

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER-
FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2016

2016 TOU3 1025

2016 TOU3 1026

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 29 MARS 2016

PAR : Aude BRUN et Manon FAVET

SUJET DE LA THÈSE :

**LA CONTRACEPTION DÉFINITIVE PAR SYSTÈME ESSURE®
AVANT 40 ANS : UNE ÉTAPE DE VIE ?**

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Thierry BRILLAC
CO-DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Anne FREYENS

JURY :

Mr le Professeur Pierre LEGUEVAQUE, Président du jury

Mme le Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur

Mr le Docteur Thierry BRILLAC, Assesseur

Mme le Docteur Anne FREYENS, Assesseur

Mme le Docteur Marie MAS CALVET, Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements communs

Au Président de notre Jury,

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE,

Merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail et de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

A Madame, le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Merci pour votre investissement dans notre formation à la méthode qualitative.

A notre directeur de thèse,

Monsieur de Docteur Thierry BRILLAC,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse ainsi que pour votre soutien et vos conseils pendant sa rédaction.

A notre co-directrice de thèse,

Madame le Docteur Anne FREYENS,

Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Merci pour vos conseils, votre accompagnement, et votre patience tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Marie MAS-CALVET,

Merci de vous être intéressée à notre thèse et d'avoir accepté de la juger. Merci pour votre aide précieuse.

Merci **aux médecins** qui nous ont aidées à recruter les femmes interviewées.

Merci **aux femmes** qui ont accepté de participer à notre étude. Merci de nous avoir accordé un peu de votre temps et laissées entrer dans vos vies.

Remerciements d'Aude

A mes parents, pour votre amour, votre soutien, et vos encouragements qui m'ont accompagné tout au long de ce chemin. Je vous aime.

A Clémence et Guilhem, les meilleurs frères et sœurs du monde. Toujours présents, toujours aimants. Et aux pièces rapportées, qui amènent encore un peu plus de bonheur à la maison.

A ma belle-famille, pour votre accueil et votre gentillesse.

A celles que j'ai la grande chance de pouvoir appeler mes amies :

- **Caroline** : de lycéennes à mamans, que de beaux moments passés ensemble. Et à tous ceux qui nous attendent encore.
- **Elsa**, merci pour ta générosité. Je ne te remercierais jamais assez de m'avoir invité à ton mariage.
- **Camille**, les années de fac n'auraient pas été les mêmes sans toi. De l'Aveyron à la Martinique, quelques larmes et tellement de fous rires.
- **Anaïs**, ma confidente du bus scolaire.
- **Jeanne**, merci de toujours me faire partager ta bonne humeur et ton sourire.

Et à vos petites familles.

A Amélie. Je pense à toi.

A Manon, pour avoir partagé les galères et les bons moments sur cette thèse

Aux médecins rencontrés lors de ma formation qui m'ont transmis leur amour pour la médecine générale : **Dr BAYART, Dr JONIN, Dr VERGNES, Pr VIDAL, Dr RIVIERE, Dr ALLIAS, Dr LABARTHE, Dr DEMOUIX.**

A Guillaume, pour ta patience au cours de ces derniers mois, pour ton soutien sans faille, pour ton amour indéfectible. Merci de rendre ma vie plus belle.

Et à **Apolline**, mon plus beau cadeau de la vie.

Remerciements de Manon

A mes parents pour leur soutien et leur force. Vous m'avez montré qu'il fallait se donner les moyens de ses ambitions, et avez toujours cru en moi. J'espère que vous serez fiers de moi.

A ma grande petite sœur **Lucie**, un diamant bien enseveli. Ne cache pas ton talent.

Merci à mes grands parents pour les valeurs qu'ils m'ont transmises.

A Raymonde et Daniel, pour la tolérance, la curiosité et le non conformisme.

A Marie Cécile et Michel, pour l'amour de la terre, et la valeur du travail.

A Benjamin, pour ces deux années de rires, de stress, de couloirs de vents et de petits coins de paradis. J'espère que tu n'as rien de prévu pour les soixante-dix prochaines années !

A ma belle famille, pour son accueil. **A Timéo**, le Petit Prince.

A Anaïs, pour sa présence depuis toujours, et je l'espère pour encore très longtemps.

A Jessica, merci d'être là dans les bons et les mauvais moments. Le mauvais est derrière, beaucoup de bonheur à venir et à partager.

A Claire, pour sa bonne humeur et son franc-parler.

A Laurence, Amélie, Carole, pour les années d'externat, d'internat et maintenant la « vraie vie » !

A Adélaïde, pour notre passion commune pour la danse contemporaine !

A Amandine, pour les longues discussions autour d'un thé, et les souvenirs ensoleillés d'un stage d'été ...

A Badia pour les balades nocturnes, les discussions philosophiques et les cornes de gazelles cadurciennes.

Aux amis de Benjamin, pour leur accueil, leur bonne humeur, et les bons moments passés à vos côtés.

A Estelle, pour l'espoir.

A cette Vie ...

Merci à tous les **médecins, infirmières, secrétaires, co-externes et co-internes** avec qui j'ai pu travailler durant toutes ces années d'études, et qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Un remerciement plus particulier aux Docteurs **Sandra MAHAIE et François VIATGÉ** pour leur bonne humeur, leur sagesse et leur aide pendant les quelques mois passés à vos côtés.

A FECAR pour avoir changé ma vie...

Merci à tous les patients rencontrés pour leur confiance. Merci à ceux qui savent éclairer mes journées et me rappellent chaque jour pourquoi j'aime ce métier.

Merci aux femmes qui ont accepté de participer à ce travail. Merci de nous avoir laissé entrer quelques minutes dans vos vies.

A Aude, merci d'avoir partagé cette galère avec moi. On y est !

« **Connaître ce n'est pas démontrer, ni expliquer. C'est accéder à la vision.** »

Antoine de Saint-Exupéry

Table des matières

I. INTRODUCTION	2
A. La contraception en France	2
B. La contraception définitive	2
1) Epidémiologie.....	2
2) Les méthodes	3
3) Le cadre légal.....	4
C. La problématique	5
II. METHODE	6
A. Le choix de la méthode qualitative	6
B. La méthode de recherche bibliographique	6
C. La question de recherche	6
D. La population cible	7
E. Le recueil des données	8
F. Le guide d’entretien	9
G. La saturation des données	10
H. La retranscription	11
I. L’analyse des données	11
J. Le travail en binôme	12
III. RESULTATS	13
A. Les caractéristiques de la population étudiée	13
B. Le vécu de la contraception définitive	14
C. Le choix d’une contraception définitive par système ESSURE®	19
1) Le choix d’une contraception définitive	19
2) Le choix de la méthode ESSURE®	21
D. Le parcours vers ESSURE®	23
IV. DISCUSSION	27
A. A propos de l’étude	27
1) Les forces de l’étude	27
2) Les limites de l’étude.....	27
B. A propos des résultats	30
1) Le vécu de la contraception définitive	30
2) Le choix d’une contraception définitive par système ESSURE®	33
3) Le parcours vers ESSURE®	35
V. CONCLUSION	40
VI. RÉFÉRENCES	42
VII. ANNEXES	46

I. INTRODUCTION

A. La contraception en France

La contraception a été légalisée en France par la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth. Elle permet ainsi aux femmes l'utilisation de moyens réversibles et temporaires permettant d'empêcher qu'un rapport sexuel n'entraîne une grossesse. (1)

Selon le Baromètre Santé de 2010, 90,2% des femmes françaises en âge de procréer et ayant un compagnon utilisent une méthode de contraception. (2) Pourtant environ un tiers des grossesses restent non désirées (2) et le nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) stagne en France (229 000 IVG en 2013). (3)

La pilule reste la méthode la plus utilisée en France en 2010. Son utilisation a légèrement diminuée ces dernières années au profit des autres méthodes hormonales (implants, patchs et anneaux). (4)

Le dispositif intra-utérin (DIU) est utilisé par 21% des femmes en moyenne. En France, elle est la deuxième méthode la plus utilisée, et son utilisation augmente avec l'âge des patientes. De plus, le DIU reste majoritaire chez les femmes ayant déjà eu des enfants. (4) Enfin, les femmes n'utilisant aucune contraception et ne désirant pourtant pas de grossesse sont une minorité, environ 3% des femmes (avec 5,1% chez les femmes de 45 à 49 ans, et seulement 0,9% chez les 15 -17 ans). (4)

B. La contraception définitive

1) Epidémiologie

Malgré sa légalisation en 2001, la stérilisation à visée contraceptive reste très peu répandue en France. Elle est utilisée par seulement 4.3% des couples, majoritairement par des femmes (3,9% contre 0,3% des hommes.) (4)

Son utilisation est quasi nulle chez les femmes avant 30 ans, et augmente peu à peu en fonction de l'âge pour atteindre 12,2% des femmes de 45 à 49 ans. Ainsi, on note une plus grande utilisation des méthodes de contraception définitive à partir de 40 ans. (4)

En 2013, au niveau Européen, c'est en Suisse et en Finlande que le taux d'utilisation de la contraception définitive féminine est le plus élevé (13,8% et 14,9% respectivement). (5)
De plus, bien que peu développée en France, la stérilisation masculine est plus pratiquée dans d'autres pays Européens (Suisse 8,3%, Danemark 5%). Elle est parfois plus répandue que la stérilisation féminine, comme en Espagne (7,9% masculine contre 5,6% féminine) ou au Royaume Uni (21% de stérilisation masculine contre 8% féminine). (5)

Au niveau mondial, en 2013, c'est en Amérique du Nord qu'on compte le plus de stérilisation masculine (11,9%, contre seulement 2,7% en Europe). C'est en Amérique du sud et en Asie que les méthodes de contraception définitive féminines sont le plus utilisées (respectivement 26,2% et 23,4%), le record étant pour la République Dominicaine qui compte 47,4% de stérilisations chez les femmes de 15 à 49 ans. (5)

Enfin, la thèse de V. Denhier réalisée en 1997 montrait que 72 % de la population des femmes stérilisées dans le monde avait moins de 40 ans. (6)

2) Les méthodes

Il existe en France, trois grandes méthodes de contraception définitive.

La vasectomie est la seule technique de stérilisation masculine. Elle consiste en la ligature (section ou obturation) des canaux déférents, par voie scrotale, sous anesthésie générale. Son efficacité n'est pas immédiate, et nécessite l'utilisation d'un moyen de contraception efficace pendant 8 à 16 semaines jusqu'à confirmation d'une azoospermie. (7)(8)

Il existe des techniques de restauration mais dont le résultat est aléatoire.

Il existe deux grandes méthodes de stérilisation féminine : la ligature des trompes et l'insertion d'implants tubaires (méthode ESSURE®).

La ligature des trompes peut être réalisée de plusieurs façons : ligature, section, électrocoagulation ou pose de clips. Elle se fait sous anesthésie générale, par voie laparoscopique, coelioscopique ou culdoscopique. Elle nécessite le plus souvent un à trois jours d'hospitalisation, et son efficacité est immédiate. (7)(8)

La reperméabilisation est possible mais sa réussite est incertaine.

Le système ESSURE® consiste en l'insertion d'implants tubaires par hystérocopie, sans

anesthésie. L'obstruction des trompes se fait de manière progressive ce qui nécessite l'utilisation d'une contraception efficace pendant les trois mois qui suivent l'intervention et un contrôle par imagerie au bout de ce délai (échographie ou radiographie de l'abdomen sans préparation). (7)(8) En effet, les micro-implants sont constitués de nitinol (alliage nickel-titane) et de fibres de téréphtalate de polyéthylène (un polymère de synthèse) qui entraînent une fibrose autour et à l'intérieur de ces micro ressorts, et conduit à l'occlusion permanente des trompes. (9)

Cette méthode est irréversible.

3) Le cadre légal

L'article de loi L2123-1 de la loi du 4 juillet 2001, qui a libéré la pratique de la stérilisation tubaire en France, pose le cadre légal de la réalisation des méthodes de contraception définitive.

Il précise qu'une ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée uniquement chez une personne majeure qui doit avoir exprimé « une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». (10)

Cet acte ne peut être réalisé que dans un établissement de santé. Le médecin doit au cours de la première consultation informer le patient des risques médicaux encourus et des conséquences de l'intervention, et lui remettre un dossier d'information écrite. (10)

L'intervention ne pourra être effectuée qu'après un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation et après avoir confirmé par écrit sa volonté de réaliser un tel acte. (10)

Enfin la loi précise qu'« un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation ». (10)

L'arrêté du 31 octobre 2012 encadre l'utilisation du système ESSURE[®] pour « les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible ». (11)

Il précise que la réalisation d'une méthode ESSURE[®] est contre-indiquée en cas de naissance ou d'IVG datant de moins de six semaines. (11)

La pose doit être réalisée par un gynécologue obstétricien ayant une bonne pratique de l'hystérocopie opératoire, réalisant au moins cinq procédures par an, dans des conditions

d'asepsie au bloc opératoire. (11)

La Haute Autorité de Santé (HAS) ajoute, en 2012, une mise en garde pour les femmes avant 40 ans. Du fait de l'irréversibilité de la technique, « ESSURE® devrait être réservé aux femmes ayant des contre-indications majeures aux contraceptions hormonales ou dispositifs intra-utérins et ayant des pathologies contre-indiquant la grossesse. » (9)

C. La problématique

Ces constatations nous ont amenées à nous poser les questions suivantes :

- Les femmes françaises utilisent-elles un moyen de contraception adaptée à leur mode de vie ?
- Pourquoi la contraception définitive est-elle aussi peu développée en France ?
- Pourquoi un âge limite de 40 ans en France alors que les études internationales témoignent d'une utilisation de la contraception définitive chez des femmes bien plus jeunes ?

En découle la problématique suivante :

Quel est le parcours de ces femmes qui ont réalisé une contraception définitive par système ESSURE® avant l'âge de 40 ans en Midi-Pyrénées ? Quelles sont leurs motivations ? Quelles difficultés ont-elles rencontrées ?

II. METHODE

A. Le choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative permet d'« explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles ». (12)

« Là où la recherche quantitative s'intéresse au combien (mesurer), la recherche qualitative étudie le comment, le pourquoi (comprendre) » (13)

Le but de notre travail étant de comprendre comment des femmes de moins de 40 ans vivent la réalisation d'une contraception définitive par système ESSURE[®], cette méthode était la plus indiquée.

B. La méthode de recherche bibliographique

Lors de notre recherche bibliographique, nous avons déterminé les mots-clés se rapportant au sujet de notre thèse : ESSURE[®], contraception définitive, stérilisation, âge, parcours, regret, psychologie. Nous les avons ensuite traduit en anglais, qui est la langue scientifique de référence.

