

Année 2023

2023TOU31148

2023TOU31149

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse
par

Juliette GEORGE

Léa MAGAUD

Le 13 novembre 2023

L'ACCÈS À LA STÉRILISATION TUBAIRE : UN PARCOURS DIFFICILE POUR LES FEMMES ? ÉTUDE QUALITATIVE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Directrice de thèse : Pr Anne FREYENS

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Président

Madame le Professeur Anne FREYENS

Assesseur

Madame le Docteur Margaux GAILLARD

Assesseur

Madame le Docteur Cécile BEX

Assesseur



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHEU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHEU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale et odontologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURÀ-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurora	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGÈZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. Curot Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédéric	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie		
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUJAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT, vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Recevez l'expression de nos sincères remerciements.

A Madame le Professeur Anne FREYENS, vous nous faites l'honneur de diriger et de juger notre travail. Nous vous remercions sincèrement pour votre implication dans la formation à la recherche qualitative des internes de médecine générale, pour vos conseils, vos encouragements et votre enthousiasme qui nous ont été d'une grande aide. Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Margaux GAILLARD, tu fais nous l'honneur de juger notre travail. Nous t'en remercions sincèrement.

A Madame le Docteur Cécile BEX, nous te remercions d'avoir accepté de juger notre travail, de l'intérêt que tu as porté à notre travail et de ton aide dans le recrutement.

Aux médecins qui nous ont aidées à recruter les femmes interrogées, nous vous remercions pour votre aide précieuse.

Aux femmes interrogées, nous vous remercions de nous avoir fait confiance et de nous avoir laissées entrer dans votre intimité. Sans vous ce travail n'aurait pu aboutir. Soyez assurées de notre sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS DE JULIETTE GEORGE

J'aimerais tout d'abord remercier notre directrice de thèse, le Pr Anne Freyens. Merci de nous avoir guidées vers ce sujet et d'avoir fait naître dès le départ une motivation qui m'a aidée du début à la fin dans ce travail de recherche: celle d'être un porte-parole du vécu de ces femmes qui nous ont partagé leur expérience. Merci pour toute l'autonomie que vous nous avez laissée et la confiance que vous nous avez accordée pour assurer ce rôle, et merci pour votre disponibilité et votre aide précieuse tout au long de ce travail. C'était un plaisir et un honneur de vous avoir comme directrice.

Je remercie aussi toutes les femmes qui ont participé ou qui ont souhaité participer et n'ont finalement pas été sélectionnées pour leur motivation à participer. A celles que nous avons interrogées, merci de nous avoir ouvert vos portes, merci de nous avoir fait confiance et d'avoir tant partagé avec nous sur des sujets si intimes. L'application mise dans ce travail est pour vous, j'espère qu'il vous fera honneur.

Léa, ma co-thésarde, je te remercie pour tout ce travail réalisé ensemble, et tout particulièrement pour ton sérieux, ta patience, ton organisation et ton rythme. La fin de la thèse c'est un soulagement mais c'est aussi la fin de nos sessions téléphoniques de 4 heures, et ça, je crois que ça va presque me manquer! C'était parfois intense, mais j'ai beaucoup appris de ce travail en binôme et je suis trop contente qu'on ait été si complémentaires alors qu'on ne se connaissait pas. Miaou !

Je remercie maintenant ma famille : Maman, Papa, Céline, Charlotte, et en cours de route ma Victoire d'amour, pour le soutien que vous m'avez apporté dans ces études depuis le tout premier jour et dont ce travail est l'aboutissement. Vous êtes mes piliers et je suis profondément fière d'être votre fille, belle-fille et sœur. J'espère vous faire honneur aussi aujourd'hui par la réalisation et la présentation de ce travail. Un grand merci à ma mamie Simone d'être présente aujourd'hui et à qui cela va rappeler de beaux souvenirs d'il y a 30 ans, et à ma tante et marraine. Les plus belles de mes pensées vont aussi à mon papy-parrain et mamie Marie-Thé.

Merci à mes meilleures amies Anne, Pauline et Margot. Anne, tu suis tous les événements de ma vie au plus près depuis 20 ans maintenant et je sais que c'est très dur pour toi de ne pas être là physiquement aujourd'hui, mais sache que tu es là dans ce travail de toutes les autres manières par le soutien et la présence que tu m'apportes depuis tout ce temps. Tu m'as vue désirer devenir Docteur quand on était ados, et ton accompagnement fait partie de toutes les étapes du parcours qui m'ont menées jusqu'à ce jour, les plus belles

comme les plus difficiles. Merci pour tout. Pauline, merci de tenter de faire le déplacement de Milan pour me soutenir dans l'aboutissement de mes études de médecine alors que lors de notre rencontre il y a plusieurs années j'ai presque luxé ta mâchoire en essayant de te soigner. Nos longues discussions toutes les trois sont indispensables à mon équilibre, merci pour tout. Margot, mon piou... je ris encore de toutes nos aventures depuis qu'on s'est parlé dans le bus qui nous ramenait de la fac en deuxième année. Les feuilles de menthe dans les cheveux, les déroulés de tapis devant la porte, les bananes, la danse des piou, le rock et la salsa, les révisions au muséum... Tant de fous rires. Tu as été le rayon de soleil de mes études et je suis profondément heureuse de t'avoir rencontrée.

Les zoozs, je pense que le fait que je sois la dernière d'entre nous à passer ma thèse ne provoque pas l'étonnement général ! Je ne devrais peut-être pas le dire au début d'une thèse mais... j'ai adoré redoubler, car c'est comme ça que je vous ai toutes rencontrées !!! Anna et Céline le souvenir de notre voyage d'étude reste gravé dans ma mémoire comme l'un de mes meilleurs, et avec Camille, Mathilde, Louise, Clélie et Justine vivent nos weekends zoozs biannuels, que cette tradition ne se perde jamais !

Les garçons, Bapt, Gonz, Loulou, Seb, Clem et Juju... La vie et ses événements nous ont un peu éparpillés, mais merci à chacun d'entre vous d'apporter autant de bonheur dans ma vie depuis le collège et le lycée. Il semblerait qu'il pleuve moins de carottes sur nous ces derniers temps et j'espère que ce jour ne fera pas exception !

Lolo et Romain, à notre bulle de survie qui a rendu la vie belle et à nos innombrables moments discos... Sans vous rien n'aurait été pareil. Merci d'être là depuis tout ce temps et en dépit de mon absence, merci pour votre constance et merci pour votre soutien, et merci pour ton rizotto Loïc dont tu m'as encore proposé de garder un tup' pendant cette dernière ligne droite de la thèse !

Sarah, Clément, merci d'avoir illuminé entre le travail et... le travail, les 6 mois de confinement à l'internat d'Albi ensemble à coup de soirées fromages et la suite. J'y ai gagné vos amitiés qui je l'espère vont durer toujours malgré la distance qui arrive.

Arnaud... De New York à Singapour et en Belgique, dans les trains, les gares, les aires d'autoroute, les avions et les aéroports, cette thèse a fait le tour de France et du monde pour suivre notre histoire. Merci de m'avoir soutenue à toutes les étapes. Merci d'avoir pris tant soin de moi, à titre d'exemple en m'apportant tous ces cafés au lait pendant que je travaillais. Merci pour ton sourire et ton optimisme de tous les jours en dépit de tous les samedis et dimanches sans grasse matinée que je t'ai fait subir, et pour lesquels tu n'as jamais râlé. Tu fais partie aussi de ce travail et j'espère te rendre fier

aujourd'hui. La fin de mes études de médecine ouvre un nouveau chapitre et je suis impatiente de commencer l'aventure Bretonne à tes côtés.

REMERCIEMENTS DE LÉA

A Cédric, mon partenaire dans la vie. Merci pour ton soutien sans faille, ta patience, ton optimisme, tes petites attentions et ton amour au quotidien. Je suis très reconnaissante et heureuse de t'avoir dans ma vie.

A ma mère, ma première supportrice. Merci de m'avoir tant soutenue et aidée pendant ces longues années d'étude. Je suis très reconnaissante d'avoir une mère aussi gentille, dévouée, à l'écoute et aimante que toi. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci d'avoir relu mon travail.

A mon père. Merci de m'avoir toujours encouragée dans mes études et de m'avoir donné le goût de l'ambition et du travail. Merci pour ton amour. Non Papa, je n'ouvrirai pas mon cabinet dans ton garage et tu ne seras pas ma secrétaire !

A ma sœur, à mes frères, à mes quasi-frères, à mes mamies, à Marie-Luce et à Sam. Merci pour tous nos bons moments partagés loin des études de médecine.

A Emmanuelle. Je suis extrêmement reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi durant toutes ces années d'étude. Merci pour ton écoute, tes conseils et tes séances d'acupuncture.

A Fabienne. Merci de ton aide précieuse pour la traduction du résumé de notre thèse.

A Mélanie, ma meilleure amie. Merci pour tous nos beaux moments partagés depuis la première année de médecine. Merci pour ton soutien indéfectible, ta disponibilité, ta gentillesse, ton écoute, ton grand sourire à toute épreuve. Je me sens chanceuse de t'avoir dans ma vie.

A Axel et Sophie, mes acolytes d'externat. Vous avez fait de mon externat un souvenir heureux. Merci pour toutes ces soirées où nous avons décompressé ensemble, pour tous ces rires, pour tous ces moments où nous partageons nos doutes, pour tous nos moments studieux où nous nous motivions ensemble. Je suis fière du chemin que nous avons parcouru. Même si nous ne nous voyions plus tous les jours, je vous porte toujours autant dans mon cœur.

A Sophie, ma plus belle découverte de l'internat. Je suis heureuse d'avoir partagé mon internat avec toi. Merci pour ton soutien, ton écoute, tes conseils, nos soirées, ton accent chantant. Tu resteras toujours celle que j'ai envie d'appeler pour discuter d'un patient difficile.

A mes amies rencontrées autour d'un ballon de basket. Merci pour toutes nos soirées loin de la médecine. Vous avez été pour moi une vraie bouffée d'oxygène tout au long de ces années d'étude. Merci pour vos mots d'encouragement et pour votre soutien. Vous êtes la famille que j'ai choisie.

A mes co-équipières de mes deux équipes de basket. Merci pour tous ces moments partagés qui m'ont fait tenir pendant la 6^{ème} année de médecine et pendant la rédaction de ma thèse.

A Fanny, mon amie. Je pense très fort à toi.

Aux médecins généralistes qui m'ont accompagnée pendant mon internat et particulièrement Valérie, Cécile, Sam et Nelly. Merci pour votre bienveillance, pour la transmission de votre savoir, pour vos conseils précieux et pour m'avoir donné confiance en moi.

A Anne Freyens, notre directrice de thèse. Merci pour nos discussions passionnantes autour de notre thèse. Vous êtes une femme inspirante.

A Juliette, ma co-thésarde. Merci de m'avoir rejointe dans l'aventure. Notre complémentarité a fait de notre binôme un binôme qui fonctionne. Je suis heureuse de t'avoir rencontrée et je te souhaite le meilleur pour la suite.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	0
I. INTRODUCTION.....	1
1. Contexte de l'étude.....	1
2. Etat des lieux	1
2.1. Cadre légal en France.....	1
2.2. Paysage contraceptif français	2
3. Justification et objectif de l'étude.....	4
II. MATERIEL ET METHODE	5
1. Type d'étude.....	5
2. Population.....	5
2.1. Echantillonnage.....	5
2.2. Définition des profils.....	5
2.3. Recrutement	5
3. Recueil des données.....	6
4. Guide d'entretien	7
5. Analyse des données.....	8
6. Réflexivité	8
7. Aspects éthiques et règlementaires.....	9
8. Recherche bibliographique	9
III. RESULTATS	10
A. Caractéristiques de la population étudiée	10
B. Présentation des résultats.....	10
1. Le climat social ambiant	10
1.1. Un désintérêt pour la contraception hormonale.....	10
1.1.1. Intolérance de la contraception hormonale	11
1.1.2. Méfiance envers les hormones	11
1.1.3. Rejet des hormones	11
1.2. Une revendication d'autonomie.....	11
1.2.1. Autonomie dans la prise d'informations	11

1.2.2.	Autonomie dans la prise de décision.....	12
1.3.	Des inégalités genrées sur le partage de la responsabilité contraceptive : la contraception, « une affaire de femmes ».....	12
1.4.	Une pression sociale à la procréation	13
2.	La femme : une procréatrice et une mère.....	13
2.1.	La stérilisation tubaire, un choix à contre-courant des rôles de la femme	13
2.1.1.	Un choix jugé	13
2.1.2.	Un choix tabou	14
2.1.3.	Un « choix » de dernier recours	14
2.2.	La femme : une procréatrice.....	14
2.3.	La parentalité, une affaire de femmes	15
3.	La stérilisation : une réalisation de soi.....	15
3.1.	Perspective d'une stérilisation tubaire salvatrice.....	15
3.1.1.	Salvatrice de la peur d'une grossesse.....	16
3.1.2.	Salvatrice de la peur d'une IVG.....	16
3.1.3.	Salvatrice de la peur de la maternité	16
3.1.4.	Salvatrice de la peur des dangers pour sa santé physique	17
3.1.5.	Des peurs à l'origine d'une inhibition de la sexualité.....	17
3.2.	La construction d'une certitude	17
4.	Un parcours de stérilisation tubaire du combattant	18
4.1.	Une attitude paternaliste	18
4.1.1.	Infantilisation	19
4.1.2.	Désinformation.....	19
4.1.3.	Les projections personnelles des soignants.....	19
4.2.	Les refus liés à l'âge	19
4.2.1.	Refus à l'origine de parcours longs.....	20
4.2.2.	Refus à l'origine de grossesses non prévues	20
4.3.	Convaincre.....	20
4.3.1.	Le consentement des professionnels de santé	20
4.3.2.	Le consentement du mari	21
4.4.	La revendication de la liberté de choisir pour son corps	21
4.4.1.	L'exhaustivité de l'information.....	21
4.4.2.	La prise en compte de l'existence d'un cheminement autonome.....	21
4.4.3.	La recherche d'une bienveillance médicale	22
4.5.	Le vécu d'une injustice.....	23

