Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin. *Exercer*. 2015;(121):196-204.
31. Communiqué de presse [Internet]. CNGOF; 2005 août. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/hormones_et_cancers.pdf
32. JAMIN C. Tabac et contraceptions. *Lett Gynécologue*. mars 2009;(340):30-2.
33. BAJOS N, ROUZAUD-CORNABAS M, PANJO H, BOHET A, MOREAU C, equipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Sociétés*. mai 2014;511.
34. EGARTER C, FREY TIRRI B, BITZER J, KAMINSKY V, ODDENS BJ, PRILPSKAYA V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Womens Health*. 28 févr 2013;13:9.
35. BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H, BOUYER J, JOB-SPIRA N, HASSOUN D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3):479-502.
36. AFSSAPS, ANAES, INPES. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004 déc.
37. MOREAU C, BOHET A, HASSOUN D, RINGA V, BAJOS N, FECOND group. IUD

use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.

38. BLACK K, LOTKE P, BUHLING KJ, ZITE NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 oct 2012;17(5):340-8.

39. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique [Internet]. ANAES; 2004 déc. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>

40. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.

41. CADOT M. Contraception définitive féminine : pratiques et représentations des médecins généralistes. *Médecine*. nov 2015;11(5):232-7.

ANNEXE

Entretien	Age	Profession	Statut Marital	Nombre d'enfants	Nombre d'IVG (y compris celle en cours)	Méthode contraceptive
1	34 ans	Préparatrice en pharmacie	Mariée	1	1	Sans (désir de grossesse)
2	24 ans	Esthéticienne	En couple non marié	0	1	Sans
3	23 ans	Étudiante	En couple non marié	0	1	Naturelle
4	34 ans	Responsable informatique	Mariée	3	1	Préservatif
5	31 ans	Prothésiste ongulair	En couple non marié	1	2	Sans
6	29 ans	Restauration	En couple non marié	3	2	Sans
7	30 ans	Chargée de production	En couple non marié	0	1	Sans
8	33 ans	Sans	Mariée	5	1	Naturelle + CU
9	26 ans	Sans	Célibataire	0	1	Sans
10	38 ans	Responsable export	Mariée	1	1	Pilule
11	37 ans	Assistante commerciale	Séparée	1	1	Préservatif
12	31 ans	Sans	En couple non marié	2	5	Pilule
13	22 ans	Étudiante	En couple non marié	1	2	Naturelle
14	18 ans	Équipière polyvalente	En couple non marié	0	2	Pilule
15	29 ans	Saisonnrière	Célibataire	0	1	Naturelle
16	43 ans	Aide médico-psychologique	Célibataire	2	2	Préservatif + CU
17	36 ans	Infirmière	Célibataire	0	1	Naturelle
18	37 ans	Employée logistique	En couple non marié	0	1	Sans
19	26 ans	Conseillère cosmétique	En couple non marié	0	3	Pilule
20	25 ans	Restauration	En couple non marié	0	2	Naturelle
21	25 ans	Sans	Mariée	2	1	Sans (désir de grossesse)
22	18 ans	Étudiante	Célibataire	0	1	Préservatif

VU

NANCY, le 30 janvier 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 31 janvier 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Philippe JUDLIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9445

NANCY, le 13 février 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Malgré une couverture contraceptive particulièrement élevée en France, le nombre d'IVG reste relativement stable, autour de 220 000 par an : deux tiers des grossesses non désirées surviennent malgré l'emploi d'un contraceptif.

Méthode : Une enquête qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, a été réalisée auprès de femmes ayant recours à une IVG au CPEF de l'hôpital Mercy.

Résultats : Les femmes ayant recours à l'IVG expriment vis-à-vis de la contraception des craintes : peur de l'insertion douloureuse d'un corps étranger pour l'implant et le DIU, crainte d'une prise de poids et d'une perturbation du cycle menstruel sous pilule. Elles sont rassurées par la facilité de prise et la régularité des cycles procurés par la pilule et par la sécurité et la pérennité de la protection du DIU et de l'implant. Les éléments limitant l'accès à la contraception sont rarement des obstacles financiers mais plutôt des préjugés des patientes et des médecins vis-à-vis de la contraception définitive des femmes de moins de 40 ans ou du DIU pour les femmes nullipares.

Discussion : Nous retrouvons dans notre étude les craintes, difficultés et avantages des méthodes contraceptives déjà cités dans d'autres études. La motivation de la demande d'IVG par une exigence de bonnes conditions d'accueil de l'enfant (stabilité du couple parental, situation professionnelle propice) a également été retrouvée dans d'autres travaux. La perception de la fertilité, et en particulier la crainte de l'infertilité, semble un élément inhabituellement étudié et apparaît comme un critère d'efficacité d'une démarche contraceptive.

Conclusion : La peur de l'infertilité est à prendre en compte dans le cadre de la prescription d'une contraception. La nécessité de l'adaptation de la méthode contraceptive à chaque mode de vie est la deuxième information mise en lumière dans ce travail.

TITRE EN ANGLAIS :

Exploration of contraception and women fertility perception of women using abortion.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : CONTRACEPTION – FERTILITÉ – DEMANDE D'IVG – PERCEPTION DE SANTÉ – MÉDECINE GÉNÉRALE

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