Afin de trouver les articles scientifiques se rapportant à notre sujet, nous avons interrogé les moteurs de recherche suivants : PubMed, la Cochrane Library, le Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Google.

La sélection des articles a été faite en fonction de leur pertinence, de leur niveau de preuve et de leur ancienneté.

C. La question de recherche

Notre question de recherche a évolué au cours de notre thèse.

Notre première question de recherche « le parcours des femmes ayant réalisé une contraception définitive par système ESSURE[®] avant l'âge de 40 ans » était trop limitative et imprécise. En effet nous nous interrogeons sur le parcours de ces femmes mais également sur les raisons de leur choix, et leur vécu de la contraception définitive.

Au fil des nos recherches bibliographiques et des entretiens, nous avons donc élargi notre

problématique, pour aboutir à la question suivante : « La contraception définitive par système ESSURE[®] avant 40 ans : une étape de vie ? ».

D. La population cible

Nous avons choisi d'interroger des femmes ayant réalisé une contraception définitive par méthode ESSURE[®] avant l'âge de 40 ans, en Midi-Pyrénées.

Afin d'obtenir une population d'étude la plus diversifiée possible, nous avons, dans un premier temps, contacté, par le biais du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, les médecins généralistes maîtres de stage de Midi-Pyrénées. Nous leur avons adressé par mail deux lettres, une leur étant destinée, la seconde pour leurs patientes, afin de leur exposer notre travail (ANNEXE 1). Nous leur demandions de recruter dans leur patientèle des femmes correspondant à notre population d'étude.

Malgré une relance, seulement quatre médecins nous ont répondu. Ils nous ont ainsi permis de recruter cinq femmes dont quatre ont accepté de nous rencontrer pour un entretien.

Lors de remplacements en Médecine Générale nous avons rencontré une patiente correspondant à nos critères d'inclusion. Cependant, celle-ci n'a jamais répondu à nos sollicitations.

Devant ces difficultés de recrutement, nous nous sommes, dans un second temps, tournées vers deux services de gynécologie obstétrique, l'un dans un hôpital public et l'autre dans une clinique privée. Nous leur avons adressé les mêmes lettres. Ainsi, nous avons pu recruter vingt-quatre patientes dont neuf ont finalement accepté de participer.

Enfin, une jeune interne en Médecine Générale, rencontrée lors d'un remplacement et qui s'était intéressée à notre sujet de thèse, nous a permis de recruter une patiente. Celle-ci a accepté de nous rencontrer.

Les lettres adressées aux médecins et aux patientes ont été validées par notre directeur de thèse le Docteur Thierry BRILLAC et la Commission Recherche du DUMG de Toulouse.

Notre thèse a également reçu l'accord de la Commission Ethique du DUMG (ANNEXE 2).

À la fin des entretiens, nous avons proposé aux femmes ayant participé de leur faire parvenir une synthèse de ce travail de recherche. Toutes ont souhaité la recevoir.

E. Le recueil des données

En méthode qualitative, les données sont verbales. Il convient donc de les enregistrer, avec l'accord du participant afin de les retranscrire en vue de leur analyse. (12)

Le recueil de ces données se fait au cours d'entretiens. Ils peuvent être individuels ou de groupe (aussi appelés focus group). Nous avons ici choisi de réaliser des entretiens individuels (14) plus adaptés à notre sujet.

En effet nous souhaitions connaître les déterminants et les ressentis liés au choix d'une contraception définitive ce qui nous obligeait à entrer dans la vie intime des patientes interrogées. Un entretien individuel, en tête à tête, permettait à ces femmes de se sentir plus à l'aise.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. (14) Pour cela, nous avons rédigé un guide d'entretien reprenant les grands thèmes que nous souhaitions aborder. Il avait pour but d'orienter l'entretien pour faciliter l'expression des femmes interviewées. Il permettait d'interroger les femmes de façon uniforme et reproductible, afin d'effectuer un recueil de données le plus précis possible.

Les thèmes du guide ont été déterminés après étude de la bibliographie sur le sujet. Nous nous sommes intéressées aux déterminants du choix d'une contraception définitive chez des femmes jeunes afin d'évaluer s'il existait des différences avec les femmes plus âgées (15). Nous nous sommes penchées sur le parcours de ces patientes afin de savoir si leur jeune âge était un frein à l'accès à ce type de contraception. Enfin, d'après la littérature, le risque de regret après une contraception définitive étant plus élevé chez des femmes jeunes (16), nous nous sommes interrogées sur le vécu de ces femmes et leur ressenti après réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive.

Afin d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur, nous avons voulu nous approprier des méthodes de communication. Ces méthodes comprenaient plusieurs outils (17):

- poser des questions ouvertes,
- avoir une écoute réflexive, c'est-à-dire proposer une affirmation à l'interlocuteur

qui ne constitue pas une impasse relationnelle mais une hypothèse sur ce qui a voulu être dit. On utilise alors le reflet pour encourager la poursuite de l'élaboration personnelle,

- valoriser de façon adaptée les efforts et les ressources de l'interviewé,
- résumer les propos pour renforcer les éléments de ce qui vient d'être discuté.

Lors des entretiens, nous nous sommes placées en tant qu'intervieweurs. Nous avons dû mettre de côté notre statut de médecin, nos aprioris et ressentis afin de devenir les meilleurs chercheurs possibles. Nous nous sommes mises en retrait, en intervenant le moins possible. C'est le principe de la réflexivité.

C'est également dans le but de favoriser un discours libre de ces femmes que les rencontres se sont déroulées dans un lieu connu choisi par chaque patiente (domicile, lieu de travail, voiture ...), et à un moment de leur choix.

Avant de débiter chaque interview nous leur avons réexpliqué l'objectif de notre travail, la nécessité de l'enregistrement et l'anonymisation des données. Nous leur avons également fait signer un formulaire de consentement (ANNEXE 3).

L'enregistrement s'est fait sur un dictaphone. Nous avons veillé à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler lors de l'entretien.

Tout au long de l'élaboration de notre thèse, nous avons chacune tenu un cahier de bord dans lequel nous notions les différentes étapes de notre travail, les changements effectués, les ressentis, afin de ne perdre aucun élément de notre recherche.

F. Le guide d'entretien

Les thèmes abordés par le guide d'entretien étaient :

- les déterminants de la décision de réalisation d'une contraception définitive par système ESSURE[®]
- les démarches afin d'accéder à une contraception définitive par système ESSURE[®]
- le déroulement de la méthode ESSURE[®]
- les ressentis pendant les démarches et après la réalisation d'une contraception définitive par système ESSURE[®].

A la fin de chaque entretien se trouvait le talon sociologique (ANNEXE 4). Son but était de définir les caractéristiques sociologiques de chaque femme interrogée afin d'obtenir une population d'étude la plus variée possible. Il s'intéressait à :

- l'âge de la patiente au moment de l'entretien et lors de la réalisation de la méthode ESSURE®
- sa situation familiale lors de l'entretien et lors de la réalisation de la méthode ESSURE®
- son niveau d'étude
- sa profession
- son lieu de vie (rural, semi-rural, urbain)
- a-t-elle un médecin traitant ? si oui, pratique-t-il la gynécologie ?
- ses antécédents médicaux, chirurgicaux, allergiques
- ses antécédents obstétricaux (nombre de grossesses, nombre d'enfants, IVG, ITG, fausses couches)
- les moyens de contraception utilisés par le passé.

Le guide d'entretien a été validé par notre directeur de thèse le Docteur Thierry BRILLAC et notre co-directrice de thèse le Docteur Anne FREYENS avant de débiter les interviews.

Les deux premiers entretiens (Entretiens 1 et 2) ont permis d'éprouver le guide et ont conduit à l'ajout des questions sur le déroulement de la méthode ESSURE® et les antécédents allergiques. Il n'a plus été modifié par la suite (ANNEXE 5).

G. La saturation des données

Nous avons arrêté les entretiens lorsque nous sommes arrivées à saturation des données, c'est-à-dire « lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments ». (12)

Le point de saturation de l'échantillon apparaît lorsque tous les moyens possibles pour diversifier la population d'étude ont été utilisés et que les entretiens successifs n'apprennent plus rien de nouveau quant à la problématique de la recherche. Il a un caractère subjectif, qui rend sa définition particulièrement délicate. (18)

H. La retranscription

Les entretiens ont ensuite été retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation, par le chercheur ayant effectué l'interview. L'intégralité de l'enregistrement a été retranscrite par écrit – c'est la retranscription (19)- en y ajoutant des éléments du contexte (ambiance, comportements...) – c'est la contextualisation (14). Ces éléments de contexte ont été notés en italique et entre parenthèses dans le but de bien les identifier (ANNEXE 6).

Afin de garantir l'anonymat des patientes ayant accepté de participer à notre travail, les noms et initiales des personnes et des lieux ont été volontairement modifiés.

Cette retranscription appelée verbatim (19) est la base de l'analyse qualitative. (ANNEXE 7)

I. L'analyse des données

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse longitudinale des données, en analysant les entretiens au fur et à mesure.

Chaque verbatim a été découpé en unité de sens : cette opération est appelée séquençage. Chaque unité de texte correspondait alors à une idée. Puis chaque séquence a été codée : il lui a été attribué un code correspondant à une reformulation de l'idée contenue tout en y intégrant le contexte.

Chaque code a ensuite été inscrit, associé au verbatim auquel il correspondait, dans un tableau Excel. La validation du codage (19) s'est faite à deux par comparaison du séquençage et du codage que chacune avait fait. En cas de découpage différent, nous avons privilégié celui qui était le plus précis et pertinent. La discussion nous a permis de régler la plupart des désaccords. Dans les rares cas où le désaccord a persisté, le code retenu a été celui de celle ayant réalisé l'entretien.

Dans un second temps nous avons réalisé une analyse transversale.

Nous avons regroupé les codes en catégories. Cette étape est également appelée catégorisation (14). Elle permet de mettre en lumière les grandes idées se dégageant de l'ensemble des entretiens.

Dans le tableau Excel, chaque entretien a été associé à une couleur permettant ainsi

d'évaluer l'importance d'une idée par sa répétition. (ANNEXE 8)

Enfin, les catégories ont été classées autour de grands thèmes : c'est la thématisation. Ceci nous a permis de dégager les réponses aux questions posées par notre problématique. Les résultats ne correspondant pas à notre question de recherche ont été écartés.

J. Le travail en binôme

Cette thèse a été réalisée en binôme, du fait du choix d'une méthode qualitative, afin d'augmenter la validité externe des résultats mis en évidence. En effet, l'analyse des données par deux analystes différents et indépendants, permet de limiter au maximum les biais d'interprétation du verbatim et de rester le plus fidèle possible à ce qui a été dit par les personnes interviewées.

Les entretiens ont donc été réalisés en partie par l'une et l'autre, l'analyse s'est faite de façon individuelle puis mise en commun.

III. RESULTATS

Les résultats apportés par les analyses longitudinale et transversale des entretiens s'orientent autour de trois grands thèmes : le vécu de la contraception définitive, le choix d'une contraception définitive par système ESSURE[®] et le parcours jusqu'à la réalisation d'ESSURE[®].

A. Les caractéristiques de la population étudiée

Nous avons réalisé au total quatorze entretiens entre juillet 2014 et novembre 2015, auprès de femmes âgées de 32 à 48 ans, dans la région Midi-Pyrénées.

La saturation des données a été obtenue au cours du 12^{ème} entretien. Le 13^{ème} entretien (entretien F) nous ayant apporté une information nouvelle, nous avons souhaité réaliser une dernière interview pour confirmer la saturation des données.

Nous avons répertorié les entretiens de A à F lorsqu'ils ont été réalisés par Aude BRUN, et numérotés de 1 à 8 lorsqu'ils ont été réalisés par Manon FAVET. Leur durée a varié de 13 à 42 minutes.

Lors de nos interviews, sept des quatorze femmes vivaient en milieu rural, trois en milieu semi-rural, et quatre vivaient en milieu urbain. Quatre d'entre elles étaient divorcées, les autres étaient mariées. Toutes étaient mères d'au moins un enfant. Leur niveau d'étude variait de l'apprentissage à Bac+4.

Elles ont toutes réalisé une contraception par système ESSURE[®] entre 2005 et 2014. Elles avaient alors entre 31 et 39 ans. Seule l'une d'entre elles était divorcée au moment de la réalisation d'ESSURE[®]. (ANNEXE 4)

B. Le vécu de la contraception définitive

Une des idées principales qui ressortaient de nos entretiens était que les femmes étaient toutes sûres de leur choix d'une contraception définitive, même s'il a parfois été difficile à assumer. *« mon choix a été dur psychologiquement, » Entretien B*

Si certaines employaient librement le terme stérilisation, *« Donc quand j'ai pris la décision, je vais le dire de façon abrupte, d'être stérilisée » Entretien 6* d'autres semblaient avoir quelques difficultés avec ce mot et lui préféraient la notion de contraception définitive. *« méthodes de stérilisation... (gênée)... de ... contraception définitive c'est plus joli » Entretien 7*

Les patientes interviewées avaient un certain nombre d'idées préconçues sur la contraception définitive et le système ESSURE®. Il existerait un âge minimum et un nombre minimum d'enfants pour accéder à une contraception définitive. Le système ESSURE® se composerait d'anneaux, et serait réversible, bien qu'il compromettrait les chances d'avoir une grossesse ultérieure.