5.	L'essor du courant child free	23
5.1.	Une libération de la parole.....	23
5.2.	L'existence du regret d'être parent.....	23
5.3.	La défense de la liberté à ne pas vouloir d'enfant	24
IV.	DISCUSSION.....	25
A.	Forces et limites de l'étude.....	25
1.	Forces de l'étude	25
2.	Limites de l'étude	25
2.1.	Limites liées à l'échantillon sélectionné.....	25
2.2.	Limites liées aux enquêtrices.....	26
2.3.	Limites liées aux femmes interrogées	26
2.4.	Limites liées à la qualité des entretiens	26
2.5.	Limites liées à la qualité de l'analyse.....	26
B.	Discussion des résultats	26
1.	Climat social ambiant	27
1.1.	Désintérêt pour la contraception hormonale.....	27
1.2.	Revendication d'autonomie.....	28
1.3.	Inégalités genrées sur le partage de la responsabilité contraceptive	29
1.4.	Pression sociale à la procréation.....	30
2.	La femme : une procréatrice et une mère.....	32
2.1.	La stérilisation, un choix à contre-courant du rôle de la femme	32
2.2.	La procréation et la parentalité, des affaires de femmes	33
3.	La stérilisation : une réalisation de soi.....	34
3.1.	Une stérilisation tubaire salvatrice des peurs	34
3.1.1.	Des peurs motrices dans la démarche de stérilisation tubaire.....	34
3.1.2.	Libération des peurs : libération du corps et de l'esprit.....	34
3.1.3.	La réappropriation du corps	35
3.2.	La construction d'une certitude	35
3.3.	La réalisation de soi.....	36
4.	Le parcours du combattant.....	36
4.1.	Désinformation et infantilisation.....	36
4.2.	Projections personnelles des soignants.....	37
4.3.	Convaincre : le consentement, oui mais de qui ?	37
4.4.	Un combat contre le paternalisme ?	38
4.5.	Les souhaits des femmes	38

4.5.1.	Exhaustivité de l'information médicale	38
4.5.2.	Accompagnement bienveillant.....	39
4.5.3.	Reconnaissance de la femme comme experte de sa propre vie.....	39
4.6.	Une absence de cadre éthique précis autour de la stérilisation tubaire en France : une difficulté pour les médecins ?	39
4.7.	Une balance des peurs dans la prise de décision ?	40
4.8.	La responsabilité du médecin : s'assurer de l'autonomie de la femme dans la prise de décision ?.....	41
4.9.	L'hétérogénéité des pratiques : un impact négatif pour les femmes ?.....	42
4.9.1.	Un manque de confiance des femmes	42
4.9.2.	Des « situations quasi désespérées » ?	42
4.9.3.	Le vécu d'une injustice	43
4.10.	Les perspectives pour la recherche.....	43
5.	L'essor du courant child free	43
V.	CONCLUSION	45
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
	ANNEXES	55

ABREVIATIONS

- BDSP : Banque de Données en Santé Publique
- CNGOF : Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- DIU : dispositif intra-utérin
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- FECOND : Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INED : Institut national d'études démographiques
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de le Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies

I. INTRODUCTION

1. Contexte de l'étude

En France, la stérilisation tubaire est une contraception marginale (1–4) alors qu'il s'agit de la contraception la plus fréquente dans le monde (5)(6).

Selon les données actualisées de l'Organisation des Nations Unies (ONU), 24% des femmes sous contraception dans le monde bénéficient d'une stérilisation tubaire (5)(6). La prévalence de la stérilisation tubaire a tendance à augmenter dans le monde, en lien avec l'augmentation de la couverture contraceptive des pays en voie de développement. Par contre, elle diminue dans les pays développés et notamment en Europe : elle est passée de 4.8% en 2001 à 3% en 2019 (5)(7)(8).

En France, la prévalence de la stérilisation tubaire à visée contraceptive va de 3.9% à 4.5% selon les dernières enquêtes nationales (1–3). Ces chiffres sont restés stables depuis sa légalisation en 2001 (1).

2. Etat des lieux

2.1. Cadre légal en France

Alors que dans certains pays voisins la stérilisation contraceptive est déjà légalisée depuis deux décennies, comme en Angleterre en 1972 ou au Luxembourg en 1978 (9), elle est encore interdite en France par la loi de bioéthique de 1994 (10). La légalisation de la stérilisation contraceptive arrive tardivement en France, en 2001, 34 ans après la loi Neuwirth autorisant la vente et l'usage de la contraception (10).

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'interruption médicale de grossesse (IVG) et à la contraception (11), donne le droit à la stérilisation contraceptive à toute personne majeure ayant librement exprimé sa volonté, après une information claire et complète sur l'intervention et ses conséquences. L'intervention se fera au terme de deux consultations médicales et d'un délai de réflexion de quatre mois. Au cours de la première consultation médicale, le médecin est tenu de discuter avec son patient de ses motivations à vouloir la stérilisation contraceptive, de l'informer sur les méthodes contraceptives réversibles alternatives, sur les techniques de stérilisation possibles, sur les risques médicaux et les conséquences de l'intervention. Toutes ces informations sont récapitulées dans un livret d'information qui est remis au patient en fin de consultation (12). Une attestation de consultation est signée par le médecin et son patient (annexe 1). Cette attestation lance le délai de réflexion de quatre mois, délai jugé nécessaire pour que le patient fasse un choix responsable. Au cours de la deuxième consultation médicale et au terme du délai de réflexion, la personne intéressée par la stérilisation contraceptive doit

confirmer par écrit sa demande (annexe 2). Seul le consentement du principal intéressé est recueilli car c'est à lui seul que revient la responsabilité du choix. Le médecin a le droit de refuser de pratiquer l'intervention. Il doit en informer le patient dès la première consultation et l'orienter vers un confrère qui assurera la continuité des soins. Dans le parcours de stérilisation, le médecin peut proposer un accompagnement psychologique par un psychologue, un psychiatre ou un conseiller conjugal (12,13).

2.2. Paysage contraceptif français

On assiste dans les années 1990 à la mise en place d'une norme contraceptive française. Elle consiste en l'utilisation du préservatif masculin en début de vie sexuelle, puis la pilule quand la vie sexuelle se stabilise avec le même partenaire et enfin le dispositif intra-utérin (DIU) une fois la famille idéale constituée (10).

Bien qu'ébranlée par la diversification de l'offre contraceptive (patch, anneau, implant et stérilisation) dans les années 2000 et la crise de la pilule en 2012-2013 (2,3,10), cette norme contraceptive est toujours d'actualité en France (14).

La crise de la pilule fait suite à une plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) sous pilule de 3^e génération (2). La médiatisation des dangers des pilules de 3^e et 4^e générations a entraîné leur déremboursement en mars 2013 ainsi que du changement dans le paysage contraceptif français puisque près d'1 femme sur 5 a changé de contraception (3). D'après les données du Baromètre Santé 2016, suite à la crise de la pilule, on observe une diminution de son utilisation au profit de l'utilisation du DIU, du préservatif, de l'implant et des méthodes traditionnelles chez les femmes de 20-44 ans.

En 2016, la pilule reste la première méthode de contraception choisie avec 36.5% d'utilisatrices parmi les femmes sous contraception, suivi du DIU (25.6%), du préservatif (18.8%), des méthodes traditionnelles (4.6%), de la stérilisation contraceptive (4.5%), de l'implant (4.3%), de l'anneau et du patch (1%) (2).

La dernière enquête nationale sur la contraception, publiée en 2022, montre la poursuite lente des changements du paysage contraceptif français : poursuite de la diminution de la pilule oestro progestative, augmentation de la pilule micro progestative, du DIU et de l'implant (14). Aucune donnée sur la stérilisation contraceptive n'a été retrouvée dans cette enquête.

La France fait face à un « paradoxe contraceptif » entre une forte couverture contraceptive et un taux d'IVG parmi les plus élevés d'Europe (6,14). Selon les études,

entre 92 et 97% des femmes concernées par la contraception utilisent une contraception en France (15,16). L'IVG concerne 1.55% des grossesses en France, chiffres stables depuis près de 20 ans (17). Près de 2/3 des IVG sont liés à des échecs contraceptifs (18).

Dans ce paysage contraceptif où la stérilisation tubaire est peu utilisée, il semblerait que de plus en plus de femmes se voient l'accès à la stérilisation tubaire refusé (19–22). A travers notre expérience professionnelle et celles des professionnels en santé de la femme rencontrés, nous avons pu faire le même constat : le refus médical de stérilisation tubaire ne semblerait pas être un évènement rare.

Alors que la loi de 2001 ne prévoit pas de condition d'âge ou de nombre d'enfants pour accéder à la stérilisation tubaire à visée contraceptive, le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF) recommande en 2006 l'utilisation d'un score d'aide à la prise de décision pour quantifier le niveau de risque de regret (annexe 3) (23). Ce score, communément appelé score de Lérat, s'appuie notamment sur l'âge de la femme et le nombre d'enfants. Le CNGOF en 2006 recommande d'éviter d'accepter les demandes de stérilisation des femmes dont le score est inférieur à 6, ce qui rend l'accès difficile aux femmes de moins de 35 ans, a fortiori sans enfant. L'utilisation de ce score est finalement jugée comme une pratique controversée par le CNGOF en 2015 (24) et n'est plus mentionné dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) validées par le CNGOF en 2019 (13). Pourtant, son empreinte semble encore présente dans les pratiques des gynéco-obstétriciens.

De nombreuses études ont eu pour objectif de quantifier le regret post stérilisation (25–30). Toutes s'accordent pour dire que le risque de regret est faible, entre 1.3% et 7.7% selon les études.

Selon une enquête nationale française menée sur un échantillon représentatif de la population de près de 6000 femmes, les femmes stérilisées sont celles qui sont le plus satisfaites de leur contraception, avec un niveau de satisfaction significativement plus élevé que celui des femmes sous contraception réversible (31). La stérilisation tubaire répond aux attentes des femmes à propos d'une contraception : l'efficacité et la sécurité. En effet, la stérilisation tubaire fait partie des méthodes contraceptives au niveau d'efficacité très élevé (indice de Pearl en pratique à 0.5%) derrière l'implant contraceptif (0.05%), la vasectomie (0.15%) et le DIU hormonal (0.2%). Elle est significativement plus efficace que la pilule (9%) ou que le préservatif masculin (15%) (32) (annexe 4). C'est aussi une méthode sûre avec moins de 1% de complications au décours de la procédure (33).

Etant donné le faible risque de regret et le niveau de satisfaction élevé, pourquoi l'accès à la stérilisation tubaire à visée contraceptive semble être difficile ?

3. Justification et objectif de l'étude

Le médecin généraliste est fortement concerné par la question de la contraception puisque c'est le principal prescripteur des méthodes contraceptives remboursées en France (13).

Selon les données de l'enquête nationale Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles (FECOND) en 2013, 4.3% des femmes et 6.3% des hommes n'ont pas d'enfant par choix (34). Dans la littérature, les sans enfant par choix sont communément appelés les child free. Ce phénomène child free semble grandissant et laisse à penser que les demandes de stérilisation tubaire pourraient être en augmentation (19,22,35) ainsi que, par ricochet, les difficultés rencontrées dans les parcours pour l'obtenir.

Dans un pays où la culture contraceptive ne semble pas en faveur d'une contraception définitive, comment les femmes qui font le choix de cette contraception vivent-elles leur parcours pour l'obtenir ?

L'objectif principal de l'étude était d'explorer le vécu des femmes ayant fait le choix d'une stérilisation tubaire : de l'émergence de leur idée jusqu'à la réalisation de l'intervention.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Avec un objectif d'exploration du sens donné par les femmes à leur parcours de stérilisation tubaire, il a été naturel de s'orienter vers une étude qualitative.

La méthode qualitative choisie est inspirée de la phénoménologie interprétative développée par Smith. Dans cette démarche inductive, les chercheuses ont cherché à donner du sens au sens que chaque femme donnait à son expérience de stérilisation tubaire (double herméneutique). Le but était la construction d'un modèle explicatif de l'expérience du parcours de stérilisation tubaire, à partir de l'exploration du vécu de chaque femme (approche idiographique).

2. Population

2.1. Echantillonnage

Un échantillonnage raisonné homogène prélevé dans une population de femmes ayant en commun d'avoir vécu une expérience de stérilisation tubaire à visée contraceptive a été réalisé par 2 chercheuses internes en médecine générale.

2.2. Définition des profils

Les critères d'inclusion étaient : être une femme majeure vivant en ex-région Midi-Pyrénées ou en ex-région Poitou-Charentes, avoir fait une stérilisation tubaire à visée contraceptive, toutes méthodes confondues, en France à partir de la légalisation en 2001.

Les critères d'exclusion étaient : avoir fait une stérilisation à visée médicale, avoir fait une stérilisation avant 2001, être stérile, être en situation de handicap mental.

Le reste des données variait en termes de profils et de parcours. L'itération a permis de déterminer, au fur et à mesure des entretiens, les caractéristiques intéressantes à rechercher chez une participante pour l'entretien suivant. Cela concernait notamment l'âge de la stérilisation, la présence ou non d'enfant lors de la demande, et le nombre le cas échéant, la catégorie socio-économique, la durée du parcours de l'idée à la réalisation du geste.

2.3. Recrutement

Trois canaux de recrutement ont été utilisés :

Certaines femmes ont été rencontrées directement dans le cadre de consultations en soins primaires.

Des médecins généralistes et gynécologues (de ville et hospitaliers) de la zone géographique d'étude ont été sollicités pour aider à recruter. Il leur était communiqué un mail d'information au sujet de l'étude (annexe 5) avec une fiche d'information à délivrer aux femmes intéressées (annexe 6).

Une publication sur le groupe privé d'un réseau social a permis le recrutement plus difficile de femmes stérilisées nullipares.

Les femmes intéressées contactaient les chercheuses par téléphone ou SMS, ou inversement si elles étaient d'accord. Par le premier contact téléphonique, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés et plusieurs informations étaient relevées concernant le profil de la participante. En cas de profil compatible avec l'avancée de la recherche, une date était fixée pour l'organisation d'un entretien individuel en présentiel.

3. Recueil des données

Le vécu a été exploré lors d'entretiens individuels semi-dirigés.

Les entretiens étaient annoncés comme durant 45 minutes à une heure, afin que la participante prévoie un créneau horaire en conséquence. Il était cependant précisé que la durée n'était pas un gage de qualité de l'échange, de manière à éviter que cela puisse constituer un stress pour la participante.

Le choix du lieu était laissé à la participante : à son domicile, dans une salle de cabinet médical ou dans un autre lieu de son choix. Il était conseillé un lieu calme, où elle se sente à l'aise et idéalement sans interruption. L'option d'un lieu extérieur ne semblait pas réunir toutes ces conditions mais cette éventualité leur était laissée. Toutes les participantes ont opté pour un rendez-vous à leur domicile ou au cabinet.

En partant du principe que les participantes seraient plus à l'aise en tête à tête que face à un binôme, chaque chercheuse a réalisé la moitié des entretiens. Chaque participante a été rencontrée et interrogée une seule fois, et remplissait à la fin un talon sociologique (annexe 7). L'intégralité de la rencontre était enregistrée sur un matériel intégré (téléphone portable).

Dans les minutes suivant la fin de l'entretien, des notes sur le ressenti général, l'ambiance, sur le langage non verbal et sur tout élément semblant important à la compréhension du sens étaient écrites par la chercheuse qui l'avait mené.

Chaque retranscription était faite dans les jours suivants par la chercheuse sur le logiciel de traitement de texte Word. Celle-ci incluait le discours verbal intégral en langage

parlé, les éléments de contexte et les didascalies. Tous les noms propres et données géographiques énoncées ont été anonymisés.

L'analyse de chaque entretien par les deux chercheuses avait lieu après chaque retranscription et avant le suivant. La suffisance des données a été assumée après l'analyse du 8eme entretien, la richesse de chacun permettant d'identifier suffisamment de concepts communs pour élaborer un modèle explicatif.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré sur base de 6 questions (annexe 8). Il avait pour but l'expression du vécu des participantes, et l'exploration de quelques éléments biographiques. En s'intéressant au parcours contraceptif général, la première question du guide associait donc deux objectifs :

- faire office de question brise-glace, aidant à l'entrée dans l'expression de sujets intimes.
- intégrer le vécu du parcours de stérilisation de la participante dans un contexte de vie plus global, afin d'en améliorer la compréhension du sens par les chercheuses.

La clarté des questions et la fluidité du guide ont été testées.

Après validation du guide, un premier entretien exploratoire test a été réalisé et conservé dans l'analyse du fait de sa qualité.

En pratique, il arrivait souvent que la première question de l'entretien associée à la connaissance du sujet de l'étude suffise à la participante pour mener un récit et des transitions spontanés entre les questions prévues par le guide. Pour les participantes ayant plus de difficultés à verbaliser leur vécu, la trame de 6 questions du guide d'entretien pouvait servir de support. Pour chaque question, il était prévu des questions de relance afin de faciliter un échange fluide, sur le ton de la conversation.

Selon le principe d'itération, le guide était réévalué après chaque entretien. Ceci l'a fait évoluer en une deuxième version à la suite du troisième entretien (annexe 8). Le but était de mieux comprendre les attentes des participantes de la part de leur médecin généraliste dans leur parcours, dans un objectif d'amélioration des pratiques médicales.

5. Analyse des données

Afin de s'imprégner au maximum de l'univers de la participante, chaque entretien était écouté et relu plusieurs fois par les deux chercheuses. Cette lecture flottante était enrichie d'annotations dans le journal de bord pour conserver une trace du ressenti de l'immersion dans les données.

Une analyse indépendante pour chaque entretien était ensuite réalisée à l'aide du logiciel tableur Excel. Cela impliquait le découpage du verbatim en unités de sens, suivi de leur interprétation au plus près de la réalité en un système initial de codage. Le travail était ensuite mis en commun lors de rencontres bi-hebdomadaires. La triangulation des données et la confrontation des résultats permettaient d'obtenir un nouveau tableau résultant d'un consensus. En cas de doute persistant sur l'interprétation du sens d'une unité, celle-ci était retirée de l'analyse.

Les codes ont ensuite été regroupés et conceptualisés en thèmes sur le même tableur Excel.

Le regroupement des thèmes en thèmes super-ordonnés a été réalisé au fur et à mesure de l'analyse, d'abord de manière indépendante puis par consensus.

Les données de chaque entretien ont été présentées sous la forme de schémas individuels (annexe 9).

Un modèle explicatif s'est construit par l'analyse intégrative des thèmes super-ordonnés. Il a été réalisé à l'aide du logiciel PowerPoint.

6. Réflexivité

En amont de la définition de la question de recherche, puis durant toute l'étude et jusqu'à la fin de la rédaction, les chercheuses se sont placées dans une posture réflexive. Cette attitude avait pour but de mettre en évidence leurs a priori. La conscientisation de ceux-ci a permis de les intégrer dans le regard des chercheuses tout au long de l'analyse interprétative. Cette subjectivité assumée a été explorée selon différentes méthodes :

- Un processus autoréflexif continu interne.
- Des échanges fréquents lors des rencontres entre chercheuses concernant leur ressenti et leur posture.
- Des notes de terrain concernant les entretiens (contexte, langage non verbal) pour être au plus près du sens que la participante donnait à son expérience.

Ces éléments étaient regroupés au sein des 2 journaux de bord.

7. Aspects éthiques et règlementaires

Au début de chaque entretien, un formulaire d'information sur les droits des participantes était remis (annexe 10) et le consentement oral était recueilli.

Chaque entretien était intégralement anonymisé par un pseudonyme et un chiffre. Les données personnelles des participantes ont été archivées dans un coffre sous clef jusqu'à destruction à la fin de l'étude. Les enregistrements étaient conservés sur un dossier informatique protégé par un mot de passe. Ils ont été supprimés dès la fin de ce travail de recherche.

Une réflexion éthique a été menée en amont et tout au long de la recherche.

Il s'agit d'une recherche « Hors loi Jardé ». Un dossier de conformité au Règlement Général de Protection des Données a été déposé et la déclaration a été enregistrée le 07/09/2021 dans le registre de conformité à la MR004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par son délégué à la Protection des données du comité d'éthique du département universitaire de médecine générale, le Professeur Pierre Boyer.

8. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique, débutée en amont de l'élaboration de la question, a été poursuivie jusqu'à la fin de la rédaction, dans une démarche d'actualisation des publications les plus récentes.

Elle a débuté par une formation lors d'un atelier bibliographique universitaire dispensé par la faculté de médecine de Toulouse.

Les mots clefs utilisés sur les bases de données francophones étaient : stérilisation tubaire / stérilisation contraceptive / contraception définitive / parcours. Les mots clefs utilisés sur les bases de données anglophones étaient : tubal sterilization / reproductive sterilization / female sterilization.

Pour leur recherche, les chercheuses ont utilisé les bases de données Cairns, PubMed, CiSMef, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), les moteurs de recherche Google Scholar, Archipel et Sudoc et les sites officiels suivants : Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Ministère de la Santé et de la Prévention et Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Pour la pratique de la méthode qualitative, les chercheuses ont utilisé les formations et les supports du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse et l'ouvrage de Lebeau et al. « Initiation à la recherche qualitative en médecine générale » (36).

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

3 femmes ont été recrutées par leur médecin traitant, 1 femme par sa gynécologue, 3 femmes par les chercheuses elles-mêmes et 1 femme sur un groupe de stérilisation sur un réseau social.

8 entretiens ont été menés entre novembre 2021 et avril 2023. La durée moyenne des entretiens était de 55 min. 6 femmes ont préféré être interrogées à leur domicile et 2 femmes à leur cabinet médical.

Les participantes avaient entre 28 et 41 ans au moment de leur stérilisation tubaire. Une participante n'avait pas d'enfant par choix et les 7 autres avaient 1 enfant ou plus. 2 participantes étaient célibataires, 6 étaient mariées ou en couple. Elles étaient de milieux géographiques et socio-économiques différents. L'ensemble des caractéristiques des 8 femmes interrogées est détaillé dans le talon sociologique (annexe 11).

B. Présentation des résultats

L'analyse des données a fait émerger cinq thèmes super-ordonnés : le climat social ambiant, la femme : une procréatrice et une mère, la stérilisation : une réalisation de soi, le parcours de stérilisation tubaire du combattant, l'essor du courant child free. Ces cinq thèmes super-ordonnés étaient eux même articulés autour d'un concept central : la liberté.

Les résultats ont été illustrés par des citations du verbatim. Elles apparaissent en gris et entre guillemets.

1. Le climat social ambiant

L'expérience de stérilisation tubaire a été vécue dans un climat de désintérêt pour la contraception hormonale, de revendication d'autonomie, d'inégalité genrée sur le partage de la responsabilité contraceptive et de pression sociale à la procréation.

1.1. Un désintérêt pour la contraception hormonale

La réflexion sur la stérilisation tubaire à visée contraceptive s'inscrivait dans un contexte de désintérêt pour la contraception hormonale. Ce désintérêt pouvait être le résultat d'intolérance de la contraception hormonale, d'une méfiance voire d'un rejet des hormones.

1.1.1. Intolérance de la contraception hormonale

Des effets secondaires invalidants sous contraception hormonale étaient rapportés. La quête de la bonne contraception pouvait être vécue comme un parcours du combattant et les effets secondaires pouvaient être vécus comme traumatisants psychologiquement.

1.1.2. Méfiance envers les hormones

Des doutes étaient exprimés sur la balance bénéfiques/risques de la contraception hormonale. Ils étaient ressentis lors de la prise de connaissance des potentiels effets secondaires graves comme le risque de méningiome sous Androcur®. La prise d'hormones était supposée risquée car perçue comme anti naturelle et était assimilée à un empoisonnement. Il était suspecté que la pilule soit fréquemment prescrite en dépit des dangers pour la santé sous la pression d'un lobbying pharmaceutique pro-pilule.

1.1.3. Rejet des hormones

Une expérience traumatisante causée par la contraception hormonale pouvait engendrer un rejet complet de celle-ci. Anna : « Je vous raconte pas le choc quand même (rires). J'étais vraiment en panique (...) C'est compliqué de vivre ça. De ce dire oui on prend un traitement pour quelque chose qui peut nous faire du bien et a contrario on peut attraper une tumeur au cerveau... ».

1.2. Une revendication d'autonomie

L'autonomie dans la prise d'informations et la prise de décision (à propos de leur contraception) était revendiquée car elle permettait d'accéder à la liberté de choisir sa contraception et plus largement à la liberté de choisir pour soi-même : Camille : « Et je pense quand même qu'une femme doit pouvoir décider [elle insiste sur le mot « doit »] de son choix de contraception [elle insiste sur le mot « choix »], de son choix de vie ».

1.2.1. Autonomie dans la prise d'informations

Le désir de s'informer en autonomie dans le parcours de stérilisation tubaire était revendiqué.

La recherche d'informations en autonomie tenait une place importante, que l'idée de stérilisation tubaire vienne de la participante ou qu'elle émerge de la proposition d'un professionnel de santé.

La valeur donnée à l'information en autonomie pouvait être supérieure à la valeur donnée à l'information délivrée par les professionnels de santé. Cette dernière pouvait

alors être considérée inutile. Delphine : « J'aime bien quand c'est des choses aussi importantes que ça, voilà, je fais les recherches pas mal (...) je ne l'avais pas senti très à l'écoute le médecin qui m'avait reçue ».

Les recherches se faisaient sur Internet ou lors de discussions avec l'entourage. Elles avaient pu mener à la découverte de la législation en vigueur et de l'existence de groupes d'entraide pour l'accès à la stérilisation volontaire sur les réseaux sociaux.

1.2.2. Autonomie dans la prise de décision

La capacité à choisir pour soi-même était revendiquée et l'intervention du médecin ou des proches dans la prise de décision était vécue comme injustifiée. Camille : « Personnellement c'est mes choix, c'est ma vie, c'est mes désirs (...) C'est-à-dire que je leur ai dit « Merde ! A 34 ans, vous n'allez pas prendre les décisions à ma place ! » C'est mon corps, j'en fais ce que je veux. »

Afin de pouvoir vivre une décision en autonomie, les attentes envers le professionnel de santé étaient qu'ils aient soit un rôle d'accompagnant, soit un rôle d'exécutant de tâche, mais jamais un rôle de décisionnaire.

1.3. Des inégalités genrées sur le partage de la responsabilité contraceptive : la contraception, « une affaire de femmes »

Il était déploré que la responsabilité de la contraception soit exclusivement féminine dans la société actuelle. Il était ressenti une déresponsabilisation de l'homme en cas d'échecs contraceptifs et leur manque d'intérêt à l'égard de la vasectomie.

Cette absence de partage de la responsabilité contraceptive pouvait contribuer au vécu d'une forte charge mentale pesant sur la femme.

Cette perception d'inégalité provoquait un sentiment d'injustice : France « Les gens qui me disent "Ah ben c'est à toi de le prendre (...) t'es la femme, tu dois gérer" Non ! (...) c'est pas juste en fait ! Déjà qu'on porte l'enfant. (...) J'étais fertile que trois, quatre jours dans le mois alors que c'est l'homme lui, il est fertile tout au long, tous les jours, et c'est moi qui devais prendre le médicament ! »

Il était suspecté que cette inégalité soit la conséquence de l'orientation des politiques publiques au sujet de la contraception sur la femme. France : « c'est ça aussi, c'est l'Etat, qui mets ce poids là sur nous : que parce que on a un utérus, on doit prendre cette pilule, on est en charge de (...) c'est tout est la propagande, que ça soit dans les publicités, dans les téléés, mais aussi autour des gens ! »

1.4. Une pression sociale à la procréation

Une pression à la procréation de la part de la société en général, de l'entourage ou des professionnels de santé était ressentie.