Elles se sont généralement senties bien informées par les médecins. *« Ah je trouve que j'ai été très très bien informée. » Entretien 8*

Certaines étaient impatientes, *« Ah oui vraiment je l'aurais fait le lendemain s'il pouvait me le faire le lendemain ! » Entretien 2* d'autres ont eu une période plus ou moins longue d'hésitation avant de se lancer dans la réalisation d'une contraception définitive. *« Donc je sais pas j'ai bien du mettre un bon 3-4 ans avant de sauter le pas, de la faire et de me dire bon aller ... » Entretien 4*

Les questions intrusives et les tentatives de dissuasion de la part des médecins ont été mal vécues. *« Moi j'ai trouvé lourd d'avoir à se justifier de ce choix comme si c'était quelque chose de dramatique. » Entretien 6*

Certaines femmes ont été perturbées par les questions relatives à la possibilité de perdre un enfant. Pour elles, un autre enfant ne pourrait pas remplacer un enfant décédé. *« Même si il arrivait quelque chose à l'un des enfants, cela ne va pas me consoler plus d'en avoir un autre ensuite. » Entretien C*

Pour d'autres, cette question aurait soulevé une interrogation sur la possibilité d'avoir un autre enfant pour soigner un enfant malade. *« Vous savez, des fois, on se dit :*

génétiquement, on peut leur apporter de la moelle osseuse, ou le troisième enfant peut sauver la vie d'un deuxième. C'était ça ma question : j'aurais pu avoir un troisième pour sauver la vie génétiquement d'un de mes deux enfants, je l'aurais fait, mais je me dis, après... » Entretien A

Les refus de pratiquer une contraception définitive ont parfois été perçus comme des conseils de réflexion. *« Ma gynéco qui me disait non, c'était plutôt en tant que femme un conseil, un bon conseil même. » Entretien D*

Ils n'ont pas toujours été compris, d'autant plus lorsque la demande de contraception définitive était justifiée par une contre-indication à la grossesse. Ils n'ont cependant jamais eu de répercussion sur la motivation de ces femmes. *« parce que je trouvais ça tellement absurde, que d'un côté on me tiens un discours comme quoi la grossesse est contre-indiquée, et que de l'autre côté on refuse de me ligaturer. (...) J'ai trouvé ça tellement absurde que non, j'ai continué » Entretien E*

La demande d'accord du mari par le chirurgien a été également très mal vécue. La patiente s'est sentie dépossédée de son corps. *« monsieur doit donner son accord : oui ou non, quand tu es mariée. En fait, tu n'es pas libre de ton corps, c'est lui qui décide. » Entretien F*

Le délai légal de réflexion a été jugé nécessaire par certaines, *« je trouve ça normal parce qu'on peut pas, c'est quand même une décision importante si on n'est pas sûre » Entretien 5*

et totalement inutile voire absurde par d'autres. *« Ben ça j'ai trouvé que c'était con. Après je comprends que, je comprends qu'ils aient mis ça en place peut être par rapport à ... mais c'est se protéger de soi-même et c'est un peu bizarre comme logique. » Entretien 6*

Les femmes interrogées reconnaissent avoir eu quelques appréhensions avant de réaliser ESSURE[®]. Ces appréhensions pouvaient être liées à la méthode (corps étrangers, chirurgie), aux conditions de sa réalisation (chirurgien peu connu de la patiente, réalisation à l'hôpital, risque de douleurs), aux risques d'échec de la procédure, et d'effets indésirables à long terme.

Elles n'ont pas toujours trouvé de réponses à leurs interrogations, certaines questions étant parfois restées en suspens par peur du ridicule. *« Je n'avais pas de ... disons il y avait une chose qui paraît peut-être bizarre (rires) mais il y avait une chose, si, après c'est que comme je voyage beaucoup et que c'est quand même du métal est-ce que en traversant les*

contrôles ça va pas me poser un jour des problèmes. » Entretien 1

La réalisation d'ESSURE[®] a été vécue comme parfois longue, parfois rapide. Le ressenti de la douleur pendant et après la mise en place des implants était très variable selon les femmes : de faible, « *L'intervention, par contre, ça fait un peu mal quand même* » Entretien C à atroce. « *c'est atroce comme douleur* » Entretien D Les suites ont été plus ou moins simples selon les patientes.

Certaines ont été surprises du déroulement de la procédure. « *D'abord on nous amène dans un chariot alors qu'on peut marcher donc ça déjà c'est bizarre. Du coup on nous met en position de, alors qu'on n'est pas handicapé* » Entretien 6

La plupart des femmes interviewées ont été satisfaites des conditions de réalisation d'ESSURE[®], mais certaines en gardaient un mauvais souvenir, notamment en ce qui concernait l'accueil et l'accompagnement qu'elles ont reçu ce jour là. « *et franchement, inhumain le mec, inhumain. J'ai trouvé ... affreux.* » Entretien D

Toutes se sentaient satisfaites lors de la réussite d'ESSURE[®]. « *tout va bien c'est génial* » Entretien 5

Lors de ce parcours, elles se sont parfois senties en difficulté du fait du jugement négatif des équipes médicales et/ou de leur entourage. Ils ne semblaient pas tous comprendre les raisons de leur choix, et certains pensaient même que le fait de réaliser une contraception définitive était une excuse pour mener une vie sexuelle débridée. « *Dans ma famille, tout le monde me disait : c'est quoi cette bêtise ? (...) C'est limite : tu es une chienne, tu vas aller te faire sauter ailleurs (patiente énervée).* » Entretien F

D'ailleurs certaines femmes ont déclaré avoir caché leur choix à leur entourage.

Depuis la réalisation d'ESSURE[®] leurs vies, semblait-il, n'avaient pas beaucoup changées. « *Après, rien. Physiquement, absolument rien. Moralement, non plus : on continue à avancer. Non, ça n'a rien changé* » Entretien D

Certaines décrivaient des modifications de leur cycle menstruel, de leur sexualité, de leur corps sans pour autant les relier à la réalisation d'ESSURE[®]. « *Donc je sais pas si c'est lié à ESSURE[®], je ne sais pas si c'est lié à ma vie. Mais je me suis mise en stand-by.* » Entretien 4

La contraception définitive était vécue comme un soulagement, une libération vis-à-vis de la contraception et du risque de grossesse. « *c'était confortable même de penser qu'après je*

pouvais avoir une sexualité sans risque » Entretien 4

Certaines admettaient avoir eu des regrets suite à la réalisation de la méthode ESSURE®. Ces regrets étaient souvent liés au constat que leur fertilité était maintenant terminée et qu'il n'y aurait plus jamais de grossesse, mais se seraient rapidement dissipés. *« J'ai eu un petit regret où, à un moment oui. Parce que je me suis dit ça y est c'est fini tu ne peux plus avoir d'enfant. Voilà ouais. Il y a eu le petit regret quelques temps après mais voilà ça a passé. » Entretien 8*

Les femmes interrogées ont apprécié l'accompagnement proposé par les médecins et leur capacité d'écoute. Elles témoignaient de l'importance de se sentir en confiance avec les médecins rencontrés. *« donc j'ai dit « bon, on va y aller on va croiser les doigts mais je te fais confiance si tu me dis que c'est celui là on fait ça ». » Entretien 5*

Selon elles, la contraception définitive et la méthode ESSURE® ne seraient pas assez développées en France. *« Donc voilà c'est une bonne méthode qui j'espère se développera. Et après je pense qu'elle est peu connue et en tout cas ils en font pas la promotion » Entretien 6*

Certaines en assuraient d'ailleurs la promotion auprès de leur entourage. *« Donc (...) moi je distille sur ESSURE® en expliquant ce procédé. » Entretien 6*

Elles souhaiteraient que les médecins généralistes se préoccupent plus des questions de gynécologie et que les médecins, en général, écoutent plus les demandes de leurs patientes. *« je pense qu'il faut aussi savoir écouter » Entretien 4*

Discuter de leur choix et de leur vécu de la contraception définitive a permis de soulever plusieurs questions chez ces femmes :

- pourquoi serait-ce toujours aux femmes de gérer la contraception ?
- jusqu'où seraient-elles capables d'aller pour la contraception ?
- comment peut-on interdire à une femme d'avoir des enfants ?
- comment peut-on refuser à une femme l'accès à une contraception définitive ?

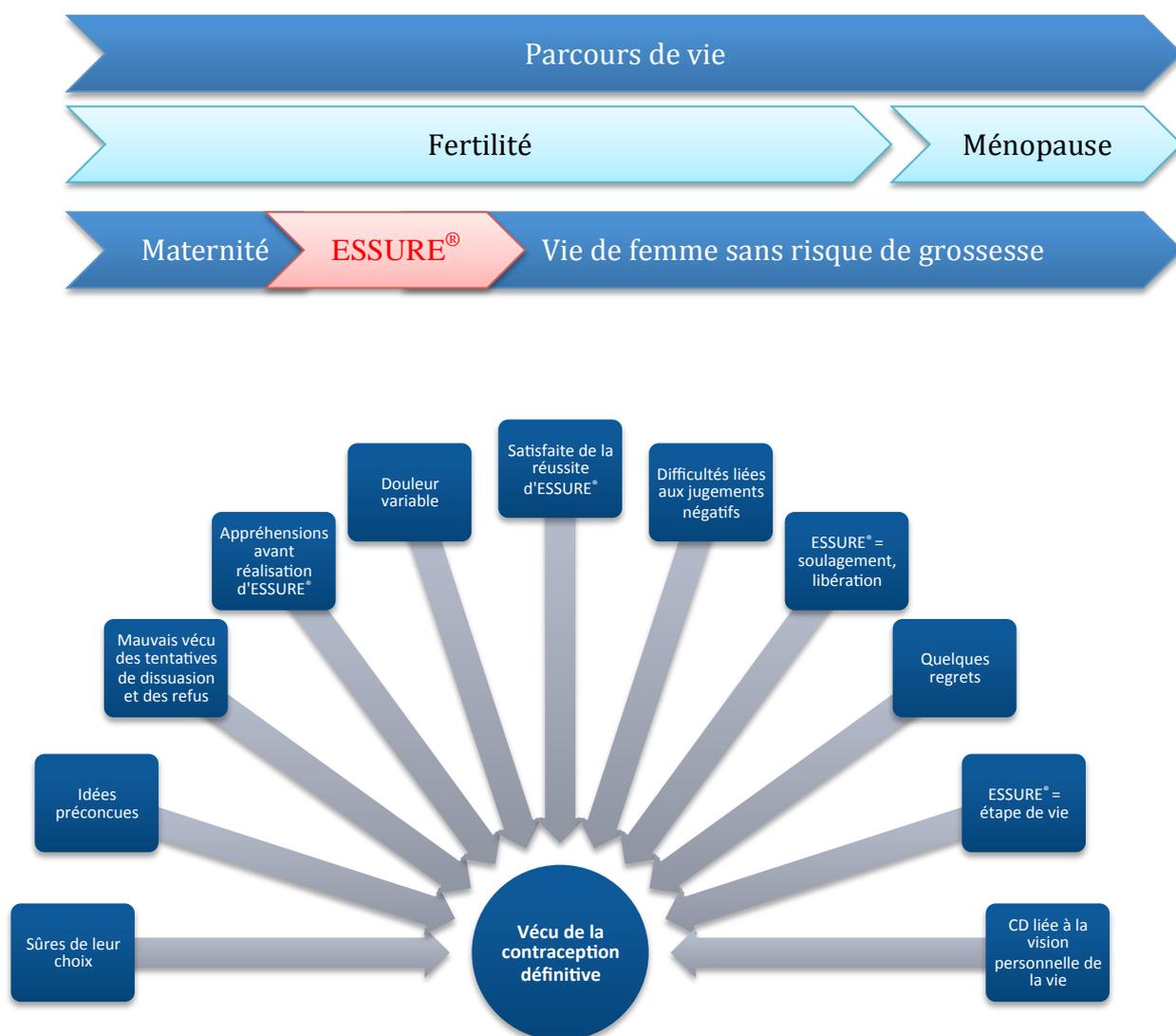
Selon elles, le choix d'une contraception définitive devrait être adapté à chaque femme, en fonction de son parcours et de sa vision de la vie. *« Après, chacun a son ressenti sur la vie*

et le devenir » entretien A, « Je pense qu'il n'y a pas forcément d'âge, qu'il n'y a que suivant le parcours qu'on a. » Entretien F

Le seul impératif serait d'être prête à franchir le pas. « Après, il faut être prête, certainement, dans sa tête, comme pour tout. » Entretien C

La contraception définitive était vécue comme une étape dans la vie d'une femme qui marquait la fin de la fertilité avant sa fin « naturelle » : la ménopause. « C'est peut-être aussi ça que franchement je suis passée à autre chose et je voulais m'assurer à 100% que ça m'arrive pas dans deux ans d'avoir un ... un bébé dans les bras. Mais ça c'est juste personnel, émotionnel, voilà, de ma planification de la vie et tout ça. » Entretien I

« Hors enregistrement : Elle a ajouté : « ESSURE[®], c'est quand même la fin de quelque chose ». » Entretien D



C. Le choix d'une contraception définitive par système ESSURE®

1) Le choix d'une contraception définitive

Ce choix était toujours multifactoriel.

Toutes ont cité comme déterminant du choix d'une contraception définitive, le fait d'avoir déjà des enfants et la certitude de ne plus en vouloir d'autre. « *Je ne voulais pas d'autre enfant. Ça, j'en étais sûre.* » *Entretien 4*

Les difficultés rencontrées lors de l'utilisation des autres moyens de contraception (préservatifs, pilule, dispositif intra-utérin, implant, patch) étaient également un critère important qu'elles évoquaient pour justifier leur choix. Il pouvait s'agir d'une mauvaise tolérance, de l'apparition d'effets indésirables ou de l'existence de contre-indications (CI) à ces moyens de contraception. « *comme je ne supportais absolument aucune contraception* » *Entretien 7*

Une grande majorité des femmes interrogées expliquait être lassée de la contraception en général. « *Et j'avais plus envie de m'embêter avec la contraception.* » *Entretien 4*

La contraception définitive était souvent considérée comme le meilleur moyen de prévenir une grossesse, que celle-ci soit rendue difficile ou contre-indiquée par des antécédents médicaux ou chirurgicaux : « *j'ai une sarcoïdose donc avec le traitement de fond une autre grossesse n'était pas envisageable.* » *Entretien 2*

ou simplement par peur d'une grossesse non désirée et de ses conséquences. « *Et puis il y a eu aussi un épisode où malgré que je faisais attention à chaque fois qu'on faisait l'amour avec mon mari tout ça j'avais peur, j'avais des craintes malgré tout d'être enceinte. Donc il y a un jour j'ai souvenir on était en vacances et mes règles n'arrivaient pas et là...panique à bord et « AHH ! ah non pas ça ! Ah non et je veux pas d'enfant et Ah je vais devoir faire une IVG et non je veux pas, je veux pas vivre ça et je veux pas tuer mon bébé non »* » *Entretien 5*

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux (interruption volontaire de grossesse, chirurgie gynécologique ou grossesse compliquée) justifiaient parfois ce choix.

« *Et après il y a eu Valentin (...). Il s'est avéré donc à terme, (...) bon il était pas viable.* » *Entretien 5*

« Et puis après j'ai eu un polype à l'intérieur. Ça a été fait à l'hôpital X., ils me l'ont enlevé » Entretien 8

L'âge avançant apparaissait comme un argument en faveur de la contraception définitive.

« Les arguments c'est nos âges. J'ai, mon ami a 42 maintenant, moi j'en ai 38, je vais faire 38. C'était y a un an et demi » Entretien 6

Dans certains cas, la stérilisation apparaissait comme la seule solution possible. *« Je l'ai fait, en étant d'accord, parce que je n'avais pas le choix. » Entretien B*

Le choix de réaliser une contraception définitive était souvent lié à la situation familiale de la patiente.