Venant de la société, il était ressenti un encouragement à faire des enfants en exposant les aspects positifs de la maternité tout en prenant soin d'en dissimuler les aspects négatifs. Le désir d'enfant pouvait être perçu comme conditionné par l'influence de cette pression sociale et non comme le reflet d'un désir profond. Helena : « J'avais dit toujours « oui je veux des enfants », mais... je le disais comme ça, sans vraiment le sentir, parce que c'est ce qu'il faut faire dans la vie, c'est ce qu'on nous a dit tout le temps (...) mais voilà, sans plus, c'était pas un désir vraiment. »

Venant des parents, il était perçu une pression à procréer pour satisfaire leurs désirs d'avoir des petits enfants.

Il était suspecté que les racines culturelles chrétiennes françaises pronatalistes influencent encore aujourd'hui les pratiques professionnelles (IVG, stérilisation).

Face à ce climat social perçu comme pronataliste, le droit à la liberté de ne plus ou de ne pas vouloir d'enfant était défendu.

2. La femme : une procréatrice et une mère

2.1. La stérilisation tubaire, un choix à contre-courant des rôles de la femme

Faire le choix d'une stérilisation tubaire était vécu comme un choix à contre-courant de ce qu'elles percevaient être les attentes de la société vis-à-vis des femmes : êtres procréatrices et mères.

2.1.1. Un choix jugé

Il pouvait être ressenti un jugement ou une peur du jugement sur le choix de se faire stériliser, en provenance de l'entourage ou des professionnels de santé.

Le jugement a pu être ressenti lors de tentative de culpabilisation vis-à-vis du choix d'être stérile compte tenu de l'existence de femmes infertiles : France « Et on me dit "ho et puis, t'as pensé aux femmes qui peuvent pas avoir d'enfants ? »

La peur du jugement pouvait être expliquée par plusieurs raisons :

La peur était ressentie à cause du fait de percevoir la stérilisation comme un chemin anticonformiste.

La stérilisation avait été jugée par l'entourage d'acte contre-nature. En se faisant stériliser, il était perçu la peur du jugement de ne plus vouloir endosser d'une part le rôle

de procréatrice et d'autre part le rôle de mère, rôles qui semblaient perçus dans la société comme caractéristiques indissociables de la femme. Garance : « le jugement, de se dire "oh bah cette personne-là c'est bon elle ne veut plus d'enfant alors qu'une femme elle est là pour faire des enfants, ça veut dire qu'elle ne veut plus être mère... " »

La peur d'être jugée par les gynécologues était ressentie car ils étaient perçus comme jugeants en général. Cette peur pouvait être encore plus importante avec le médecin traitant du fait de sa proximité avec le reste de la famille.

2.1.2. Un choix tabou

Exprimer ouvertement aux proches le fait de ne plus vouloir d'enfant était vécu comme tabou car cela renvoyait à l'idée d'arrêter de procréer. Le fait de ne pas vouloir du tout d'enfant était imaginé comme étant encore plus tabou. Ce tabou sur l'absence de désir d'enfant pouvait également être perçu comme en train de se lever dans la société.

Aborder le sujet en consultation était vécu comme difficile avec les professionnels de santé, voire tabou avec le médecin traitant du fait qu'il ne soit pas perçu comme un spécialiste de la contraception.

Le sujet était aussi supposé tabou pour les professionnels et de ce fait, difficile à aborder avec leurs patientes. Une bonne connaissance des patientes était imaginée comme nécessaire à la proposition de la stérilisation tubaire pour qu'elle soit bien vécue.

2.1.3. Un « choix » de dernier recours

La stérilisation pouvait être perçue comme un choix proposé en dernier recours par les gynécologues en tant que proposition d'exception à l'égard d'une situation d'exception : Garance « moi j'avais une situation vraiment particulière d'un point de vue médical et personnel, c'est ce qui a fait qu'il me l'a proposée. J'aurais pas eu ces éléments-là, j'aurais été une femme normale, il m'en aurait jamais parlé. ».

La stérilisation tubaire a aussi pu être vécue par les femmes comme un choix de dernier recours avant d'être définitivement dans l'impasse contraceptive.

2.2. La femme : une procréatrice

Il était déploré que la pression à procréer soit marquée sur la femme et que son rôle de procréatrice puisse être pris en considération avant ses besoins. Ne pas être réduite à son rôle reproducteur aux yeux de la société est revendiqué. France : « je lui ai dit "je ne suis pas un utérus sur pattes quoi !" (elle dit cela en rigolant) je suis un être vivant, et si moi je

veux pas d'autres enfants ; je ne vois pas pourquoi j'en ferai un pour faire plaisir à un homme ».

Les refus de stérilisation perçus comme liés à l'image de procréatrice de la femme étaient vécus comme une entrave à la liberté à disposer de son corps. Garance : « C'est la notion de procréation et c'est pas la notion de disposition [de son corps] qui est retenue et je trouve ça gênant. »

2.3. La parentalité, une affaire de femmes

Dans le prolongement du rôle de procréation, la parentalité était vécue comme le rôle de la femme plus que le rôle de l'homme.

Ce sentiment de responsabilité féminine de la parentalité provenait d'expériences personnelles vécues : monoparentalité avec abandon du conjoint avant la naissance de l'enfant, absence totale d'implication du père dans le rôle de parents ou implication partielle du père liée à ses absences répétées du domicile familial. Cette inégalité de la responsabilité de la parentalité pouvait être vécue comme une forte charge mentale.

La parentalité pouvait être vécue comme une affaire de femmes après avoir fait le constat qu'il était acceptable pour la société qu'un homme n'assume par ses enfants alors que c'était intolérable qu'une femme ne tienne pas son rôle de mère. France : « et puis eux [les hommes] ils ont plus qu'à se barrer puis c'est pas grave quoi ! Par contre, si moi j'accouche et que je me barre, clairement je vais être insultée de tout et je vais être pointée du doigt, alors que clairement au jour d'aujourd'hui, un homme qui le fait, c'est pas grave... "C'est bon c'est normal, il est jeune il a 33 ans, quand il aura 40ans il sera plus sage"... non mais, faut arrêter quoi ! Enfin bref... ».

Dans ce contexte de charge de la procréation et de la parentalité sur la femme, assumer aux yeux de la société ne pas vouloir d'enfant quand on était une femme était supposé plus difficile que quand on était un homme et l'accès à la stérilisation était ainsi supposé plus facile pour un homme que pour une femme. Camille : « Parce qu'on demande l'égalité entre l'homme et la femme. Un homme a le droit de faire ce qu'il veut avec son corps. C'est-à-dire que demain, lui il veut se faire stériliser, on lui autorise. »

3. La stérilisation : une réalisation de soi

3.1. Perspective d'une stérilisation tubaire salvatrice

L'autorisation par le corps médical d'accéder à une stérilisation tubaire était ressentie comme un soulagement intense.

Ce sentiment de soulagement s'expliquait par le fait que la stérilisation apparaisse comme la seule solution permettant d'apaiser définitivement certaines peurs.

3.1.1. Salvatrice de la peur d'une grossesse

La peur d'une grossesse était soit liée au fait d'être enceinte soit liée à ses conséquences.

La peur de la grossesse en elle-même découlait du refus catégorique des changements corporels associés et allait de pair avec une peur des violences obstétricales et de l'accouchement.

La peur était alimentée par l'expérience passée d'échecs de contraception réversible, qui n'était alors plus vécue comme une contraception de confiance. Elle était aussi alimentée par le contexte de refus d'une IVG, ce qui ne laissait d'autre choix que d'assumer une grossesse non désirée. Le suicide pouvait être préféré à cette situation d'impasse. France : « dire "Ben qu'est-ce que je dois faire, puisque moi je veux pas avorter ?", je fais quoi, je me fous en l'air en gros ? Enfin parce que clairement c'était ça, qui se posait là. (...) voilà, c'était tout ce poids là tout ce... ça m'a permis de souffler en fait, ça m'a permis de me dire "c'est bon, je suis libéré de toute cette responsabilité"».

3.1.2. Salvatrice de la peur d'une IVG

Un antécédent d'IVG traumatisante avait conduit à mener à terme une grossesse non désirée par la suite. La peur de devoir revivre ce dilemme a aussi pesé dans le désir de stérilisation tubaire.

3.1.3. Salvatrice de la peur de la maternité

Le choix d'un non désir d'enfant ou de nouvel enfant était parfois une décision prise de manière non anxiogène, dans le cadre d'un idéal familial prédéfini et atteint.

Dans d'autres cas, le non désir d'un nouvel enfant était issu d'un sentiment d'incapacité à pouvoir l'accueillir, du fait de la charge mentale déjà extrême que représentait le cadre de vie actuel. Dans ce contexte émergeait une profonde angoisse à l'idée de gérer une nouvelle maternité, compte tenu du ressenti des risques engendrés pour la santé mentale : Delphine « je ne voulais pas avoir le risque d'en avoir un autre, et que... j'ai surtout pensé à moi (...) en me disant "t'en as un autre...mon dieu tu vas aller où, tu... tu... tu... non, c'était pas possible !" déjà j'étais... très fatiguée, souvent déprimée, insomniaque... enfin voilà, j'étais déjà un peu au bout du rouleau ».

3.1.4. Salvatrice de la peur des dangers pour sa santé physique

a) Dangers de la grossesse

La conscience des risques physiques que la grossesse pouvait représenter pour elles-mêmes ou le bébé était une source d'anxiété, notamment en cas d'association d'antécédents de grossesse non prévues, de facteurs de risque de grossesse compliquée et de contexte d'impasse vis-à-vis des contraceptions réversibles.

b) Risques de la contraception hormonale

La prise d'une contraception hormonale en contexte d'absence de désir d'enfant ou de nouvel enfant était perçue comme une prise de risque superflue. En présence d'un risque médical avéré comme des facteurs de risque cardiovasculaire, la peur était un moteur dans l'avancée de la démarche.

La perspective d'éviction définitive de ces risques engendrait un sentiment de soulagement.

La stérilisation tubaire par opposition aux contraceptions hormonales était vécue comme saine et naturelle. Anna : « bah je me suis dit "enfin je retrouve mon corps et je suis à l'état pur en fait" ».

3.1.5. Des peurs à l'origine d'une inhibition de la sexualité

Une inhibition de la sexualité était décrite, en lien avec le manque de confiance dans l'efficacité de la contraception réversible. Elle pouvait conduire à des difficultés de couple et à une abstinence totale.

3.2. La construction d'une certitude

Contrairement aux risques de grossesse non désirée, le risque de regret n'était pas vécu comme une source de peur ou d'angoisse.

Parfois, aucun doute n'avait été ressenti concernant la prise de décision. C'était particulièrement le cas quand l'idée émergeait dans le cadre de la construction d'un idéal familial et de vie. Cet idéal était déterminé tôt dans le parcours : la stérilisation tubaire était envisagée pour l'avenir dès la première grossesse, dans le cadre de la planification du nombre d'enfants souhaité, ou avant toute grossesse en cas de désir d'être sans enfant.

Dans d'autres cas, la réflexion sur l'irréversibilité était vécue comme un cheminement, source de questionnements parfois difficiles, mais non anxiogènes. La décision de ne pas avoir de nouvel enfant pouvait s'imposer en contexte de sentiment d'incapacité à s'en occuper à cause de la charge mentale que cela impliquait. Un sentiment

de deuil de la maternité avec atteinte d'un point de non-retour pouvait marquer la fin du cheminement interne. La demande à un professionnel avait lieu à la suite de cette étape.

Les doutes et questionnements, lorsqu'ils étaient présents, étaient vécus comme des processus normaux, inhérents à la démarche. Ils ne remettaient pour autant pas en cause la certitude de faire le bon choix. Béatrice : « Ca n'empêche pas que vous avez toujours le doute (...) jusqu'à la salle d'opération. Vous avez le doute, c'est normal. Oui. Ca me l'a plus jamais refait après, mais jusqu'à l'intervention tu te dis "T'es sûre? T'es sûre? T'es sûre?" »

La cohabitation entre doute et certitude était expliquée comme l'association compatible de deux désirs : le désir de pouponner, considéré comme normal dans la vie d'une femme et indépendant de la stérilisation, et le désir de ne plus avoir d'enfant

Derrière une prise de décision de stérilisation, il y avait un enjeu de réalisation de soi, par la concrétisation d'un plan de vie choisi pour l'avenir et la mise à l'écart définitive des peurs. Camille : « c'est mon choix encore une fois, c'est mon corps, c'est mon avenir aussi qui se joue » [elle insiste sur les mots « mon »]. L'enjeu de réalisation apparaissait aussi par l'expression d'une affaire strictement personnelle et non une affaire de couple : Helena « Non ! Je ne lui ai pas demandé, parce que c'est pas une question à nous deux, c'est une question à moi. (...) non, c'est quelque chose à moi et je voulais que ce soit à moi absolument ! »

4. Un parcours de stérilisation tubaire du combattant

Arriver au bout du parcours pouvait être vécu comme un combat. Des refus liés à l'âge, parfois multiples, avaient mené à des grossesses non prévues vécues comme chaotiques. Il était déploré de devoir faire preuve d'une importante force de caractère pour convaincre des soignants à l'attitude perçue comme paternaliste. Des sentiments de privation d'autonomie et d'entrave dans la liberté de choix en découlaient.

4.1. Une attitude paternaliste

Les tentatives de dissuasion et les refus de la part des soignants étaient vécus comme désarmants ou révoltants. Les objections étaient supposées être le reflet d'une attitude paternaliste causée par les projections personnelles des soignants. France : « Ils refusaient parce que pour eux, c'était hors de question de faire cette opération... Enfin je... je comprends pas ! (...) hallucinant quoi ! Parce que cette personne estimait que... Mais il est qui pour estimer que ? Enfin... Enfin, on est, on doit choisir pour soi-même, pas pour les autres ». Le sentiment d'être infantilisée et désinformée a été exprimé.