Si certaines choisissaient ESSURE® du fait d'une situation familiale stable et épanouissante *« ça se passe très bien, on a notre équilibre tous les quatre » Entretien C*

d'autres se tournaient vers cette solution en raison de difficultés de couple. *« Je sentais qu'on était au bord du divorce, (...) Et le temps que je prenne la résolution de dire : stop, ça suffit. Du coup, je me suis faite opérer avant de dire stop » Entretien F*

D'une façon plus générale, le choix de ce type de contraception était lié à la conception que la femme se faisait de la famille idéale, *« Parce que on avait décidé de ne plus avoir d'enfants. Voilà, notre truc, c'était deux enfants. » Entretien A*

de sa conception du rôle de parents, *« Mais après quand ils ont un certain âge on réfléchit aussi à leur avenir. On regarde comment ça se passe dans le monde pour eux et on se dit c'est bien joli de faire des enfants mais faut les élever, les éduquer et tout, alors du coup voilà. Pas de troisième. » Entretien 8*

de ce que représentait pour elle un nouvel enfant, *« Donc je ne voulais pas être piégée non plus : avoir un enfant pour avoir un enfant et me retrouver comme une imbécile coincée à la maison et me dire : tu ne divorces pas » Entretien F*

de sa conception de la maternité. *« Moi j'avais pas une dimension maternelle débordante donc j'ai eu deux enfants » Entretien 4,*

« C'est que moi quand j'étais gamine et jeune femme je voulais pas avoir des enfants. C'était pas dans ma, je suis pas une maman par ... (...) tout ça moi ça m'intéressait pas. Après je voulais avoir des enfants parce que ça fait partie de la vie et je suis très heureuse. » Entretien 1

La décision de réaliser une contraception définitive était également liée aux expériences

passées de la grossesse, de l'accouchement, parfois de l'interruption volontaire de grossesse. *« Après j'ai pas eu de bonnes grossesses. J'ai pas du tout trouvé ça épanouissant. (...)Et le dernier accouchement a été une tragédie personnelle. » Entretien 4*

La contraception définitive apparaissait pour certaines femmes comme le moyen de mettre la maternité définitivement de côté, afin de pouvoir développer de nouveaux projets de vie. *« en fait mettre ma vie professionnelle de côté. C'est bien de la mettre quand les enfants sont petits, mais ... pas indéfiniment. » Entretien 3*

Il s'agissait toujours d'un choix réfléchi. *« c'était pas un coup de tête, c'était mûrement réfléchi. » Entretien D*

2) Le choix de la méthode ESSURE[®]

Le système ESSURE[®] était identifié comme un moyen de contraception comme les autres. *« C'est un mode de contraception » Entretien 6*

Sa fiabilité était mise en avant par ces femmes comme un déterminant de leur choix. *« le côté sûr, elle m'a dit « y a vraiment aucun risque t'inquiètes pas » » Entretien 5*

Le choix de la méthode ESSURE[®], en opposition à la ligature de trompes, plus ancienne, était lié aux conditions de sa réalisation :

- Sans anesthésie générale, *« et ça m'intéressait parce que du coup y avait pas d'anesthésie » Entretien 6*
- En ambulatoire, *« Que c'est quelque chose qui se fait sur la demi journée » Entretien 1*
- Simple et rapide, *« Il m'a dit vraiment c'est simple » Entretien 4*
- Avec des suites opératoires simples. *« La méthode ESSURE[®] me permettait d'avoir rien, de pouvoir retourner travailler le lendemain. » Entretien 2*

La méthode ESSURE[®] était considérée comme une meilleure méthode que la ligature des trompes. *« La ligature de trompes, je n'avais pas de bon retour d'il y a des années de ça, des amies de ma mère qui se l'étaient fait faire : il y a eu des complications. » Entretien F*

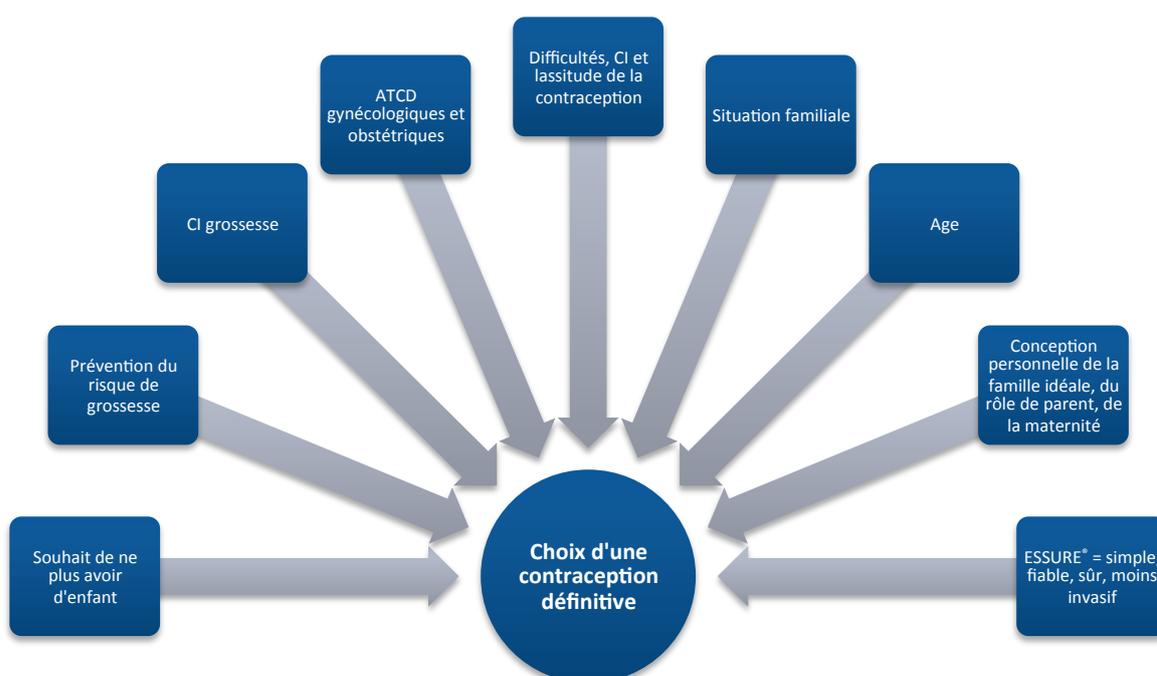
Elle était désignée comme une méthode moins invasive et plus naturelle. *« moins traumatisant pour le corps » Entretien 6*

« Voilà c'est ce qui me paraissait pour le coup le plus naturel entre guillemets parce que bon ça l'est quand même pas » Entretien 2

Les implants du système ESSURE® étaient perçus comme des corps étrangers plus faciles à accepter que le dispositif intra-utérin. « J'ai dit ... le stérilet, il m'avait fait une prescription, mais j'étais pas allée le mettre (...) Et pourtant on m'a mis deux implants. Mais ça, ça me va par contre » Entretien A

Les femmes interviewées ont souvent discuté de la contraception définitive au sein de leur couple, « On en avait parlé avec mon mari » Entretien 8 mais ont choisi de la réaliser elles-mêmes, soit parce qu'elles se sentaient plus concernées par la contraception, soit par refus de la vasectomie par leur mari, soit parce qu'ESSURE® apparaissait comme la meilleure méthode. « Elle m'avait dit « bon après ce qui peut être sympa, proposez à votre mari de faire ce qu'il faut ». Donc je lui en ai parlé, mais il était pas très très chaud. » Entretien 5

Le choix s'est parfois porté sur le système ESSURE® par absence d'information sur les autres techniques de contraception définitive. « Pourquoi avoir choisi la méthode ESSURE® plutôt qu'une autre méthode de contraception définitive comme par exemple la ligature des trompes ? Parce qu'on ne m'a informé que de celle-là. » Entretien B



D. Le parcours vers ESSURE®

Les sources d'information sur la contraception définitive et la méthode ESSURE® citées par les femmes interrogées étaient leur entourage (amies, famille), les médias (télévision, internet), et les médecins (généraliste, gynécologue, chirurgien).

Elles ont fait part de leur souhait de réaliser une contraception définitive soit à leur gynécologue habituel, soit à leur médecin généraliste, soit à un chirurgien recommandé par leur entourage.

Si certaines femmes n'ont eu aucune difficulté à accéder à leur demande, « *Elle m'a donné le nom de son médecin que j'ai été voir directement et qui lui a accepté de le faire avec moi.* » *Entretien 4* d'autres ont du multiplier les consultations avant de trouver un chirurgien acceptant de réaliser une contraception définitive. « *Donc, j'avais moi un gynécologue, j'en ai vu deux autres, et ensuite je suis revenue vers mon médecin traitant : « ils ne veulent pas ». » Entretien E*

Cette difficulté était expliquée soit par le fait que la méthode ESSURE® n'était pas pratiquée par tous les gynécologues, « *Et ben oui puisque moi mon gynécologue ne pratique pas du tout cette méthode là* » *Entretien 2*, soit parce qu'ils refusaient simplement d'accéder à leur demande. « *Moi je cherchais et j'avais fait plusieurs gynécos après Nathan et personne ne voulait me le faire quoi...* » *Entretien 7*

De plus, de nombreuses femmes ont été confrontées à des tentatives de dissuasion de la part des médecins de pratiquer une contraception définitive, du fait de leur âge, de la possibilité de refaire leur vie ou de l'éventualité de la perte d'un enfant. « *Elle m'a essayé de convaincre qu'il fallait pas le faire. (rires) (...) Elle m'a demandé : "Pourquoi vous voulez faire ? Quel âge vous avez ? Vous avez deux enfants, vous êtes sûre vous voulez pas une troisième ?" Et elle m'a posé les questions comme "si jamais vos enfants ont un accident, ils sont morts et que vous voulez un autre enfant comment vous allez faire ?", des questions comme ça. Et "vous êtes trop jeune, pfff réfléchissez encore. Attendez encore. Là vous avez appris la méthode attendez encore un an."* » *Entretien 1*

Parfois l'appui des médecins (généraliste ou spécialiste) a été nécessaire à l'obtention d'une contraception définitive. « *j'avais fait faire une attestation à mon dermato pour qu'elle le donne à mon gynéco.* » *Entretien 6*

L'accord du mari était indispensable pour certains chirurgiens « *Et donc après j'étais été soumise au protocole, où monsieur doit donner son acquiescement et tout ça* » Entretien F, alors que pour d'autres non. « *Il m'a envoyé bouler que l'avis de mon ami ben on s'en moque un peu.* » Entretien 6.

L'accord du chirurgien était principalement conditionné par la détermination de la patiente et son parcours de vie. « *Et vu tous les antécédents que j'avais de la contraception plus tout ce qui m'arrivait dans ma vie perso, lui il n'a fait aucune objection.* » Entretien F

Les connaissances sur la durée et les modalités du délai de réflexion légal semblaient assez limitées pour les patientes comme pour les médecins. « *Parce que il fallait qu'il y ait une période de trois mois entre la première information et la réalisation. Et normalement apparemment ça doit être la personne qui fait euh... la chirurgie c'est elle qui doit donner l'information et donc... Dans la tête à elle à Eva c'était Eva, mon médecin général, c'était elle qui avait donné l'information et il y avait six mois qui s'étaient écoulés entre les deux. Mais entre l'entretien avec la chirurgienne et la réalisation il y avait que un mois donc l'anesthésiste euh quand je l'ai rencontré une semaine avant n'a pas voulu le faire.* » Entretien 1.

La réalisation d'ESSURE[®] était programmée et a eu lieu en ambulatoire, au bloc gynécologique, avec ou sans anesthésie selon les femmes, pendant les règles et par voie naturelle. Certaines patientes ont pu assister à la mise en place des implants via des caméras. D'autres ont bénéficié d'une réalisation d'ESSURE[®] en musique.

La mise en place d'ESSURE[®] a parfois été difficile. « *voilà après la pause a pas été évidente, pour passer le col, un peu de difficultés à monter tout ça, donc il a fallu s'y reprendre à plusieurs reprises on va dire.* » Entretien 5

L'échec de l'introduction des implants a entraîné une grossesse non désirée aboutissant à une interruption volontaire de grossesse. « *Y a un coté il n' y a pas eu de soucis. Le deuxième bon il a pas trouvé parce qu'il y avait pas mal de petits kystes autour. Et donc on devait le refaire faire et ... La première fois j'ai du annuler l'opération parce que je travaillais. (petit silence) Et entre temps je suis tombée enceinte.* » Entretien 3

La visite de contrôle visant à s'assurer de la réussite d'ESSURE[®] n'a pas toujours été

réalisée, souvent par manque d'information de la patiente. *« Non, je ne crois pas. Je ne crois pas y être retournée. C'était avant, plutôt, qu'il y avait des rendez-vous, mais après, non. » Entretien C*

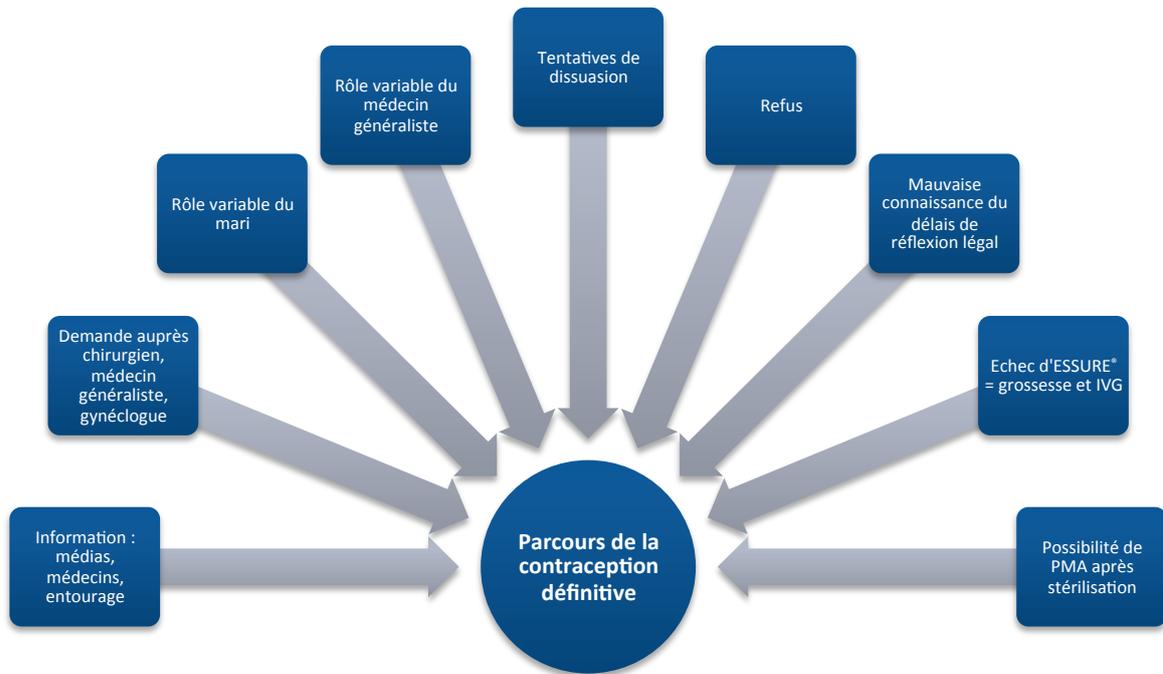
Le coût de l'intervention représentait une difficulté pour certaines patientes. *« Le médecin était en secteur 2 donc non remb...enfin avec des honoraires dépassés. » Entretien 4*

La durée du parcours entre la première demande de contraception définitive et sa réalisation variait selon les femmes, de deux mois à trois ans.

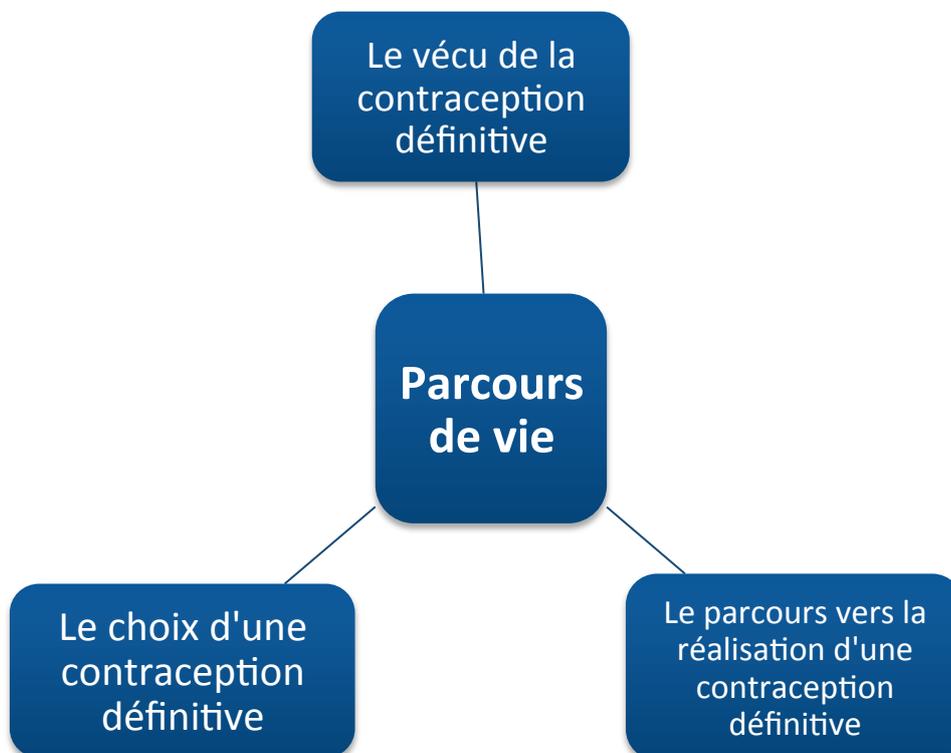
Si pour certaines patientes le médecin généraliste était à l'initiative de la procédure, pour beaucoup, il n'a eu aucune place. En effet, selon elles, la gynécologie ne ferait pas partie des domaines de compétences de la Médecine Générale. *« c'est plutôt le gynécologue qui va donner cette solution là ou apporter cette solution là à quelqu'un qu'un généraliste. » Entretien A*

A l'extrême, une femme se serait vue refuser l'accès à la contraception définitive par son médecin généraliste au motif qu'il serait dans la nature des femmes d'avoir des enfants. *« Il me disait : non, non, non, t'es une femme, t'es faite pour avoir des enfants, et la nature t'a faite comme ça. Il me l'a dit comme ça : la nature t'a faite comme ça, il faut que tu restes comme ça. » Entretien F*

Bien qu'informées du caractère définitif et irréversible d'ESSURE[®], des patientes nous ont rapporté qu'il existerait des possibilités d'accéder aux méthodes de procréation médicalement assistée (PMA) après avoir pratiqué une contraception définitive. *« Hors enregistrement : la patiente me confie que le chirurgien lui aurait dit qu'avec cette méthode de toute façon si elle voulait un autre enfant elle pouvait aller en Belgique pour se faire inséminer. La loi française ne l'autoriserait pas mais dans certains pays il serait possible de pratiquer une insémination ou une implantation chez des femmes ayant fait une méthode ESSURE[®] » Entretien 2*



Le vécu de la contraception définitive, le choix et les difficultés rencontrées lors du parcours étaient toujours conditionnés par le parcours de vie de chaque femme (ses expériences passées, sa situation actuelle, ses convictions personnelles).



IV. DISCUSSION

A. A propos de l'étude

1) Les forces de l'étude

Cette étude a pour originalité d'aborder un thème peu étudié dans la littérature : le vécu de la contraception définitive chez des femmes jeunes. Elle a donc un caractère exploratoire et novateur.

L'approche qualitative, qui favorise les échanges avec les femmes interrogées, a permis un recueil de données riche et diversifié.

Afin d'obtenir une population d'étude la plus variée et représentative nous avons effectué un recrutement rigoureux, dans des milieux différents (ambulatoire, hospitalier privé et public, ville, campagne).

La diversité de l'échantillonnage, le croisement des données des différents entretiens et la confrontation de nos résultats aux données de la bibliographie nous permettent de vérifier la validité externe de notre étude. L'étude de cette transférabilité permet d'avancer qu'au delà de l'unicité de la situation observée, les résultats obtenus pourraient être ressemblants dans des contextes similaires.(20)

2) Les limites de l'étude

✓ **Liées au recrutement des participantes**

Pour des raisons d'organisation pratique, nous avons fait le choix de nous adresser à des femmes résidant en Midi-Pyrénées. Cependant, le critère de l'origine géographique des participantes n'a pas été retenu comme un critère limitatif de l'étude.

Comme dans la plupart des études qualitatives, les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat, créant dès lors nécessairement un biais. En effet, les patientes que nous avons rencontrées sont celles qui ont accepté de nous consacrer du temps. Elles étaient

probablement plus intéressées par le sujet de la contraception définitive que celles qui ont refusé de nous recevoir.

Concernant la population de l'étude, nous pouvons regretter que malgré nos recherches, nous n'ayons pas réussi à interroger une patiente nullipare. Ceci peut s'expliquer par le fait que la contraception définitive chez les nullipares reste un phénomène rare. En effet, même si la contraception définitive est en théorie accessible pour toutes « les femmes majeures en âge de procréer » (21), en pratique, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) recommande « de n'envisager la stérilisation chez les femmes nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution » en raison d'un risque de regret plus important.(21)

✓ Liées aux chercheurs

Tout au long de notre travail nous avons essayé de garder une attitude la plus neutre possible. Nous nous sommes placées en tant que chercheurs et avons utilisé le principe de réflexivité. Malgré cela, il est impossible d'affirmer que nous n'avons influencé en aucune façon les réponses des femmes interviewées.

Cependant, le fait que ce travail soit réalisé en binôme, et que les entretiens aient été réalisés par deux interviewers différents tendrait à limiter ce biais.

Bien que nous ayons essayé le plus possible de faire oublier notre profession aux femmes que nous avons rencontrées, il est arrivé qu'elles nous placent dans la position de « médecin » plutôt que dans celle de « chercheur ». *« J'avais des règles très disparates, plein de problèmes qui ne se sont pas résolus à la pose des ESSURE®. Enfin, à mon avis, ce n'est pas lié à ça, c'est moi, je ne sais pas. Je ne sais pas comment on peut résoudre ça, mais c'est vraiment embêtant. J'ai pratiquement les règles trois semaines par mois. Vous croyez que c'est lié ? » Entretien C.*

✓ Liées au sujet

La contraception définitive, comme la contraception en général, est un sujet délicat qui touche à la vie intime des femmes. Celles qui ont accepté de nous rencontrer ont également accepté de partager avec nous une partie de leur vire privée. Malgré tout, on peut se

demander si par crainte du jugement ou par pudeur, elles n'auraient pas modifié la véracité de certaines de leurs réponses.

B. A propos des résultats.

1) Le vécu de la contraception définitive

L'originalité de notre étude réside dans le fait d'étudier le vécu de ces femmes ayant réalisé une contraception définitive avant 40 ans. La méthodologie qualitative nous a permis de dégager des idées non soulevées par les études plus classiques.

✓ **Les appréhensions des patientes avant ESSURE®**

Lors des entretiens les femmes interrogées nous ont fait part de leurs appréhensions avant la réalisation d'ESSURE®. Si certaines étaient liées aux conditions de réalisation de la méthode ESSURE® (hospitalisation, chirurgien peu connu ...), d'autres étaient liées aux risques d'échec et d'effets indésirables à long terme.

Le taux d'échec de la méthode ESSURE® est très faible (1 à 6% selon une étude descriptive réalisée en 2015 au CHU de Besançon). (22)

Les effets indésirables à long terme décrits par la US Food and Drug Administration sont : la survenue d'une grossesse inattendue, y compris des grossesses ectopiques, des douleurs pelviennes chroniques, la migration des implants dans l'abdomen, la perforation utérine ou des trompes de Fallope, une réaction allergique au nickel. (23) Ces effets secondaires sembleraient être peu fréquents, bien que peu d'études aient été réalisées sur le sujet.

Il semblerait donc nécessaire de rassurer les femmes avant la réalisation d'ESSURE® quant au faible risque d'échec ou d'effets indésirables.

✓ **La douleur lors de la réalisation d'ESSURE®**

Notre étude retrouvait une douleur durant la réalisation d'ESSURE® très variable selon les femmes, allant de faible à « atroce ». Une étude prospective publiée en 2015, cotait la douleur ressentie en moyenne à 3,1/10. (24)

Les femmes interviewées relient souvent cette douleur aux difficultés rencontrées par le chirurgien lors de la pose des implants. Parfois elles l'associaient aux difficultés

psychologiques à accepter la réalisation d'une contraception définitive, voire à une « punition divine » de vouloir mettre fin à sa fertilité.

Notre étude tendrait à montrer un lien entre le niveau de douleur ressenti par les patientes lors de la réalisation d'ESSURE[®], et leur volonté première de réaliser cette procédure. Ceci nécessiterait d'être étudié dans une autre recherche qualitative.

✓ **Les tentatives de dissuasion et les refus de pratiquer une contraception définitive**

Les patientes nous ont rapporté avoir mal vécu les tentatives de dissuasion, les questions intrusives et les refus des médecins. Elles avaient toutes mûrement réfléchi leur décision, et leur choix d'une contraception définitive était toujours argumenté. Ce choix était notamment lié à leur vécu, à leur conception de la vie de femme et de mère.

Les questions des médecins semblent s'appuyer sur les données scientifiques de la littérature. En effet de nombreuses études réalisées sur le regret et la demande de reperméabilisation suite à une contraception définitive montrent que le risque de regret serait plus important en cas de perte d'un enfant ou du conjoint, ou de séparation du couple. (25) Ces questions sembleraient donc être pertinentes.

On remarquait dans notre étude que lorsque la demande de contraception définitive était formulée auprès d'un médecin qui connaissait bien la patiente et son passé, ces questions n'émergeaient pas, et la demande de la patiente était acceptée plus facilement.

Il semblerait donc que la demande de contraception définitive était mieux entendue et comprise lorsque le parcours et le contexte de vie de la patiente étaient connus du médecin. Il serait donc plus constructif de s'attacher au vécu de chaque patiente lorsqu'elles demandent une contraception définitive. Les réponses aux questions soulevées par les médecins découleraient directement des convictions personnelles et du passé de chacune d'entre elles.

✓ **Les jugements négatifs**

Lors de nos entretiens, plusieurs femmes se sont senties jugées négativement par les équipes soignantes ou par leur entourage.

Leur famille et amis semblaient associer le choix d'une contraception définitive à « une folie ». Plusieurs femmes gardaient un mauvais souvenir de l'accueil et de l'accompagnement qu'elles avaient reçu le jour de la réalisation de la méthode ESSURE®. Les équipes soignantes (médecins, infirmières) semblaient chercher une explication négative ou dramatique au choix d'une contraception définitive.

De plus, certaines femmes avaient des difficultés à utiliser le terme « stérilisation », lui préférant la notion de « contraception définitive ».

Il semblerait que la contraception définitive ait une image négative chez les médecins comme dans la population générale. Ceci serait un frein à son développement en France. Hors la contraception définitive est un moyen de contraception comme les autres. Lorsque son indication est bien posée, elle est une solution efficace et pérenne pour ces femmes.

Il semblerait donc important d'améliorer la formation et l'information des soignants et du public afin de mieux accompagner ces patientes sans les juger.

✓ **La vie depuis ESSURE®**

La contraception définitive était décrite par les femmes interviewées comme un soulagement, une libération vis-à-vis d'une contraception jugée trop contraignante, ou d'un risque de grossesse non désirée.

Quelques patientes de notre étude ont exprimé des regrets suite à la réalisation d'ESSURE®. Selon une étude prospective française publiée en 2014, le taux de regrets suite à la réalisation d'ESSURE® est un événement rare (5,5% des patientes). Seulement 2,3% des femmes ont consulté pour envisager une nouvelle grossesse, mais aucune n'est finalement allée au bout de la démarche. (26)

Toutes les patientes ont souligné la nécessité d'être prête avant de se lancer dans la réalisation d'une contraception définitive. Elles ont insisté sur le fait que le mode de contraception était un choix personnel et réfléchi.

Tout comme dans une étude menée aux USA en 2009, les femmes souhaiteraient être plus autonomes quant au choix de la contraception. (27)

Toutes ont apprécié les capacités d'écoute des médecins rencontrés et ont insisté sur le fait qu'il était primordial de se sentir en confiance avec les médecins consultés. Certaines ont formulé le souhait que les médecins écoutent plus leurs patients en général.

✓ **ESSURE® = une étape de la vie**

Il ressort de notre étude que la contraception définitive par système ESSURE® semblerait marquer le début d'une étape de vie nouvelle. Elle marquerait la fin d'une période de vie centrée sur la maternité, avant sa fin naturelle qui est la ménopause. Les femmes interrogées se sentaient prêtes à « passer à autre chose », à développer de nouveaux projets professionnels ou personnels, à passer dans une ère différente de vie.