4.1.1. Infantilisation

Il était déploré que l'âge soit retenu aux dépens du principe d'autonomie pour considérer la personne apte à prendre les décisions pour elle-même. Delphine : « même si la femme a 18 ans, qu'elle en ait 18 ou qu'elle en ait 46, moi je pense que déjà c'est notre corps (...) Voilà, ce droit de décider pour notre corps quoi (...) Et voilà, que ça puisse être entendu, par le personnel masculin, féminin, peu importe, mais que ça puisse être entendu ».

4.1.2. Désinformation

Un manque d'information au sujet de l'existence de la contraception définitive par les professionnels de santé était regretté. Bien que parfois attribué à un manque de mise à jour des connaissances, il était aussi suspecté que l'information ait été volontairement dissimulée par des professionnels opposés à la démarche.

4.1.3. Les projections personnelles des soignants

Il était suspecté que les soignants soient guidés par leurs projections personnelles au lieu d'être à l'écoute des besoins de leurs patientes, que ce soit pour refuser ou accepter les demandes : Delphine « "si j'accepte c'est bien parce que vous avez deux enfants handicapés" ». Dans les cas de refus, ces projections personnelles pouvaient être supposées pronatalistes et dissimulées derrière des prétextes médicaux factices tels qu'un rapport bénéfices/risques de l'anesthésie générale défavorable.

4.2. Les refus liés à l'âge

Les refus médicaux étaient justifiés par le risque de regret lié au jeune âge.

Pour argumenter ce risque de regret futur ou pour refuser la demande, le scénario de la mort d'un enfant ou de l'intégralité de sa famille était utilisé par les professionnels de santé. Ces arguments étaient vécus comme choquants car il ne semblait pas envisageable de se consoler de la perte d'un enfant en le remplaçant. Ce scénario pouvait être illustré par l'expérience personnelle du soignant. Béatrice : « quand je sors de la consultation, je vois l'armée arriver qui venait lui dire qu'il avait perdu son fils. Et on se revoit un an après jour pour jour de cette date-là, et on en rediscute, et il me dit "ben vous voyez, moi j'ai perdu mon fils" ».

4.2.1. Refus à l'origine de parcours longs

Ces refus liés à l'âge étaient à l'origine d'un allongement des parcours car les réactions de résilience menaient à attendre l'âge imposé (entre 34 et 40ans) pour réitérer la demande de stérilisation. Ces refus pouvaient aussi se solder par un abandon de projet.

En façade souvent compris et acceptés, ces refus étaient en arrière-plan vécus comme décevants et injustes. Ils généraient un sentiment de privation de liberté à choisir pour son corps et pour sa vie. France : « Elle disait que c'était pas possible, que j'étais trop jeune. Fallait attendre. Alors du coup, ben moi et mon incompréhension, je me disais mais c'est pas possible, comment ça se fait, qu'en gros c'est notre corps et on peut toujours rien en faire quoi ? Enfin, enfin, on peut juste subir constamment et... ben pour être toujours aussi vulgaire : je trouvais ça dégueulasse. »

La répétition des refus provoquait un sentiment de colère.

4.2.2. Refus à l'origine de grossesses non prévues

Les situations d'impasse contraceptive étaient renforcées par ces refus. Les conséquences étaient des grossesses non prévues péniblement vécues et des parcours de vie non souhaités.

Ces grossesses non prévues, à la suite de refus, pouvaient être multiples et conduisaient à une concrétisation des peurs ayant motivé la demande de stérilisation tubaire. Elles étaient menées à terme, bien que non désirées, en contexte de refus de faire une IVG. La fausse couche d'une grossesse profondément non désirée provoquait un fort sentiment de culpabilité. Les complications redoutées de la grossesse survenaient. L'abandon du conjoint en cours de grossesse pouvait accroître le sentiment de désespoir. Le déséquilibre de l'idéal familial pouvait mener à un déséquilibre de la sphère professionnelle. Ces grossesses étaient vécues comme chaotiques. Béatrice : « donc je pleurais, je me rappelle faire ce test de grossesse, revenir ici, dans mon lit, j'en voulais plus, j'en voulais plus, j'en voulais plus... Et puis après vous le perdez donc heu... Putain s'il faut c'est de ma faute, parce que je le voulais pas et tout... ».

4.3. Convaincre

4.3.1. Le consentement des professionnels de santé

Il était ressenti la nécessité de se battre pour obtenir le consentement du médecin à accéder à la demande : Camille « Mais j'ai tapé du poing sur la table. Mais vraiment hein c'est pas une métaphore, j'ai vraiment tapé du poing sur le bureau et je lui ai dit : « moi il faut m'accepter maintenant ! ». La force de caractère était décrite comme indispensable

pour arriver au bout du parcours. Les négociations étaient vécues comme agaçantes car en plus de la certitude de vouloir une stérilisation, la signature d'un consentement était vécue comme protégeant le médecin sur le plan légal en cas de regret.

4.3.2. Le consentement du mari

En plus du consentement écrit personnel, il pouvait être demandé celui du mari. Cette demande provoquait un sentiment de privation de liberté. Elle pouvait engendrer un sentiment de colère envers le professionnel de santé lorsqu'elle était perçue comme archaïque. Elle pouvait aussi être comprise mais elle provoquait alors un sentiment d'ambivalence avec le désir de décider pour son propre corps.

La détermination à aller au bout de la démarche conduisait à prévoir de mentir en cas de nécessité pour obtenir l'accord du médecin

4.4. La revendication de la liberté de choisir pour son corps

En miroir des parcours difficiles, une demande de stérilisation tubaire acceptée sans difficulté était vécue comme une marque de respect au droit à disposer librement de son corps. Helena : « j'étais très très contente, que ça puisse se faire (...) "merci, je peux choisir pour mon corps, merci !" (...) pour moi c'est le plus important, qu'on puisse choisir sur notre corps ! ».

Pour accéder à cette liberté, plusieurs souhaits étaient exprimés : l'exhaustivité de l'information sur la contraception, la prise en compte de l'existence d'un cheminement autonome en amont du délai de réflexion, et une attitude médicale bienveillante.

4.4.1. L'exhaustivité de l'information

Il était espéré une évolution des pratiques vers plus d'exhaustivité et de transparence sur la contraception. L'émergence de l'idée suite à la délivrance d'une information complète par un professionnel de santé sur la contraception avait été soulignée comme un point fort.

4.4.2. La prise en compte de l'existence d'un cheminement autonome

Le manque de prise en considération de l'existence d'un cheminement autonome avant de s'adresser à un professionnel de santé pour faire la demande était déploré. A l'inverse, la prise en compte de ce cheminement antérieur était soulignée comme un point fort du parcours.

Le sujet pouvait être vécu comme déjà tellement réfléchi et mûri que le concept d'un délai de réflexion de quatre mois semblait totalement superflu : Delphine « avant de prendre le rendez-vous, je peux vous dire que dans sa tête on a déjà réfléchi depuis très longtemps. On ne prend pas rendez-vous... enfin sur un coup de tête (...) Pour beaucoup de femmes c'est LE SUJET (elle insiste sur ces deux mots), vraiment important' ça attire à la maternité donc c'est... très, très, très important ! ». En revanche, lorsque la proposition de stérilisation tubaire émanait d'un professionnel de santé, le délai de réflexion était vécu comme très utile à la construction de leur propre cheminement.

4.4.3. La recherche d'une bienveillance médicale

Il était exprimé une forte reconnaissance lorsqu'une bienveillance médicale avait été ressentie. Il était souhaité que cette bienveillance soit généralisée.

Elle était perçue dans différentes modalités de la relation médecin-patient.

Elle pouvait être ressentie dans la perception d'une absence de jugement médical, et dans la posture médicale d'accompagnant. Cette posture procurait un sentiment de liberté de choix.

Pour d'autres, la bienveillance était perçue dans l'accompagnement émotionnel, qui permettait de se sentir comprise dans son choix. Ce rôle a pu être trouvé auprès du médecin traitant : Delphine « de savoir qu'on est écoutée, qu'on est entendue, qu'on peut comprendre aussi que ben... c'est pas forcément un choix évident à faire hein parce que ben... il y a du, quand même du définitif, mais quand même, j'ai senti que, ben s'il y avait besoin hé bien le temps, le temps pour en parler il était là, et qu'on était disponible. Et ça, ça a été très important au niveau psychologique. Parce que je savais que mon médecin comprenait, qu'elle était là ». A l'inverse, le manque d'accompagnement émotionnel remettait en doute la légitimité de la décision : Béatrice « On sait pourquoi on est là mais heu... un "ça va, mais c'est bien, vous avez eu 4 enfants...vous avez le droit", un "vous avez-le droit" [elle rit] "vous avez le droit de penser ça" [de ne plus vouloir d'enfant]. Non, il faut être combattant quoi hein je trouve...».

La posture idéale combinait alors explications, pédagogie et accompagnement.

Dans d'autres cas, la bienveillance pouvait être ressentie dans la perception d'une posture d'exécutant de tâche car elle permettait de se sentir respectée dans son choix : Helena « il a juste respecté. C'est comme quand vous allez à la boulangerie, à la boulangerie vous dites s'il vous plaît une baguette, elle vous la prend-elle vous dit bien cuite ou pas, et puis voilà, c'est tout. »

Dans l'espoir d'une prise en charge bienveillante de toutes les demandes, il était proposé que les médecins généralistes orientent leurs patientes vers des gynécologues répondants à ces critères.

4.5. Le vécu d'une injustice

Les situations de décalage entre les attentes des participantes et les réponses des professionnels de santé engendraient un sentiment d'injustice.

D'une part, ce sentiment d'injustice concernait le fait d'être laissée dans l'impasse contraceptive, engendrant un renvoi vers les peurs qui avaient motivé la demande de stérilisation, et d'être enfermée dans une spirale infernale d'échecs contraceptifs et de grossesses non désirées. Béatrice : « En fait le problème c'est que si vous voulez pas prendre d'hormones, si vous voulez pas de stérilet (...) il vous reste quoi ? Faire attention ? Faire attention, moi j'ai deux bébés c'est des J21, c'est pas des J14. C'est chaud ! (...) c'est chaotique, hein quand même ! (...) Ben je me suis sentie bloquée quand même hein, parce que quand vous tombez enceinte et que vous... Vous n'avorterez pas ça c'est... (...) je me suis retrouvée bloquée dans un système je trouve. »

D'autre part, ce sentiment d'injustice concernait le fait de ne pas se sentir libre de décider pour son corps et pour sa vie.

5. L'essor du courant child free

5.1. Une libération de la parole

Imbriqué dans les sujets de la stérilisation et de la liberté de choix, le thème des sans enfant par choix était spontanément abordé.

C'était un sujet encore perçu comme tabou socialement et propice à des jugements. Cependant, il existait le sentiment positif que c'était un choix de plus en plus assumé.

Il était désiré une distinction entre féminité et maternité. Delphine : « je pense que le fait d'enfanter [elle insiste sur ce mot], n'est pas obligatoire. Donc voilà, qu'on a ce droit-là, à dire « ce n'est pas parce que je peux porter des enfants que je dois porter des enfants [insiste sur « dois »]. Et voilà, que ça puisse être entendu, par le personnel masculin, féminin, peu importe, mais que ça puisse être entendu. »

5.2. L'existence du regret d'être parent

La possibilité d'un épanouissement sans enfant était reconnue, ainsi que la possibilité d'un regret d'en avoir eu.

La possibilité du regret d'avoir des enfants était expliqué par plusieurs raisons. Il pouvait ne pas être inné chez toutes les femmes d'avoir la fibre maternelle, sans que ce soit pathologique. Les influences sociales et familiales pouvaient être responsables de certains désirs d'enfants alors que le désir profond personnel n'y était pas. Il était déploré que la société rationalise le choix de ne pas vouloir d'enfant par l'existence obligatoire d'un mal être personnel, au lieu de le concevoir comme un possible épanouissement. France : « il y en a qui pourraient dire « oui mais c'est parce que elle a eu ça, elle était pas bien entourée, elle avait pas forcément de famille, en plus elle s'est fait larguer à chaque fois alors bon... » Non ! Non, non ! »

Les conséquences d'avoir un enfant non désiré étaient perçues comme plus graves que de regretter de ne pas en avoir à cause de la stérilisation : il était suspecté qu'un refus de stérilisation tubaire dans ce contexte engendre des risques de maltraitance pour l'enfant non désiré. France : « Y en a ils n'aiment pas les enfants, c'est important de le savoir parce qu'une personne qui n'aime pas un enfant et qui a un enfant...Voilà, là où naissent les maltraitances(...) Donc vaut mieux laisser les gens se stériliser et ne pas avoir d'enfants. »

5.3. La défense de la liberté à ne pas vouloir d'enfant

La liberté d'être sans enfant par choix était défendue. Camille : « D'être une femme ne veut pas dire qui dit femme dit grossesse. C'est pas une obligation. C'est aussi un choix de vie personnel. Donc je pense que le choix de la ligature doit être aussi un avis personnel ».

Il était déploré l'existence d'une difficulté d'accès à la stérilisation pour les femmes child free, difficulté constatée à la télévision ou sur les réseaux sociaux. Cet obstacle était suspecté être encore plus difficile à franchir que la barrière de l'âge.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Alors que la revue de la littérature laisse à penser que la stérilisation tubaire est une contraception difficile à obtenir en France, le vécu des femmes sur leur parcours pour y avoir accès est peu étudié. Ce travail exploratoire est un travail original qui a permis la découverte de concepts intéressants sur le phénomène.

Le modèle explicatif proposé est issu des données recueillies lors des entretiens et il est cohérent avec les concepts connus de la littérature.

Les choix de la recherche qualitative par phénoménologie interprétative et des entretiens individuels étaient adaptés à l'analyse du vécu du parcours de stérilisation tubaire, phénomène qui touche l'intimité.

Les entretiens étaient suffisamment longs pour garantir le développement des idées et des raisonnements des femmes interrogées.

En dehors de l'expérience commune de stérilisation tubaire, l'échantillon était diversifié sur la majorité des critères : statuts socio-économique et matrimonial, présence ou absence d'enfant.

L'ensemble de ces paramètres ont permis la richesse du recueil de données.

L'étude a été menée en respectant les grands principes méthodologiques de la recherche qualitative. Le recueil et l'analyse des données ont été effectués au fur et à mesure selon le principe d'itération. L'analyse a été réalisée initialement en aveugle par les deux chercheuses puis mise en commun, selon le principe de triangulation.

2. Limites de l'étude

2.1. Limites liées à l'échantillon sélectionné

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Il se pourrait que seules les femmes motivées et intéressées par le sujet aient été recrutées.

Un manque de diversité complète de l'échantillon sur l'âge de la stérilisation a été constaté, avec l'absence des tranches d'âge 18-25 ans et 45-49 ans. Ce fut un choix des chercheuses qui ont assumé être arrivées à suffisance des données sans interroger de femmes de ces tranches d'âge.

2.2. Limites liées aux enquêtrices

Certaines réponses ont pu être influencées par l'utilisation de questions trop fermées ou orientées, liée au manque d'expérience en tant que meneuse d'entretien semi-dirigé. Cette posture trop directive a été recherchée et discutée rétroactivement à chaque entretien, pour être corrigée au fur et à mesure des entretiens.

Il a pu être fait des erreurs d'interprétation de sens du fait de la subjectivité de l'enquêteur. Cette subjectivité est inhérente à la recherche qualitative et a été limitée par la triangulation de l'analyse et par la posture réflexive.

2.3. Limites liées aux femmes interrogées

Des déclarations erronées ont pu être faites par crainte du jugement. Deux raisons pourraient expliquer cette crainte : le sujet abordé touche la sphère de l'intime et la connaissance du statut de médecins des chercheuses.

Un délai de plusieurs années entre l'expérience de stérilisation tubaire et l'entretien a pu amener à faire également des déclarations erronées, par biais de mémoire.

2.4. Limites liées à la qualité des entretiens

Les conditions d'entretien n'ont pas toujours été optimales avec parfois la présence d'une tierce personne (le mari, un ou plusieurs enfants), ce qui a pu distraire ou influencer les réponses. Le choix de proposer un cadre idéal d'entretien sans l'imposer a été fait afin de les mettre en confiance.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés alors qu'il était préférable de mener des entretiens ouverts en phénoménologie interprétative. Ce choix a été fait pour que les entretiens soient plus adaptés au manque d'expérience méthodologique et ainsi limiter les risques d'erreurs liées à la posture d'enquêtrice et de pauvreté du recueil des données.

2.5. Limites liées à la qualité de l'analyse

La pertinence du travail n'a pas été vérifiée par un retour des participantes : les retranscriptions des entretiens ne leur ont pas été remises pour relecture et la cohérence du modèle explicatif par rapport à leurs représentations n'a pas été testée.

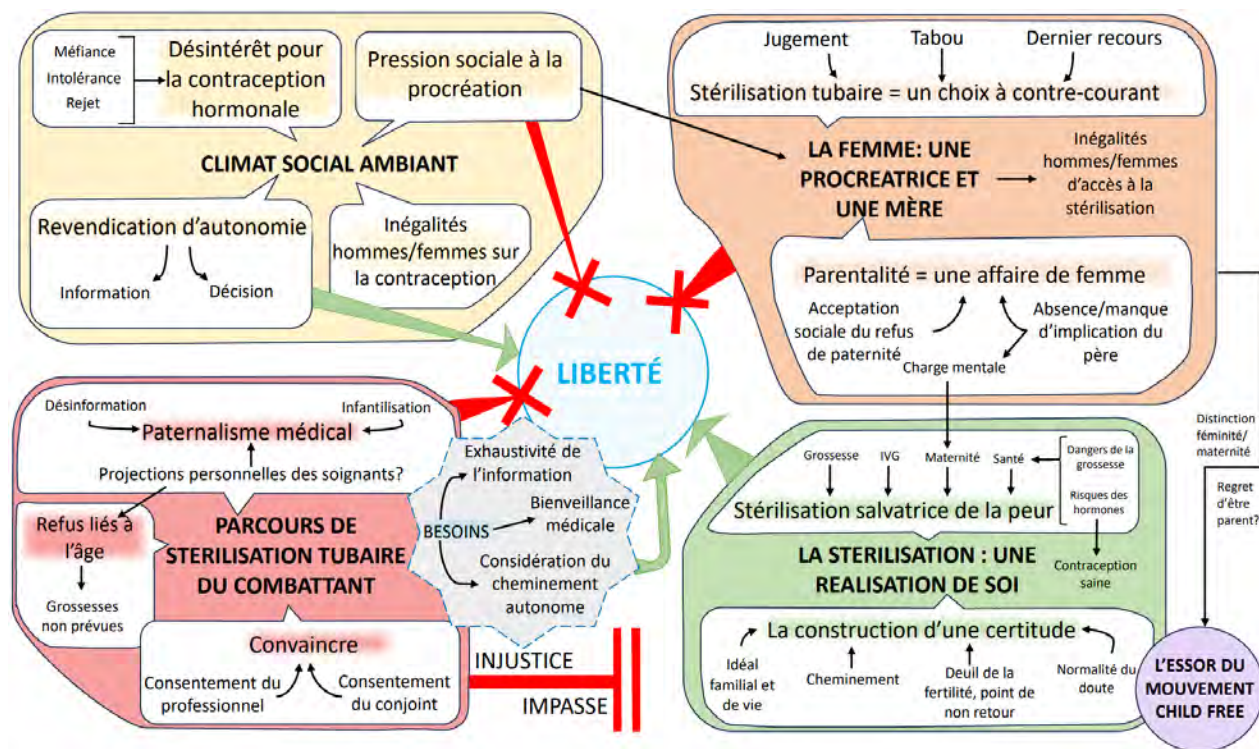
B. Discussion des résultats

Les résultats ont révélé un concept central : la liberté de la femme : liberté de penser par soi-même, liberté de choisir sa contraception, liberté de choisir pour son corps, liberté de choisir pour sa vie, liberté d'avoir une sexualité épanouissante, liberté de ne plus

vouloir d'enfant, liberté d'être sans enfant par choix. Ces libertés étaient ressenties par l'accès à la stérilisation tubaire et étaient revendiquées face aux obstacles rencontrés.

Les résultats ont été présentés sous forme d'un modèle explicatif qui sera discuté ci-après.

Figure 1 : Modèle explicatif concernant le parcours de stérilisation tubaire à partir de l'expérience vécue de femmes stérilisées



1. Climat social ambiant

1.1. Désintérêt pour la contraception hormonale

Un désintérêt pour la contraception hormonale était exprimé. Parfois les femmes se détournaient de cette contraception à cause d'effets secondaires qui altéraient leur qualité de vie. Mais parfois, le désintérêt était le fruit d'une méfiance à l'égard des hormones et pouvait aller jusqu'à leur rejet ferme et définitif.

Ce désintérêt rejoindrait le climat social ambiant de défiance pour la contraception hormonale décrit dans la démographe française Le Guen M. L'auteure l'explique notamment par la crainte d'effets secondaires après en avoir eu ou non, par le rejet de l'antinaturel ou par la peur de la contraception hormonale (37). Cette « hormonophobie » est alimentée par de fausses croyances circulant sur Internet et sur les forums de discussion (32,37). Dans l'étude qualitative menée par Sabbah F., le rejet des hormones et de ces

effets secondaires est exprimé par les femmes interrogées comme une motivation à vouloir une stérilisation tubaire (20).

A 10 ans de la crise de la pilule, son empreinte semblerait encore présente dans les mentalités. La contraception hormonales serait toujours imprégnée d'idées reçues négatives voire pourrait être diabolisée : la contraception hormonale serait vécue comme un danger, la contraception oestro progestative serait confondue avec la contraception micro progestative concernant ses risques et ses contre-indications.

La méfiance envers la contraception hormonale s'intégrerait dans le cadre d'une méfiance plus globale envers les pouvoirs publics qui autoriseraient sans scrupule la mise sur le marché de pilules potentiellement dangereuses pour la santé à des fins financières.

1.2. Revendication d'autonomie

L'autonomie dans la prise d'information et de décision était revendiquée pour avoir pleinement la liberté de choix de sa contraception, et plus largement, la liberté de choix pour soi-même.

Dans une enquête nationale sur la contraception sur près de 6000 femmes, une française sur quatre déclare ne pas prendre d'informations sur la contraception auprès d'un professionnel de santé alors qu'elles jugent toutes le choix de la contraception important (31). Ce qui montrerait l'importance qu'attribueraient les femmes à leur autonomie dans la prise d'information. Ce sentiment semblerait être partagé par les femmes de l'étude.

De Visscher H. explique le désir d'autonomie dans la prise d'informations des femmes par leur volonté d'être libre de penser par soi-même et ne pas être contrainte à partager la pensée collective (38).

Le désir d'autonomie des femmes dans la prise d'information sur la contraception pourrait aussi révéler un manque de confiance envers les professionnels de santé avec la peur de la désinformation médicale. Les femmes pourraient alors préférer prendre des chemins alternatifs, qu'elles percevraient comme plus sûrs, pour rechercher l'information : Internet, groupes d'entraide sur les réseaux sociaux. Ce manque de confiance s'inscrirait dans un climat d'évolution de la relation médecin/patient avec la fin de la confiance aveugle en le médecin qui détiendrait la vérité absolue. Pour améliorer la relation de confiance médecin/patiente, le professionnel de santé pourrait aborder la stérilisation tubaire au même titre que toutes les autres contraceptions possibles.

L'autonomie dans la prise de décision était revendiquée du fait de l'existence d'un sentiment de confiance en sa capacité à choisir la meilleure contraception pour soi-même.

Cette capacité à choisir est reconnue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) puisqu'il recommande en 2011 que la femme participe activement au choix de sa contraception. Ne pas respecter l'autonomie de la femme dans la décision reviendrait à lui limiter l'accès à une contraception adaptée. Or, les freins à la contraception adaptée diminuent l'efficacité contraceptive et augmentent le risque de grossesses non prévues et d'IVG (4). Le médecin se devrait donc de veiller à respecter la posture d'accompagnateur pour faciliter l'expression de l'autonomie de la femme dans le choix de sa contraception.

La capacité d'expertise du patient, qu'elle soit issue de son expérience ou de ses recherches personnelles et sa capacité à choisir sont reconnues dans la relation patient/médecin moderne dite partenariale (39). Les revendications d'autonomie des femmes de l'étude s'accorderaient donc avec ce qui est attendu d'une relation patient/médecin aujourd'hui.

1.3. Inégalités genrées sur le partage de la responsabilité contraceptive

Le constat d'une responsabilité exclusivement féminine de la contraception et des échecs contraceptifs était porté. Cette inégalité pouvait renforcer le sentiment de charge mentale de la femme et pouvait être vécue comme une injustice.

Plusieurs raisons à cette inégalité sont avancées dans la littérature. La médicalisation de la contraception dans les années 1970 fait basculer la responsabilité contraceptive partagée (retrait) vers une responsabilité contraceptive exclusivement féminine (pilule, DIU) (40). On assiste à l'apparition de nouveaux acteurs dans la prise en charge de la contraception qui n'interagissent jamais avec l'homme : le gynécologue et la sage-femme (13).

La France est marquée par une forte culture contraceptive féminine, en comparaison aux autres pays développés, ce qui rend non populaire la contraception masculine. Les hommes supportent respectivement 53% et 37% de la contraception en Espagne et aux Etats-Unis contre seulement 15% en France (41). Ces 15% correspondraient à l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle avant de passer définitivement la responsabilité contraceptive à la femme, comme le voudrait la norme contraceptive française genrée (40,41). La culture contraceptive féminine inciterait les représentations genrées sur la contraception : les hommes ne sont pas jugés aptes à tenir la responsabilité contraceptive par les professionnels de santé (13) et par les femmes (42) puisqu'ils ne peuvent tomber enceints. Ainsi, que ce soit l'homme ou la femme qui soit

contracépté dans le couple, l'inquiétude de la contraception reste sur la femme (42). Ce constat est également celui de l'enquête nationale sur la contraception menée en 2014 : alors que 96% des femmes interrogées trouvent le choix de la contraception important, seulement 37% en discutent avec leur conjoint (31).

L'homme peut difficilement prendre en charge la contraception puisqu'un faible nombre de contraceptions masculines fiables et remboursées sont disponibles : le préservatif et la vasectomie (13,43). Alors que la majorité des méthodes médicales féminines sont remboursées depuis 1974 (13), le préservatif l'est depuis 2018 (44).

Pour Serna E., la vasectomie est refusée par l'homme à causes d'idées reçues (c'est une atteinte à sa virilité) entretenues par l'absence d'éducation sexuelle et à la contraception des garçons dès l'adolescence (45). Pourtant, l'éducation à la sexualité dans la scolarité est une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001 (43). Cette loi reste peu appliquée par les pouvoirs publics qui maintiennent ainsi la contraception masculine dans « l'invisibilité » (43,45). Le manque d'implication de l'homme dans la contraception ne semblerait donc pas résulter que d'une faute individuelle.

Le ressenti d'une influence des pouvoirs publics pour la contraception féminine retrouvé dans ce travail s'accorderait donc avec la littérature.

Dans un but de réduction des inégalités genrées sur la question de la contraception, l'éducation à la sexualité et à la responsabilité contraceptive partagée des garçons et des filles, la posture médicale réflexive sur ses propres représentations et la proposition des contraceptions masculines au même titre que les contraceptions féminines lors d'une consultation sembleraient importantes.

1.4. Pression sociale à la procréation

L'existence d'une pression sociale à la procréation était ressentie par les femmes de l'étude : pression sociale en général, pression familiale ou pression médicale. Face à cette pression, la liberté de ne plus ou de ne pas vouloir d'enfant était revendiquée.

Les résultats rejoignent les données de la littérature. Bajos N. parle de « pression sociale et familiale » à faire des enfants en France en 2017 (21). Elle se traduit par « une grande empathie sociale et de moyens » pour les personnes qui sont naturellement infertiles, en comparaison aux personnes qui ne veulent pas ou plus d'enfant (20).