2) Le choix d'une contraception définitive par système ESSURE®

✓ **Le choix d'une contraception définitive**

L'enquête multicentrique rétrospective ESTHYME, qui étudiait le vécu des femmes après réalisation d'une stérilisation tubaire par micro-implants par voie hystéroscopique, entre 2002 et 2006, montrait que les deux principales motivations de ces femmes étaient l'absence définitive de désir d'enfant (38%) et une intolérance aux contraceptions réversibles (34%). (28)

Dans la thèse de M. Haudebourg, traitant des motivations des femmes de plus de 40 ans réalisant une stérilisation tubaire par voie hystéroscopique, le choix de la contraception définitive était motivé par une mauvaise tolérance aux contraceptions présentes et passées (46%), un souhait de ne plus se préoccuper de la contraception (22%), une contre-indication aux autres contraceptions ou à la grossesse (12 et 2%).

Dans notre étude, la motivation principale d'une demande de contraception définitive chez les femmes avant 40 ans était le souhait de ne plus avoir d'enfant. Si les soucis liés à la

contraception et les contre-indications aux contraceptifs et à la grossesse étaient des déterminants à ce choix, celui-ci semblait surtout guidé par leur style de vie et leurs projets de vie.

Notre travail semblerait donc mettre en avant un élément nouveau : les femmes jeunes choisissent une contraception définitive du fait de leur parcours de vie et de leurs convictions personnelles, c'est-à-dire en fonction de leur situation familiale, de leur conception de la famille idéale, du rôle de parent, de la maternité, de ce que représentait pour elles un enfant. Elles s'appuient aussi sur leurs expériences passées de la grossesse et de la maternité.

Une étude qualitative américaine publiée en 2009, s'intéressant aux raisons du choix d'une contraception définitive et aux barrières rencontrées par ces femmes, mettait en avant le fait que ces patientes (âge moyen 35 ans) souhaitaient une contraception définitive car elles avaient « atteint la taille de leur famille idéale ». Des difficultés familiales, ou dans l'éducation des enfants étaient également des arguments en faveur d'une contraception définitive. (27)

Une étude cas-témoins réalisée en 2006 aux Etats-Unis, démontrait que le risque de regret après stérilisation tubaire était directement corrélé au nombre idéal d'enfants souhaité par ces patientes (ce risque étant plus élevé lorsque ce nombre est supérieur au nombre réel d'enfants). (29)

Notre étude ajouterait donc un aspect psychologique et personnel aux déterminants du choix d'une contraception définitive chez les femmes avant 40 ans : le parcours de vie de chacune de ces femmes et leurs convictions personnelles.

✓ **Le choix de la méthode ESSURE®**

Les femmes que nous avons interrogées ont expliqué s'être tournées vers la méthode ESSURE® en raison de ses conditions de réalisation, de sa fiabilité, de son caractère moins invasif et plus naturel que la ligature des trompes.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude qualitative réalisée en 2015 auprès de patientes et de gynécologues obstétriciens, aux Etats-Unis. Celle-ci a mis en évidence le fait que pour les patientes les méthodes non chirurgicales de contraception définitive étaient moins invasives, moins risquées du fait de l'absence d'anesthésie, moins douloureuses, et permettant une reprise rapide de leurs activités quotidiennes. (30)

Dans la thèse de M. Romero, traitant des freins à la contraception définitive en Médecine Générale en 2014, en France, plus de 50% des médecins interrogés recommandaient la méthode ESSURE[®] car elle était identifiée comme une intervention moins traumatisante, plus confortable pour la patiente, et qui représentait un gain de temps. (31)

Une revue de littérature réalisée entre 2000 et 2012 et traitant de l'efficacité clinique, des effets secondaires et des contre-indications de la stérilisation féminine, mettait en avant le fait que les méthodes trans-cervicales de stérilisation permettaient de réduire le temps d'hospitalisation et un retour rapide aux activités quotidiennes, avec de faibles douleurs post-opératoires comparativement aux méthodes chirurgicales. (32)

Enfin, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, de la Haute Autorité de Santé (HAS) a attribué en 2012 un élargissement des indications de la méthode ESSURE[®] du fait d'une « amélioration du service attendu importante (ASAI) par rapport à la ligature des trompes par coelioscopie. » (9)

Certaines femmes nous ont rapporté s'être tournées vers ESSURE[®] en l'absence d'information sur les autres méthodes de contraception définitive. Ceci peut s'expliquer par le fait que la méthode ESSURE[®] est une méthode efficace, de réalisation rapide avec un taux de réussite et de satisfaction élevés (94 à 99% de réussite de pose, 97% de contrôle radiologique satisfaisant et 89,2% de patientes satisfaites selon une étude réalisée en 2015 au CHU de Besançon). Sa réalisation ambulatoire permet, de plus, de diminuer le coût de la méthode et de l'hospitalisation. (22)

ESSURE[®] semblerait donc, de par sa fiabilité, sa simplicité d'exécution et sa sécurité, être devenue la méthode de référence pour la contraception définitive.

3) Le parcours vers ESSURE[®]

✓ **L'information**

On retrouve dans notre bibliographie deux principales sources d'information pour les patientes : les médecins (74%) et les médias (14%) (28). Notre étude proposerait une troisième source d'information : l'entourage familial et amical de ces femmes.

Bien qu'elles se soient majoritairement senties bien informées, nous avons pu constater que

les connaissances tant des patientes que des médecins concernant les modalités légales de la réalisation d'ESSURE[®] étaient approximatives.

Un rapport de l'HAS concernant « l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », publié en 2013, soulignait un réel manque d'information des patientes et des médecins concernant la contraception définitive (33).

L'étude ESTHYME montre que seule une femme sur trois connaît la loi autorisant la stérilisation des personnes. (28)

La thèse de M. Romero, met en évidence que si les médecins généralistes reconnaissent la contraception définitive comme un moyen de contraception efficace, il existe un manque évident de connaissances concernant les recommandations et le cadre légal de la stérilisation. (31) Ainsi, la loi du 4 juillet 2001 est estimée ne pas être connue par 69.6% des médecins répondants. Les conditions pour bénéficier d'une contraception définitive sont connues par 23.7% des médecins. Le rôle du conjoint est connu à 33.1%, le délai de réflexion à 32.2%. Les médecins généralistes connaissant réellement la loi et ayant obtenu 3 points au questionnaire sont 15.1%. Enfin, le taux de remboursement de la méthode ESSURE[®] n'est connu que par 10.7% des médecins généralistes.

Hors l'information des patientes est un enjeu primordial en matière de contraception et conditionnerait la réussite d'une contraception définitive. En effet, de nombreuses études au niveau international, ont démontré que le manque d'information sur l'irréversibilité de la méthode et sur les autres moyens de contraception était un facteur de risque important de regret après la réalisation d'une stérilisation et de demande de perméabilisation. (16)

Il semblerait donc important que tout les médecins soient mieux formés et informés sur ces méthodes afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes et d'éviter le risque de regret.

✓ **La demande de contraception définitive**

Dans notre étude, nous avons pu constaté que les réactions des médecins face à une demande de contraception définitive chez une patiente âgée de moins de 40 ans étaient multiples : accord immédiat, tentatives de dissuasion, refus catégorique, demande de réflexion ...

L'étude française ESTHYME réalisée en 2007, et une étude américaine de 2009 s'intéressant aux facteurs décisionnels des médecins devant une demande de contraception

définitive s'accordent sur le fait qu'une majorité de médecins entendent et acceptent la demande de contraception définitive (83% en France, 91% aux USA). Quelques médecins refusent d'accéder à la demande de la patiente et l'adressent à un confrère (9% en France, 7% aux USA). Une minorité de médecins refusent la réalisation d'une contraception définitive et obligent la patiente à trouver elle-même un nouvel interlocuteur (2% aux USA). (28)(25)

Les patientes interviewées nous ont rapporté que ces refus ou tentatives de dissuasion étaient motivées par leur âge, la possibilité de perdre un enfant, ou de refaire leur vie.

Ces réactions semblent s'appuyer sur les recommandations actuelles en matière de contraception définitive. En effet, l'arrêté du 31 octobre 2012 qui encadre l'utilisation du système ESSURE[®] précise que le choix de la technique de contraception définitive doit être fait en fonction de l'âge de la patiente, la parité, l'âge du dernier enfant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple, et le moment de la demande. (11)

De nombreuses publications sur les déterminants du risque de regret après la réalisation d'une contraception définitive ont permis de mettre en évidence que le jeune âge de la patiente, une mauvaise entente dans le couple et le refus de la contraception définitive par le mari pouvaient être des facteurs justifiant une demande de reperméabilisation. (16)

On ne trouve jamais d'âge seuil en dessous duquel ce risque serait plus important (de 26 à 40 ans selon les études).

Selon une étude réalisée en 2013, en Loire Atlantique, 16,1% des médecins interrogés reconnaissent refuser systématiquement de réaliser une stérilisation à visée contraceptive chez une femme avant 35 ans. (34)

Un rapport de l'HAS datant de 2013 soulignait pourtant que « l'âge n'est pas un indicateur aussi discriminant de la vie affective et sexuelle des femmes et donc de leurs besoins contraceptifs. » (33)

Au final, notre étude rapporte que l'accord du chirurgien était principalement conditionné par la détermination de la patiente et son parcours de vie.

On pourrait donc proposer aux médecins pratiquant la méthode ESSURE[®] de s'intéresser principalement à ces deux critères avant de donner ou non leur accord.

✓ **La place du conjoint**

La place de l'accord du conjoint dans notre étude était différente selon les chirurgiens. Si pour certains il n'avait aucune importance, d'autres exigeaient jusqu'à son accord écrit.

Hors, les recommandations de l'HAS sur le sujet indiquent que « la responsabilité du choix de la stérilisation relève de la seule personne concernée par l'intervention » mais qu' « il lui est possible, si il (elle) le désire, d'associer sa (son) partenaire. »

Elles précisent également que seul le consentement de l'individu demandant une contraception définitive doit être recueilli. (7)

La place laissée au conjoint dans le choix de la contraception définitive dépend de la volonté de chaque femme. Chacune devrait avoir le choix de l'associer ou non aux démarches, sans que ce soit un argument justifiant le refus d'accéder à une contraception définitive.

✓ **La place du médecin généraliste**

Dans notre étude le rôle du médecin généraliste était très variable selon les patientes. Pour certaines femmes il était à l'initiative de la procédure. Pour d'autres il n'a eu aucune place. La gynécologie n'est pas toujours identifiée par les patientes comme un domaine de compétence de la Médecine Générale.

L'HAS fait le même constat : la contraception n'a été, pendant longtemps, que le domaine des gynécologues. (33)

Pourtant, comme le souligne l'HAS, « avec l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.), les questions de contraception sont de fait de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste. » (33)

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié et de confiance pour ces femmes. Il est au cœur de leur vie personnelle et familiale.

Il semblerait donc qu'il soit le plus indiqué pour repérer les femmes pouvant bénéficier d'une contraception définitive. Comme elles l'ont exprimé lors de nos entretiens, elles souhaiteraient qu'ils s'investissent plus dans la contraception.

✓ **L'aide médicale à la procréation après réalisation d'une contraception définitive**

Au cours de nos entretiens, des patientes nous ont fait part de la possibilité d'avoir recours à la procréation médicalement assistée suite à une contraception définitive.

Les recommandations du ministère de la santé française soulignent l'irréversibilité des méthodes de stérilisation mais mentionnent que « dans certains cas, le recours à la fécondation in vitro est possible ». (8)

Les indications françaises de la fécondation in vitro sont, entre autres, la stérilité tubaire, et « l'azoospermie par obstruction acquise post-vasectomie » (35). Les techniques de reperméabilisation tubaire étant lourdes, difficiles et d'issue incertaine, la fécondation in vitro se pose comme alternative à ces méthodes. (36)

Les recommandations françaises (8) viseraient donc à limiter le risque de regret post-stérilisation en limitant les accès aux techniques de stérilisation notamment pour les femmes avant 40 ans. D'un autre côté, elles autorisent que des moyens médicaux lourds soient utilisés pour permettre une nouvelle grossesse chez des patient(e)s ayant eux(elles)-mêmes décidé de mettre fin à leur fertilité. (36)

Cette situation nous semble paradoxale. N'aurait-on pas intérêt à insister sur l'information des patientes sur les techniques réversibles et irréversibles de contraception ? Ne devrait-on pas se reposer sur des entretiens individuels afin de proposer à chaque femme une contraception qui lui soit adaptée, et ainsi éviter l'utilisation de méthodes complexes et coûteuses afin de permettre une nouvelle grossesse après stérilisation ?

V. CONCLUSION

Malgré une large utilisation des méthodes contraceptives en France, il semblerait qu'elles ne soient pas suffisamment adaptées au besoin de chaque femme ; En témoigne le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

La contraception définitive reste peu développée en France et semble réservée aux femmes après l'âge de 40 ans, ce qui n'est pas le cas dans le reste du monde. La méthode ESSURE[®] étant une méthode fiable, simple d'exécution et sûre, elle pourrait permettre un développement de la contraception définitive.

Nous nous sommes donc intéressées au parcours des femmes ayant réalisé une contraception définitive par méthode ESSURE[®] avant l'âge de 40 ans, en Midi-Pyrénées. Nous souhaitons connaître le profil de ces femmes, leur parcours et leur vécu afin de mieux cibler celles qui pourraient y avoir recours, et de mieux les accompagner dans leur démarche. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de quatorze femmes s'appuyant sur des entretiens individuels semi-dirigés.

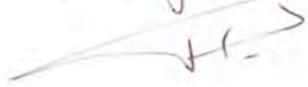
La réalisation de la contraception définitive, les raisons de son choix et son vécu étaient étroitement liés au parcours de vie de chacune de ces femmes et à leurs convictions personnelles. Une relation médecin-patiente basée sur l'écoute et la confiance permettait une meilleure compréhension des mises en garde des médecins, et acceptation de la procédure.

Nous avons de plus, mis en avant, le manque de formation et d'information des médecins et des femmes concernant la contraception définitive. La stérilisation à visée contraceptive semble pâtir d'une image négative tant chez les médecins que dans la population générale. Il semblerait donc important d'améliorer la formation des soignants concernant ces méthodes et de développer l'information des patients. Ceci permettrait de mieux cibler les femmes souhaitant réaliser une contraception définitive, et de diminuer le risque de regret après stérilisation.

Le médecin généraliste semble encore trop peu investi dans la prise en charge contraceptive des patientes. En tant que médecin de premier recours, au plus près de la vie et de l'intimité de ces femmes, il semble pourtant être le plus indiqué pour repérer celles qui pourraient bénéficier de ces méthodes. Son réseau professionnel de proximité lui permettrait de mieux orienter ces patientes et de les accompagner tout au long de la procédure.

Enfin, la contraception définitive chez les femmes jeunes semble marquer une nouvelle étape de vie. Elle serait la transition entre une vie tournée vers la maternité et le développement d'autres projets personnels ou professionnels, libres du risque de grossesse non désirée. « ESSURE[®], c'est quand même la fin de quelque chose. » (Entretien D)

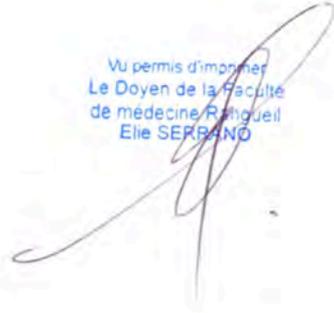
Vu le Président du Jury
P. Leguevaque



PR. P. LEGUEVAQUE - CHIRURGIE
1 avenue Irène Joliot-Curie
IUCT-O
31059 TOULOUSE CEDEX 9
RPPS 10002915873 - Finess 31 078 2347
Tél. 05 31 15 53 69 - Fax 05 31 15 53 23

Toulouse, le 08.03.2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine, R. Rigueil
Elie SERBANO



VI. RÉFÉRENCES

1. JORF, loi relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 de la santé publique [Internet]. 67-1176 décembre, 1967 p. 12861. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880754
2. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? INPES; 2011 Oct.
3. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes Résultats Dir Rech Études Lévaluation Stat. 2015 juillet;(0924).
4. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. Le contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Société. 2012 Sep;(492).
5. World contraceptive patterns 2013 [Internet]. United Nations, Department of economic and social affairs, Population division; 2013. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
6. Denhier V. Le vécu de la stérilisation tubaire [Thèse d'exercice]. [France]; 1997.
7. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme, fiche mémo. Haute Autorité de Santé; 2013.
8. Stérilisation à visée contraception, livret d'information [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2007. Available from: www.sante.gouv.fr
9. Avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, conclusions concernant ESSURE dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2012 mai [cited 2016 Feb 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf
10. Code de la santé publique - Article L2123-1. Code de la santé publique, 2001-588 juillet, 2001.
11. Arrêté du 31 octobre 2012 relatif aux conditions de prises en charge du dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure de la société Conceptus SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. AFSS1238412A Nov 8, 2012 p. 17491.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
13. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? Bibliomed Anal Cent Doc UNAFORMEC. 2003 février;(294).

14. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'“Acteur” à “Interdépendance.” *Exercer*. 2009;20(87):74–9.
15. Haudebourg M. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique chez les femmes de plus de 40 ans: quelle motivation pour ces femmes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2010.
16. Moseman P, Robinson RD, Wright Bates Jr. G, Propst AM. Identifying women who will request sterilization reversal in a military population. *Contraception*. 2006;(73):512–5.
17. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions. 2013. 448 p.
18. Sauvayre R. Romy Sauvayre, Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Dunod. 2013. 144 p.
19. Letrillat L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de “Maladie” à “Verbatim.” *Exercer*. 2009;20(88):106–12.
20. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. *Rech Qual*. 2009;28:133–48.
21. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. 2004 décembre p. ANAES. Available from: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
22. Rufenacht E, Roesch M, Courjon M, Maillet R, Ramanah R, Riethmuller D. Évaluation de la satisfaction après stérilisation tubaire par voie hystéroscopique sans anesthésie. À propos d'une étude au CHU de Besançon. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2015 Feb;43(2):176–80.
23. US Food and Drug Administration. Essure Permanent Birth Control - Essure Benefits and Risks [Internet]. Available from: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/EssurePermanentBirthControl/ucm452250.htm>
24. Sakinci M, Aksu T, Kuru O, Ozekinci M, Sanhal C. Essure microinsert hysteroscopic tubal sterilization: eight-years follow-up results. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(1):72–8.
25. Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Factors influencing physicians' advice about female sterilization in USA: a national survey. *Hum Reprod*. 2011 Jan 1;26(1):106–11.

26. Legendre G, Varoux M, Nazac A, Fernandez H. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2014 May;43(5):387–92.
27. Borrero S, Nikolajski C, Rodriguez KL, Creinin MD, Arnold RM, Ibrahim SA. “Everything I know I learned from my mother...or not”. Perspectives of african-american and white women on decisions about tubal sterilization. *J Gen Intern Med.* 2009 Mar;(24):312–9.
28. Scarabin C, Dhainaut C. The ESTHYME study. Women’s satisfaction after hysteroscopic sterilization (Essure micro-insert). A retrospective multicenter survey. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2007 Nov;35(11):1123–8.
29. Carvalho LEC de, Cecatti JG, Osis MJD, Sousa MH de. Ideal number of children and regret after tubal ligation in a cohort of women. *Rev Assoc Médica Bras* 1992. 2006 Oct;52(5):293–7.
30. Harrington EK, Gordon D, Osgood-Roach I, Jensen JT, Aengst J. Conceptualizing risk and effectiveness: a qualitative study of women’s and providers’ perceptions of nonsurgical female permanent contraception -. Elsevier Inc. 2015 aout;92:128–34.
31. Romero M, Brillac T. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. [S.l.]: s.n.; 2014.
32. Gizzo S, Bertocco A, Saccardi C, Di Gangi S, Litta PS, D’antona D, et al. Female sterilization: Update on clinical efficacy, side effects and contraindications. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2014 Oct;23(5):261–70.
33. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l’accès et au choix d’une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 avril [cited 2016 Feb 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
34. Thébault-Le Rohellec C. Prise en charge d’une demande de contraception définitive en médecine générale: comment accompagner les patientes ? [Thèse d’exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
35. Evaluation de la fécondation in vitro avec micromanipulation (intracytoplasmic sperm injection (ICSI)) [Internet]. Haute Autorité de Santé; [cited 2016 Feb 4]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_icsi.pdf
36. Anastomose tubo-tubaire par coelioscopie ou laparotomie. Rapport d’évaluation technique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2008 juin [cited 2016 Feb 4]. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008->

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Lettres adressées aux médecins généralistes et aux patientes

Toulouse, le

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, nous avons décidé de réaliser notre travail de thèse sur le vécu de la stérilisation tubaire par système ESSURE[®] chez les femmes âgées de moins de 40 ans. Ce travail de recherche, validé par le DUMG de Toulouse, est réalisé en binôme, et dirigé par le Dr Thierry Brillac.

La méthode de recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens semi-dirigés sur ce thème avec des femmes ayant réalisé une stérilisation tubaire par système ESSURE[®] avant l'âge de 40 ans. Dans l'objectif de recruter un échantillon le plus varié possible sur la région Midi-Pyrénées, nous souhaiterions pouvoir interviewer deux de vos patientes correspondant à ces critères.

Les entretiens dureront environ vingt minutes à une heure et se dérouleront le plus souvent au domicile des patientes ou tout autre lieu de leur choix à l'heure et au jour de leur convenance.

Ces entretiens seront enregistrés, retranscrits et analysés.

Nous vous contacterons pour choisir deux de vos patientes ayant une histoire et un profil différents.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement ou toute question concernant notre travail de recherche aux coordonnées mentionnées dans l'entête.

Nous vous joignons la lettre destinée aux patientes qui seront d'accord pour participer, pour que vous puissiez la leur remettre en les prévenant que nous allons les contacter.

Comptant sur votre participation et vous en remerciant très sincèrement par avance, nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Aude BRUN et Manon FAVET

Toulouse, le

Madame,

Nous nous permettons de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin, afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de notre travail de thèse.

En effet, actuellement en fin d'étude de médecine générale, nous avons choisi de réaliser notre travail de thèse sur le parcours des femmes de moins de 40 ans ayant réalisé une contraception définitive par système ESSURE®.

Dans ce cadre, nous réalisons des entretiens dans la région Midi-Pyrénées. Ces entretiens seront enregistrés, puis anonymisés et analysés pour garantir la confidentialité des informations recueillies par les patientes qui auront la gentillesse de participer.

L'interview sera réalisée par l'une de nous, à votre domicile ou tout autre lieu de votre choix. Sa durée sera variable de vingt minutes à une heure. Nous conviendrons ensemble de l'heure et du jour du rendez vous.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute précision ou question concernant notre travail et le déroulement des entretiens.

Vous remerciant très sincèrement par avance de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Aude BRUN et Manon FAVET

Annexe 2 : Accord de la Commission éthique



**Commission Ethique du Département de Médecine
Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom BRUN Aude / FAVET Manon
Qualité, chercheurs
Adresse, 5 rue de l'occitanie A707 31750 Escalquens
Courriel brun.aude@orange.fr
Numéro de téléphone 0786755705

Renseignements concernant le promoteur :

Nom BRILLAC Thierry
Qualité Directeur de la recherche (thèse)
Adresse 98 route de Blagnac 31200 Toulouse
Courriel thierry.brillac@dumg-toulouse.fr
Numéro de téléphone 0561574242

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Contraception définitive par système ESSURE® avant l'âge de 40 ans : une étape de vie ?

Caractéristiques de la recherche : soins primaires OUI

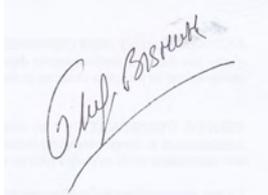
Domaine de l'étude Médecine générale
Méthodologie de l'étude Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés individuels
Population concernée Femmes volontaires ayant réalisé ESSURE® avant l'âge de 40 ans.
Durée de l'étude : 2 ans

Résumé de la recherche :

Thèse de médecine générale étudiant le parcours et le vécu des femmes ayant réalisé une contraception définitive par système ESSURE® avant l'âge de 40 ans. Réalisée par entretiens semi-dirigés individuels enregistrés puis retranscrits et anonymisés après accord écrit de la patiente

AVIS DE LA COMMISSION

Avis favorable le 28.02.2016



Annexe 3 : Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussignée _____ accepte de donner mon consentement pour participer à cette étude. Je reconnais avoir été informée de ses modalités et avoir pu poser les questions de mon choix.

Fait à _____, le _____

Je soussignée Aude BRUN / Manon FAVET certifie avoir obtenu le consentement libre et éclairé de Mme _____. Je l'ai informée des modalités de l'entretien, notamment de son enregistrement et m'engage à respecter son anonymat. Elle a été informée de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Fait à _____, le _____

Annexe 4 : Talon sociologique

entretien	E1	E2	E3	E4
milieu de vie	rural	rural	urbain	semi rural
age	38 ans	39 ans	39ans	48 ans
situation familiale actuelle	mariée depuis 12 ans, 2 enfants (12 et 8ans)	mariée 2 enfants	mariée 2 enfatns	divorcée 2 enfants
situation familiale lors essure	mariée depuis 12 ans, 2 enfants	mariée 2 enfants	mariée 2 enfants	mariée 2 enfants
niveau d'études	bac+4 en sciences environnementales	BTS (bac+2)	bac	bac+3
profession	gérante d'entreprise (cacao)	factrice	interimaire televente	infirmière en psychiatrie
année et age d'essure	2013 (37 ans)	2014 (39 ans)	2013 (38 ans)	2005 (39 ans)
GxPx	G2P2	G3P2(FCS)	G3P2	G3P2
contraception passée	pilule	pilule	pilule, implant, stérilet hormonal	pilule, stérilet
antécédents	chirurgie myopie	sarcoïdose avec erythème noueux, chirurgie dents sagesse, kyste synovial	kystes ovariens	spondylarthrite ankylosante, salpingite
médecin traitant faisant de la gynéco	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas

entretien	EA	EB	E5	E6	EC
milieu de vie	urbain	semi rural	rural	urbain	semi rural
age	38 ans	40 ans	40 ans	37 ans	36 ans
situation familiale actuelle	mariée 2 enfants	mariee 2 enfants	divorcée, en couple 2 enfants	marie 2 enfants	mariée 2 enfants
situation familiale lors essure	mariée 2 enfants	mariée 2 enfants	divorcée, en couple 2 enfants	mariée 2 enfants	mariée 2 enfants
niveau d'études	bac+2	BTS comptabilité	BTS (bac+2)	bac+4 (sciences politiques)	bac+2
profession	manager	comptable	agent à la poste	attachée territoriale, ressources humains CG	commerçante
année et age d'essure	2013 (37ans)	2014 (39 ans)	2014 (39 ans)	2013 (36ans)	2014 (35ans)
GxPx	G2P2	G2P2	G5P3	G1P1	G2P2
contraception passée	pilule	pilule	pilule stérilet	preservatifs, pilule	pilule sterilet cuivre et hormonal
antécédents	0	chirurgie rachis	0	SAPHO	lupus
médecin traitant faisant de la gynéco	non		oui	oui	non

entretien	ED	EE	E7	EF	E8
milieu de vie	urbain	urbain	rural	rural	rural
age	36 ans	32 ans	37 ans	39 ans	41 ans
situation familiale actuelle	divorcée 2 enfants	2 enfants	mariée 3 enfants	divorcée 1 enfant	mariée 2 enfants
situation familiale lors essure	mariée 2 enfants	2 enfants	mariée 3 enfants	mariée 1 enfant	mariée 2 enfants
niveau d'études	BTS	licence histoire (bac+3)	bac+2	bac+3	apprentissage dans la vente
profession	perceuse, tatoueuse, prothesiste ongulaire	?	adjoint administratif dans un hôpital	agentd'accueil et secrétaire de mairie	femme au foyer
année et age d'essure	35 ans	2014 (31ans)	2014 (36 ans)	38 ans	2014 (39 ans)
GxPx	G2P2	G3P2	G5P3	G1P1	G4P2
contraception passée	preservatifs pilule	pilule	piule, stérilet cuivre et horonal	préservatif pilule stérilet cuivre et hormonal	préservatif, pilule stérilet
antécédents	0	insuffisance cardiaque	0	0	0
médecin traitant faisant de la gynéco	non	oui	ne sait pas	oui	oui

Annexe 5 : Guide d'entretien final

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de me recevoir. Dans le cadre de notre travail de thèse, ma collègue et moi-même nous intéressons à votre expérience concernant la méthode ESSURE®.

Je vais enregistrer avec votre accord votre témoignage, qui restera anonyme.

Les questions que je vais vous poser sont là pour orienter notre entretien. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est votre vécu.