Les raisons à cette pression à la procréation pourraient découler d'un climat politique et culturel qui semblerait pronataliste :

Les données de la littérature rapportent que la France se démarque des autres pays européens par ses politiques natalistes (20,43,46), ce qui pourrait en faire le pays avec le

plus haut taux de fécondité d'Europe (46,47). La France se démarque aussi par la légalisation tardive de la stérilisation contraceptive et depuis, par son manque de diffusion au même titre que les autres contraceptions dans ses politiques de santé reproductive (48).

La France est profondément marquée par une culture nataliste (21,49,50). Elle prend ses origines dans la religion chrétienne catholique, religion prédominante en France (51). Pour l'Eglise catholique, la fécondité est un des quatre piliers du mariage. Le manquement à l'un des piliers rend invalide le mariage. Etant l'opposé de la fécondité, la stérilité volontaire pourrait donc être perçue comme un manquement aux responsabilités du mariage (52). L'Eglise voit la procréation comme essentielle à la réalisation personnelle de l'être humain. Cette position pronataliste de l'Eglise semblerait encore présente aujourd'hui : le Pape François déclare en 2022 que les personnes qui ne veulent pas d'enfant sont égoïstes (52). L'influence religieuse sur la fécondité a été mise en évidence par les démographes de l'INED qui constatent que les pratiquants ont plus d'enfants que les non pratiquants, qui eux-mêmes ont plus d'enfants que les sans religion (51).

Dans une étude qualitative sur l'exploration des représentations des médecins généralistes français à propos de la stérilisation tubaire à visée contraceptive, l'auteur suggère que les médecins sont influencés par la culture française pronataliste dans leur manière d'aborder la stérilisation tubaire avec leurs patientes. Ils ne parlent pas de stérilisation contraceptive avec leurs patientes de moins de 40 ans car pour eux le devoir de procréer avant cet âge pèse plus lourd dans la balance décisionnelle que la liberté de non procréer. 40 ans est l'âge qui renvoie culturellement plus à la période de déclin de la fertilité et à la ménopause qu'à la période de fertilité. Il semblerait que ces données aillent dans le sens du sentiment des femmes de l'étude : l'existence d'une influence des médecins par les racines religieuses de la culture française.

Les normes sociales sont les règles de la société qui régissent les interdits et les autorisations (38). Avoir des enfants serait une norme sociale en France. Cela inciterait donc à penser que se faire stériliser, d'autant plus en étant sans enfant par choix, serait un interdit. Selon De Visscher H., les enfants apprennent les règles sans se rendre compte que d'autres options peuvent exister (38). Les enfants pourraient donc être conditionnés à être parents plus tard sans prendre conscience de leur désir profond d'en avoir ou pas.

Désirer un enfant par influence de la société plus que par désir profond serait une manière de se conformer par soi-même à la norme sociale de procréer. Le refus de stérilisation tubaire pourrait être vu comme une manière indirecte d'être soumis, par l'autorité médicale, à cette norme. La résilience des femmes face à ce refus pourrait aussi

être une manière de s'y conformer. Or, se conformer par soi-même ou être soumis par l'autorité à la norme sociale est une entrave à la liberté individuelle de penser (38). Une nouvelle forme d'atteinte à la liberté pourrait ainsi être dévoilée.

Dans un but d'amélioration des pratiques, il pourrait être intéressant de prendre conscience de l'existence de cette pression sociale à la procréation et être réflexif sur comment elle pourrait influencer les pratiques professionnelles.

2. La femme : une procréatrice et une mère

2.1. La stérilisation, un choix à contre-courant du rôle de la femme

La stérilisation tubaire était vécue comme un choix non conforme aux représentations sociales perçues du rôle de la femme : être une procréatrice et être une mère. Ce choix a pu être vécu comme un tabou et engendrer une peur d'être jugée.

Le sentiment d'avoir pris un chemin anticonformiste en choisissant la stérilisation tubaire est aussi retrouvé dans la littérature. Des femmes childfree interrogées sur leurs motivations à vouloir la stérilisation expriment avoir « tourné le dos au système et à la tradition » et avoir « quitté le chemin habituel » (22). Ce sentiment serait d'autant plus fort chez les childfree parce qu'elles ne seraient jamais procréatrices et jamais mères comme le voudrait la norme sociale.

La peur du jugement sur le choix de la stérilisation s'inscrivait dans une peur plus globale sur le jugement de ne plus ou de ne pas vouloir être procréatrice et mère. Le ressenti d'un jugement ou d'une peur du jugement à l'égard de leur choix de stérilisation tubaire est aussi exprimé dans la littérature. On les accuse d'être folles, menteuses, irréfléchies (22), jeunes écervelées, malades (20) ou encore déviantes (50), de vouloir s'infliger une amputation (20). Quand elles ont des enfants, elles ont aussi le sentiment d'être jugées sur leur rôle de mère (20). Elles expriment qu'il est difficile d'aborder le sujet de la stérilisation contraceptive avec un professionnel de santé par peur d'être jugées (22,42).

Ne pas oser aborder son désir de stérilisation tubaire montrerait le tabou que représenterait le fait de ne plus ou de ne pas vouloir être mère dans la société. Au-delà de leurs propres préjugés, la non-information sur la stérilisation contraceptive pourrait être une manifestation d'un tabou ressenti par les professionnels de santé à aborder le sujet du non désir de procréation et d'être mère. Cette hypothèse rejoindrait les propos tenus dans l'étude.

Le choix de la stérilisation tubaire se faisait par les femmes en dernier recours, après avoir eu le sentiment d'être dans l'impasse avec la contraception réversible. Ce choix n'en serait donc pas vraiment un mais plus une solution par défaut. Elles pouvaient donc être inconsciemment conditionnées à assumer le plus longtemps possible le rôle de procréatrice qui incomberait à la femme.

Quand elle avait lieu, la proposition médicale de stérilisation tubaire se faisait aussi en dernier recours, appuyant ainsi l'avis de Sabbah F. : les gynécologues considèrent la stérilisation comme un dernier recours (20). Le médecin pourrait avoir proposé la stérilisation tubaire à regret lorsqu'aucune solution réversible n'était possible et qu'une détresse psychologique était vécue. Il pourrait penser avoir le devoir de conserver le rôle de procréation de la femme dans les limites de sa tolérance psychologique. Une exploration du vécu des médecins qui proposent la stérilisation tubaire en dernier recours pourrait être une piste de recherche intéressante pour en comprendre les raisons.

2.2. La procréation et la parentalité, des affaires de femmes

La pression sociale à la procréation était ressentie comme particulièrement marquée sur la femme, qui exprimait son droit à ne pas être réduite à son rôle reproducteur et revendiquait sa liberté à disposer de son corps. Le sentiment de responsabilité féminine de la parentalité était issu, d'une part d'expériences de manque ou d'absence d'implication du père et, d'autre part, du ressenti de la perception de représentations sociales différentes des rôles de père et de mère. Dans ce contexte, une inégalité genrée d'accès à la stérilisation contraceptive était ressentie. Pour Sabbah F. « féminité, fécondité et maternité sont confondues en France » (20).

Le fait que la procréation et la parentalité soient prioritairement des tâches de femmes est historiquement et culturellement ancré dans la société française. Le premier code civil place la femme mariée sous l'autorité de son mari. Elle ne peut travailler librement ni ouvrir un compte en banque et doit suivre son mari selon ses désirs (53). Il semblerait que la femme n'ait pas d'autre rôle que celui de procréer. Dans la première moitié du XXe siècle, l'école, la religion et la famille éduquaient les filles pour qu'elles deviennent des mères de famille (54). La légalisation et la diffusion de la contraception à la fin des années 1960 permettent aux femmes de se libérer de leur rôle de procréatrice : elles peuvent faire autre chose de leur vie que d'être mères. La France connaît alors une forte augmentation du nombre de femmes travailleuses (43). Malgré ces avancées pour l'égalité des sexes, la femme est toujours socialement assimilée à la maternité (19,20,50,55). Le constat que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à réduire voire cesser leur

activité professionnelle quand le couple devient parent a été porté dans la littérature (43). La place accordée au rôle de parent serait donc plus grande pour une femme que pour un homme.

La vasectomie serait plus simple d'accès que la stérilisation tubaire car, contrairement à la femme, l'homme n'est pas défini par son rôle reproductif. La société accepte que l'homme ne veuille pas être père alors qu'elle trouve inacceptable que la femme ne veuille pas être mère (50). La norme sociale de la parentalité pourrait expliquer les expériences d'absence ou de manque d'implication du père des femmes de l'étude.

Le risque de regret de la femme est socialement attendu car être femme et mère est perçu comme indissociable (50). Le refus de stérilisation tubaire pourrait donc être perçu par les professionnels de santé comme un moyen de la protéger de son risque de regret.

Le besoin de protéger la femme renvoie historiquement au code civil napoléonien : le mari doit protection à son épouse et l'épouse obéissance à son mari (53). Culturellement, il est toujours admis aujourd'hui que l'homme a moins besoin d'être protégé que la femme et qu'il est plus capable de prendre des décisions qu'elle (19).

Il semblerait que la société soit dans une aire évolutive où émergent des avancées pour se détacher de ces représentations sociales qui pourraient freiner la liberté des femmes.

3. La stérilisation : une réalisation de soi

3.1. Une stérilisation tubaire salvatrice des peurs

3.1.1. Des peurs motrices dans la démarche de stérilisation tubaire

Le ressenti d'une peur pouvait être une motivation dans la démarche pour obtenir la stérilisation : peur d'une grossesse non désirée et de ses conséquences ou peur des risques liés à la poursuite d'une contraception hormonale. Cette notion de peur est retrouvée dans la littérature (20,22,42,56). Cette peur pouvait augmenter jusqu'à devenir pathologique, on parle alors de tocophobie.

3.1.2. Libération des peurs : libération du corps et de l'esprit

Par la perspective d'une libération de la peur des grossesses non désirées en contexte d'impasse contraceptive, la stérilisation tubaire était perçue comme salvatrice du corps et de l'esprit. Ceci est décrit dans la littérature (20,22,42,56,57).

Le corps stérilisé est décrit comme un corps « naturel et contrôlé » (56), c'est à dire libéré de l'emprise des hormones et libéré du risque de grossesse. La stérilisation tubaire

est ainsi perçue comme la contraception optimale pour les femmes qui rejettent les hormones et la fertilité (22,56). C'est aussi un corps optimisé pour soi puisque plus aucune grossesse ni aucune contraception invasive ne pourra limiter les possibilités du corps par ses dommages (22,56). Ceci rejoindrait le ressenti exprimé d'une contraception saine.

La stérilisation est décrite comme un « processus de transformation d'une souffrance » (22) procurée par la charge mentale et l'angoisse de la fertilité en un « vécu de sécurité » (22) serein et éternel (20,22,42,57). L'esprit est aussi libéré de la pression à la procréation exercée par l'entourage (56).

3.1.3. La réappropriation du corps

La stérilisation tubaire est aussi vécue comme une manière de se réapproprier son corps par la suppression de l'emprise médicale sur le corps et la suppression de la possibilité que son corps soit « colonisé » par un enfant (22,56-58). Le corps est alors perçu comme « émancipé » (56). La perspective d'une réappropriation de son corps pouvait passer par la perspective de la libération de la sexualité qu'allait apporter la stérilisation tubaire, quand l'angoisse de voir ses peurs se réaliser menait à espacer ou éviter les rapports. La libération de la sexualité par la stérilisation est interprétée par Emma Tillich comme la possibilité pour la femme de vivre sa sexualité avec « l'inconséquence » de l'homme (56). Dans l'étude, les problèmes de couple perçus en réponse à l'évitement des rapports sexuels pourraient illustrer l'inconséquence de l'homme dans sa sexualité vis-à-vis du risque de grossesse. La stérilisation tubaire pourrait apporter une forme de libération à la femme en lui permettant de vivre elle aussi une sexualité inconséquente car dissociée de la maternité.

3.2. La construction d'une certitude

La décision de stérilisation tubaire était prise au terme d'une réflexion construite et personnelle sur la certitude de vouloir un arrêt de sa fertilité. Cette réflexion prenait différentes formes : un cheminement, un deuil de la fertilité avec atteinte d'un point de non-retour, la définition d'un idéal, la compréhension de l'ambivalence de ses sentiments.

Les modalités de construction de la certitude des femmes sont similaires avec les données de la littérature (20,42). La notion symbolique de deuil de sa fertilité est décrite comme la dimension essentielle à la prise de décision, qu'il s'agisse de ne pas ou ne plus vouloir d'enfant (20). L'arrivée au point de non-retour peut être accélérée par la survenue d'une grossesse non prévue ou par l'abstinence sexuelle résultant de la peur de sa survenue (42). C'était le cas dans l'étude lorsque la survenue de grossesses non prévues majorait la

peur et décuplait la détermination à vouloir une stérilisation. Au cours de ce cheminement, le doute est, de même que dans l'étude, considéré comme physiologique (42).

3.3. La réalisation de soi

Le passage par une phase de construction de la certitude, l'engouement et la détermination manifestés par la possibilité d'une stérilisation et, dans les parcours difficiles, le soulagement intense ressenti par son acceptation laissaient percevoir l'importance de l'enjeu de ce choix. Au-delà du choix d'une contraception, la stérilisation tubaire semblait mener vers une réalisation de soi par la construction d'un futur le plus épanouissant possible. Cette dimension de réalisation de soi est retrouvée dans la littérature sous différentes formes : un épanouissement de soi (22,58,57), une optimisation de soi (56), une valorisation de soi par la prise de décision courageuse et responsabilisante (42,58,57), une affirmation de soi avec la création d'une nouvelle identité plus alignée avec ses propres valeurs (22,57) et la recherche du plaisir en évitant la souffrance (56).

4. Le parcours du combattant

De même que dans l'étude, des expériences de parcours du combattant pour accéder à la stérilisation tubaire en France sont rapportées dans la littérature (20,56,59).