Si vous le permettez je commence l'enregistrement :

1) Pouvez vous me dire ce qui vous a poussé à choisir la méthode de contraception définitive par système ESSURE® ?

- Quelles étaient les raisons qui vous ont conduit à vous orienter vers la contraception définitive ?
- Pouvez-vous m'expliquer ce qui a aiguillé votre choix vers la méthode ESSURE® plutôt qu'une autre (comme la ligature des trompes par exemple) ?
- Aviez-vous des appréhensions, des peurs ?
- Qu'avez-vous pensé des informations qui vous ont été données ?

2) Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulé votre parcours de la première fois où vous avez entendu parler de cette méthode jusqu'à sa réalisation ?

- Quelle a été la place de votre médecin généraliste ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- Avez vous essuyé des refus ? Quelles en ont été les conséquences ?
- Comment avez vous vécu l'attente de la chirurgie ?

3) Pouvez vous me décrire comment s'est passée la mise en place d'ESSURE® ?

4) Pouvez-vous me décrire votre vie depuis la réalisation de la méthode ESSURE® ?

- Pouvez-vous me dire comment vous vous sentez depuis, dans votre vie sentimentale ? dans votre vie sexuelle ? dans votre corps ?
- Vous sentez-vous pleinement satisfaite par cette méthode ?

- Avez-vous depuis éprouvé des regrets ?

5) Talon sociologique :

- quel est votre âge ?

- quelle est votre situation familiale actuelle ? et lors de la chirurgie ?

- quel est votre niveau d'études ?

- quelle est votre profession ?

- lieux de vie (rural, semi-rural, urbain),

- votre médecin généraliste pratique-t-il de la gynécologie ?

- en quelle année avez-vous réalisé la méthode ESSURE® ? Quel âge aviez-vous ?

- combien de grossesses avez-vous eu ? Combien d'enfants ? Avez-vous eu des fausses couches, IVG, IMG ?

- quels moyens de contraception avez vous utilisés par le passé ?

- avez vous des antécédents médicaux, chirurgicaux particuliers ? des allergies ?

6) Pensez-vous que nous avons tout abordé ? Avez-vous envie d'ajouter quelque chose ?

Je vous remercie de m'avoir consacré votre temps, et d'avoir répondu à mes questions.

Souhaitez vous connaître les conclusions de notre travail lorsqu'il sera terminé ?

Annexe 6 : Exemple de contexte d'énonciation, extrait de l'entretien 3

Entretien réalisé chez la patiente dans la cuisine, les enfants sont à l'école, autour d'un café et d'un verre d'eau. La patiente semble un peu stressée par l'entretien. Tout au long de l'entretien j'ai eu du mal à la faire parler, il a fallu la relancer très souvent.

Pouvez-vous me dire ce qui vous a poussée à choisir une méthode de contraception définitive par ESSURE® ?

Ben tout simplement parce que la pilule me provoquait des triglycérides dans le sang, je ne supporte pas le stérilet ça me provoque des hémorragies, j'ai essayé l'implant j'ai pris 14 kg en un an, et les patchs le problème c'est que je ne supporte pas certains types de colles. Je risquais de faire des allergies. Comme je suis allergique à pas mal de, enfin à des trucs qui sont...anodins que les gens n'ont pas forcément ben voilà. Donc du coup il ne restait plus que la contraception définitive puisque je ne voulais plus d'enfant.

Vous ne vouliez plus du tout d'enfants ?

Ben disons que, j'ai deux filles. J'ai un mari qui est routier, qui n'est pas là de la semaine. Je suis toute seule. Je me voyais pas euh ... élever un troisième enfant dans ces conditions où euh ... je préfère tout apporter à mes deux filles que moi être obligée d'arrêter de travailler pour pouvoir avoir un troisième enfant. En fait mettre ma vie professionnelle de côté. C'est bien de la mettre quand les enfants sont petits mais ... pas indéfiniment.

Vous ne vous sentiez pas du tout de tout arrêter pour vos enfants ?

(sonnerie du téléphone de la patiente) Non *(sourire)* Je l'ai fait pendant un moment et je ne voulais pas le faire plus.

Et du coup est ce que vous pouvez m'expliquer ce qui a aiguillé votre choix plutôt vers la méthode ESSURE® ...

(ne me laisse pas le temps de finir la question) C'est mon gynécologue. Il m'a dit "écoutez on peut passer par la méthode ESSURE® qui est une méthode par voie naturelle, qui permettrait de faire exactement la même chose que la ligature des trompes mais par voie naturelle". J'ai dit "ben pourquoi pas ... autant tester cette manière".

Annexe 7 : Extrait d'un entretien, entretien F

Entretien réalisé au domicile de la patiente, le soir après son travail, devant un thé.

Après avoir expliqué les modalités de notre entretien avec la patiente, elle commence avant que je ne lui aie posé de questions.

Je suis Claire Morel. Je ferais 40 ans le ** janvier (*on est le 24 novembre*). J'ai décidé de me faire stériliser il y a un an et demi. J'avais de gros soucis au niveau de la contraception. Première contraception, j'étais sous pilule. J'avais arrêté après mon accouchement, parce que je ne la supportais pas bien : règles douloureuses, abondantes, pas super. Donc il m'avait conseillé le stérilet sans règles. En fait, je ne l'ai pas supporté jusqu'à la fin : six mois avant, j'ai eu d'énormes pertes de cheveux, enfin bon, les contre-indications du MIRENA[®]. Donc vite il me l'a enlevé. Du coup j'ai développé une dégénérescence du cheveu, bon, ça a un peu mal tourné. Je suis allée voir un spécialiste, maintenant je suis sous traitement hormonal. Et il m'a mis un stérilet au cuivre. Que je n'ai pas du tout supporté. Et entre temps, ça allait très mal dans mon couple. Donc je ne voulais pas être piégée non plus : avoir un enfant pour avoir un enfant et me retrouver comme une imbécile coincée à la maison et me dire : tu ne divorces pas. Et donc je lui en ai parlé, et je lui ai demandé si il pouvait m'abrégé ça, parce que du coup, il me disait : plus de contraception vu que tu ne supportes plus rien, donc préservatifs. Et mon mari ne voulait pas, donc c'était compliqué. Nos relations devenaient de plus en plus tendues. Et donc après j'ai été soumise au protocole, où monsieur doit donner son acquiescement et tout ça. Bon, moi je lui ai mis un peu de pression. Je lui ai dit : si tu ne dis pas « oui », tu dégages. Mais bon, à la fin, il a dégagé quand-même. Et le gynécologue a très bien compris. Parce qu'il m'a dit : « tu n'as qu'un enfant, ce serait dommage ; tu n'as pas 40 ans, tu ne sais pas si tu ne vas pas refaire ta vie, justement par rapport à tout ce qui t'arrives. » Mais dans ma tête c'est clair : vu la grossesse que j'ai eue. Enfin, la grossesse s'est très bien passée, mais c'est l'après grossesse qui s'est très mal passé. Louise n'a pas dormie pendant 4 ans, donc entre 10 et 15 fois levée la nuit. Donc pas envie du tout d'avoir un autre enfant, ni avec lui, ni avec un autre, ni avec personne. Ça c'était clair dans ma tête. Et voilà, pas envie de me faire piéger pour ça. Donc du coup, ça a été très clair. Et puis il a signé les papiers. Et puis il y a une réflexion de trois mois. Et c'était toujours aussi clair. Donc voilà, ça s'est fait comme ça. Et une confiance aveugle en mon gynécologue qui était de très bon conseil, qui m'a expliqué comment ça se passait l'intervention, qui m'a super bien accompagnée le jour de l'intervention, et après l'intervention aussi. Parce qu'il me disait : « tu sais, psychologiquement, après l'intervention, il y en a, des fois, c'est compliqué. » Moi, je

pense que c'était tellement ancré en moi que ça n'a pas été ... C'était une évidence.

Vous me disiez que votre mari a du remplir quelque chose ?

En fait, il y a un protocole à remplir, et monsieur doit donner son accord : oui ou non, quand tu es mariée. En fait, tu n'es pas libre de ton corps, c'est lui qui décide. Il y a le gynécologue aussi qui a son mot à dire, dans le sens où si jamais il n'est pas d'accord, il peut ne pas le faire. Et vu tous les antécédents que j'avais de la contraception plus tout ce qui m'arrivait dans ma vie perso, lui il n'a fait aucune objection. Mais c'est vrai que tu as des documents à remplir, que lui il doit remplir, avec autorisation de ton mari. Un truc de fou.

Le gynécologue qui vous a fait ESSURE® est celui qui vous suit d'habitude ?

Oui, tout à fait.

Pourquoi avoir choisit ESSURE® plutôt qu'une autre méthode de contraception définitive ?

Je ne sais pas. Ça m'a été proposé ça. La ligature de trompes, je n'avais pas de bon retour d'il y a des années de ça, des amies de ma mère qui se l'étaient fait faire : il y a eu de complications. Lui, il m'a proposé ça, je me suis dit : oui, pourquoi pas ? Ça a l'air ... Après, il n'y a aucune intervention sans danger. Et au moins, c'est définitif, tu es tranquille. Tu as un truc en toi, effectivement, un corps étranger, mais au moins tu es tranquille. Et c'est vrai que chirurgicalement, de ce que j'avais vu des copines de ma mère, ça avait été très dur, très lourd. Alors que là, je suis rentrée, je suis sortie.

Pouvez-vous me raconter la réalisation d' ESSURE® ?

C'est ambulatoire. Tu rentres le matin, ils te font l'intervention dans la matinée, voire début d'après-midi, tu sors le soir. Et c'est indolore. Ils te font une micro-anesthésie, parce que tu n'es pas dans le cigare complet, tu es complètement consciente. Enfin, lors de l'intervention, oui, parce que moi, j'ai choisit l'anesthésie générale, mais ils peuvent te le faire en local aussi. Ma meilleure amie, elle se l'est fait faire en local, mais finalement ils ne lui ont pas fait d'anesthésie, elle se l'est fait faire à vif. Donc elle par contre, elle en a

bavé, elle a eu très mal. Et moi, rien, je n'ai rien senti. Et rien après, rien du tout. Après, tu as une phase de contrôle. C'est-à-dire que pendant (*réfléchis*) ... je crois que c'est un mois, ou peut-être plus, il faut faire attention au niveau de la contraception, parce que tu dois faire un contrôle, tu dois faire une écho qui contrôle que sur chaque trompe, tu dois avoir trois points qui doivent être mis en place, et si ce n'est pas mis en place, effectivement, tu prends des risques. Dès que c'est contrôlé et que c'est bon, ... voilà.

Annexe 8 : Extrait du tableau d'analyse

sequences 2	sequences 1	CODE 1	VERBATIM	E1	E2	E3	E4
	Déjà deux enfants	deux enfants c'est suffisant	... et comme j'ai deux enfants déjà, 9 et 12, ça me suffit largement P1				
Choix d'une CD car multi-parité		deuxième argument : deux enfants					
		a déjà deux enfants					
						ben disons, j'ai deux filles P1	
		"deux enfants c'est déjà énorme"					je crois que j'ai déjà eu deux enfants c'était déjà énorme P6
		deux enfants c'est bien					
		déjà deux enfants					
		deux enfants c'est déjà bien					
	Déjà trois enfants	Patiente a déjà 3 enfants					
		A déjà 3 beaux enfants					
	choix plus difficile si pas d'enfant	décision de CD aurait été plus difficile si n'avait pas eu d'enfant					
Choix d'une CD selon la conception de la famille idéale	pas plus de deux enfants	patiente n'avait pas envie d'avoir plus de deux enfants					et c'était clair que je n'avais pas envie d'avoir plus de deux enfants P6
							Moi j'en ai fait deux ça me suffisait et j'étais claire avec ça. P7
		ne veut pas de troisième enfant					
	deux enfants = choix couple	décision du couple de n'avoir que deux enfants					
		troisième argument : couple pas calibré pour plus de 2 enfants					
		Deux enfants = choix du couple					
	notion culturelle famille 3 enfants	Notion culturelle de la famille à 3 enfants en France	<i>l'idée de la famille à 3 enfants, et de faire un troisième enfant sur le tard est typiquement française. En Allemagne les femmes ont un ou deux enfants mais les familles de trois enfants ou plus sont rares.</i> P5				
	pas besoin de plusieurs enfants	N'a pas besoin de plusieurs enfants pour s'épanouir					
		Patiente a fait le choix d'avoir deux enfants malgré les risques pour sa santé.					

Aude BRUN, Manon FAVET

2016 TOU3 1025/1026

La contraception définitive par système ESSURE® avant 40 ans : une étape de vie ?

Toulouse, le 29 mars 2016

La contraception définitive reste peu développée en France. Objectif: Etudier le parcours des femmes ayant réalisé une contraception définitive par système ESSURE® avant 40 ans, les déterminants de leur choix et leur vécu afin de mieux cibler et accompagner les femmes qui pourraient en bénéficier. Méthode: Une étude qualitative par entretiens individuels, semi-directifs, avec analyse thématique, a été menée auprès de quatorze femmes en Midi-Pyrénées de juillet 2014 à novembre 2015. Résultats et Discussion: Le choix et le vécu de la contraception définitive dépendent du parcours de vie (passé, convictions personnelles) de chaque femme. Il existe un manque d'information des médecins et du public sur les méthodes de contraception définitive. Le médecin généraliste reste trop peu impliqué. La contraception définitive chez ces femmes jeunes marque une nouvelle étape de vie, libre du risque de grossesse non désirée et permettant le développement de nouveaux projets.

Discipline administrative: MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés: étude qualitative, contraception définitive, méthode ESSURE®, femmes avant 40 ans.

Université Toulouse III - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 - France

Directeur de thèse: Docteur Thierry BRILLAC, **Co-directrice:** Docteur Anne FREYENS

Definitive contraception with ESSURE® device before 40 years : a step in life ?

Definitive contraception is underdeveloped in France. Objective: To study the approach of women who hosted tubal sterilization with ESSURE® device before the age of 40, reasons of their choice, and their experience in order to better target and accompany women who could benefit of it. Method: A qualitative study, with individuals/semi-directives interviews and thematic analysis, has been performed in Midi-Pyrénées on fourteen women from July 2014 to November 2015. Results and discussion: Tubal sterilization choice and experience depend from life background (past, personal beliefs) of each woman. Doctors and public are missing information about methods of definitive contraception. The General Practitioner is still not involved enough. Definitive contraception on young women highlights a new step in life, free from unwanted pregnancy risk, allowing the development of new projects.

Keywords: qualitative study, definitive contraception, tubal sterilization, ESSURE® device, young women