4.1. Désinformation et infantilisation

Il était rapporté un sentiment d'infantilisation lorsque la demande n'était pas entendue. Il était suspecté la délivrance de fausses informations et une non-information. Il semblerait que l'information médicale sur la contraception diffusée auprès des femmes soit incomplète et aille dans le sens d'une prise de contraception à condition qu'elle soit réversible. Sabbah F déplore que du slogan des années 1970 « un enfant si je veux, quand je veux » il n'ait été retenu que le « quand je veux » (20). Cela pourrait être un effet de la perception de la femme par les soignants comme une procréatrice et une mère, comme cela était suspecté par les femmes de l'étude.

Le droit à l'information est conféré par le principe de Liberté (60). Il est inscrit dans l'article 19 de la déclaration universelle des droits de l'homme (61) et dans la loi du 4 mars 2002 relative au droit des patients (62). Il est rappelé à travers le code de déontologie : le médecin a le devoir de délivrer à son patient une information « claire, loyale et appropriée » dans le but de lui donner la capacité de se prendre en charge en pleine autonomie (63). Un mécanisme de désinformation priverait le patient de son droit à l'information et donc de l'exercice de sa liberté.

4.2. Projections personnelles des soignants

Il était suspecté que les refus et réticences liés à l'âge découlent des différences entre les besoins personnels de la femme et les projections personnelles des soignants.

L'enquête Steri-Gyn, menée auprès des gynécologues français en 2007, rapporte que parmi les 7% de gynécologues qui se déclarent contre le principe même de stérilisation, 43% se gardent le droit de refuser sur un critère d'âge ou de nombre d'enfant (20). Il se pourrait donc que l'utilisation du prétexte de l'âge pour refuser cache parfois une valeur anti-stérilisation.

Il existe dans la littérature étrangère des concertations éthiques qui mettent en garde face à l'influence des projections personnelles des soignants dans le traitement des demandes de stérilisation tubaire (64,65). Aux Etats-Unis, il existe, par exemple, des antécédents de dérives telles que des acceptations influencées par le niveau socio-économique ou l'ethnie des patientes. Pour éviter de nouvelles dérives, le comité d'éthique des gynéco-obstétriciens américains a rédigé des recommandations encadrant la stérilisation tubaire en 2017 (64). Ils condamnent les refus motivés par le fait de vouloir protéger la femme nullipare de son regret futur de ne pas avoir d'enfant car ils découlent de l'influence dans l'esprit du médecin de la représentation de la femme par la société américaine comme une procréatrice et une mère. En Angleterre, la consultante en éthique Goldrath K. rappelle que même si les raisons de la femme à vouloir une stérilisation sont à l'opposé des valeurs personnelles du médecin, cela n'est pas une raison éthique pour refuser (65).

4.3. Convaincre : le consentement, oui mais de qui ?

Le combat consistait à convaincre un professionnel de santé d'accepter la demande de stérilisation tubaire, indépendamment de l'âge. Ce combat était à l'origine d'un sentiment largement partagé : celui de ne pas être libre de choisir pour son corps et pour sa vie, et ce malgré la signature d'un consentement par les femmes. Il s'agissait de faire consentir le professionnel de santé à faire signer le consentement.

En 2019, la HAS rappelle que la responsabilité de la décision de stérilisation revient uniquement à la personne qui va subir l'intervention (10). Le consentement écrit aurait pour but de protéger la personne, sur le plan légal, d'une stérilisation non consentie ou abusive, comme cela a pu être le cas en France (58).

Dans l'étude, pour convaincre le professionnel de santé à consentir, il a pu être nécessaire de fournir le consentement du conjoint. Cela concorde avec les pratiques d'un

quart des gynécologues acceptant la stérilisation en France en 2007 (20). Cela va à l'encontre de la loi (9) et des recommandations de la HAS (10) et semblerait ne pas respecter le principe d'autonomie.

4.4. Un combat contre le paternalisme ?

Dans l'étude, l'attitude des professionnels de santé qui refusaient l'accès en raison de l'âge était ressentie comme paternaliste.

Historiquement, le rejet du paternalisme naît des mouvements sociaux des années 1960. Il est issu de la prise de conscience collective de l'existence de trois principes inhérents à chaque individu : le principe de liberté, le principe d'affirmation de l'autonomie et le principe d'identité. Cela provoque une libération de l'individu, qui revendique alors sa liberté à disposer de son propre corps (60).

Les attitudes reprochées aux professionnels de santé par les femmes de l'étude sembleraient être en opposition avec ces 3 principes fondateurs du rejet du paternalisme : la désinformation s'opposerait à la liberté, l'infantilisation s'opposerait à l'affirmation de l'autonomie et l'influence des projections personnelles dans le jugement du projet de la femme s'opposerait à l'approche centrée sur l'individu et donc à la reconnaissance de son identité. Le rejet du paternalisme médical pourrait donc être au centre de ces combats.

4.5. Les souhaits des femmes

Des attentes vis-à-vis de l'attitude médicale idéale, attitude qui permettait de se sentir libre dans son choix et respectée dans son autonomie, étaient exprimées. Il était souhaité : une exhaustivité de l'information médicale, une bienveillance dans la prise en charge et une prise en considération du cheminement personnel. Ces trois souhaits sembleraient s'aligner avec les trois grands principes éthiques recommandés aux Etats-Unis au sujet de la consultation de stérilisation tubaire : l'exhaustivité de l'information médicale, l'accompagnement bienveillant et la reconnaissance des patients comme les experts de leur propre vie (64).

4.5.1. Exhaustivité de l'information médicale

Pour être exhaustive, l'information doit être délivrée sur toutes les méthodes contraceptives, mais aussi sur les bénéfices et les risques de chaque méthode (64). Ainsi, la réduction du risque de cancer de l'ovaire de type II après une salpingectomie bilatérale (64,66) et la notion de supériorité de la vasectomie en terme de sécurité et d'efficacité par rapport à la stérilisation tubaire (32,64) doivent être annoncés, au même titre que

l'existence d'un risque de regret (64). Dans l'étude, il était regretté de ne pas avoir bénéficié d'une information exhaustive et plus précoce. Les auteurs d'une étude qualitative suédoise sur le vécu de la prise de décision d'une stérilisation recommandent de fournir une information systématique et précoce sur la stérilisation, compte tenu de la dimension autonome du patient dans ses choix et du potentiel impact positif que peut avoir la stérilisation dans sa vie reproductive (42).

4.5.2. Accompagnement bienveillant

Pour être bienveillant, le médecin doit être accompagnant en étant centré sur le patient et non-paternaliste (64). Lorsque le médecin avait été perçu par les femmes de l'étude comme un accompagnant dans la prise de décision, cela avait été apprécié et procurait un sentiment de liberté de choix.

Lorsque l'accompagnement avait été perçu comme manquant sur le plan émotionnel cela avait provoqué un sentiment d'illégitimité, même après acceptation de la demande. Cela indiquerait que cette posture d'accompagnant puisse être bénéfique tout au long du parcours, que ce soit sur le plan de l'accompagnement dans la prise de décision ou sur le plan de l'accompagnement émotionnel.

4.5.3. Reconnaissance de la femme comme experte de sa propre vie

La reconnaissance des patientes comme les expertes de leur propre vie et de ce qui est significatif pour elles-mêmes (64) entrerait en résonance avec le désir exprimé par les femmes d'une prise en considération de leur réflexion personnelle en amont de la demande. L'application de ce principe semblerait même mener à plus qu'une simple prise en considération de cette réflexion personnelle, elle semblerait devoir placer cette réflexion personnelle au centre de la demande.

4.6. Une absence de cadre éthique précis autour de la stérilisation tubaire en France : une difficulté pour les médecins ?

Un cadre éthique précis est détaillé aux Etats-Unis et au Royaume-Unis car, en plus d'antécédents de dérives liées à l'influence des projections personnelles sur les pratiques, il est reconnu que la demande de stérilisation tubaire puisse être une situation complexe à appréhender pour les professionnels de santé. Cette complexité s'explique en raison du désir de non malfaisance face au risque de regret (64,65).

Il se pourrait que les parcours aient été compliqués pour les femmes de l'étude en raison de difficultés similaires pour les professionnels de santé en France à conjuguer loi,

recommandations des sociétés savantes, risque de regret et principe de non-malfaisance. Ces difficultés pourraient être expliquées par plusieurs raisons :

D'une part, il pourrait exister des difficultés d'adaptation des médecins au changement de statut de l'acte de stérilisation tubaire suite à la loi de 2001 : ce qui était qualifié de mutilation est devenu un acte accessible sans condition à toutes les femmes majeures (57,67).

D'autre part, il pourrait exister des difficultés dans l'interprétation des recommandations de bonnes pratiques médicales. Pendant la première décennie après la loi, le CNGOF recommande l'utilisation du score de Lérat (23). A cette époque, les médecins auraient ainsi été encouragés à prendre une décision selon la mesure du risque de regret. A partir de la deuxième décennie après la loi, le CNGOF juge l'utilisation de ce score controversée et le terme disparaît des recommandations (24). Au début de la troisième décennie après la loi, la HAS recommande toujours aux médecins de prendre des précautions d'emploi dans certaines situations pour lesquelles « les risques de la stérilisation peuvent l'emporter sur les bénéfices » (10). Ces situations sont définies selon des critères rappelant ceux du score de Lérat. Or, sans utilisation d'un score objectif et reproductible, cette évaluation du risque de regret semblerait ne dépendre plus que de l'appréciation du professionnel de santé. En raison du principe de non malfaisance, celui-ci pourrait refuser s'il estimait ce risque de regret trop élevé. L'hétérogénéité des pratiques pourrait donc s'expliquer par un désir de bienfaisance, car plus la femme est jeune au moment de la stérilisation tubaire et plus la probabilité de risque de regret augmente (68). Cette peur du risque de regret pouvait être perçue à travers l'utilisation du scénario de la mort pour refuser. Ce phénomène est décrit dans d'autres parcours en France (20).

Dans l'étude, il était ressenti par la femme être une exception lorsque le médecin acceptait ou proposait la stérilisation alors qu'il considérait l'âge trop jeune pour la pratiquer. La perception de justifications du médecin vis-à-vis de l'acceptation de la demande semblerait aller dans le sens d'une décision médicale faite en fonction d'une balance entre les risques de regret et les risques médicaux d'une grossesse (dans l'étude : prise d'un traitement tératogène, antécédents de handicap chez les enfants). Pour se sentir bienveillant en acceptant chez une femme jeune, le médecin semblerait donc avoir besoin que ce soit justifié par un risque médical.

4.7. Une balance des peurs dans la prise de décision ?

Il semblerait que le combat oppose les peurs des femmes et les peurs des professionnels de santé. Pour que le médecin se sente bienfaisant d'accepter la stérilisation

en l'absence de risque médical d'une grossesse, il serait nécessaire qu'il considère les peurs de la femme comme pesant plus lourd que le risque de regret.

Ce mécanisme pourrait expliquer le ressenti d'une attitude paternaliste par les femmes de l'étude. En effet, comme l'accès à la stérilisation dépend entièrement de l'accord d'un médecin, il se pourrait qu'il soit perçu, quand il refuse en raison de l'âge, comme faisant un choix de vie à la place de la femme. Ceci correspondrait à une forme de paternalisme latent en santé tel que décrit par le philosophe Ruwen Odgien (69). Goldrath K. énonce aussi que les refus liés à l'âge sont paternalistes. Elle rappelle le cadre de la clause de conscience : soit le médecin a un conflit moral avec le geste de stérilisation et ne l'autorise à personne, soit il n'a pas de conflit moral et dans ce cas, il n'est pas éthique de refuser la stérilisation à une personne majeure sur un critère d'âge (65).

4.8. La responsabilité du médecin : s'assurer de l'autonomie de la femme dans la prise de décision ?

Aux Etats-Unis, il est éthiquement condamné de refuser la stérilisation en raison de l'âge sur argument du risque de regret futur, car cela revient à nier l'autonomie de la patiente. Cela est considéré comme pire par les bioéthiciens que de donner le droit à la patiente de faire un choix qu'elle pourrait regretter (64). Le rôle du médecin dans la demande n'est pas de décider selon le risque de regret, il est de s'assurer que la décision soit prise en autonomie (64).

Cela rejoint les recommandations de la HAS qui rappellent que le rôle du professionnel de santé est de s'assurer que la personne qui engage sa responsabilité fasse ce choix de manière autonome c'est-à-dire de manière « libre, motivée et délibérée » (10).

L'évaluation par un comité d'éthique des demandes de stérilisation chez des femmes jeunes a été testée en France dans une étude qualitative. Sur les 59 demandes de stérilisation initialement refusées par les médecins en raison de l'âge, le comité d'éthique a émis un avis favorable pour 58 d'entre elles (70). Les résultats sembleraient montrer que les critères d'une acceptation éthique en France sont similaires à ceux des Etats-Unis : il semblerait qu'une acceptation éthique ne prenne pas en compte l'âge de la femme mais se centre sur la recherche de son autonomie.

En France, le Pr Glorion rappelle que la reconnaissance de l'autonomie de la personne implique au mieux de la laisser décider, sinon de la faire participer à la mise en place d'un traitement et permet à la personne d'exercer sa liberté (60).

Le comité d'éthique américain détaille que pour assurer ce rôle de recherche d'autonomie, notamment pour la recherche du caractère motivé de la demande, le médecin

doit se centrer sur la patiente et la reconnaître comme une identité singulière qui évolue dans son propre système de valeurs. Il précise que pour y parvenir, il est indispensable au médecin de s'émanciper du climat social dans lequel il évolue et de ses a priori en adoptant une posture réflexive (64). Dans l'étude, la réflexion centrée sur le vécu des femmes et la recherche d'une posture réflexive sembleraient, en effet, avoir aidé à la compréhension des motivations du désir de stérilisation tubaire.

Assurer l'autonomie ne semblerait pas compatible avec la posture de médecin exécutant, qui avait pu être pourtant souhaitée par les femmes dans l'étude. Cette posture est de plus en plus attendue par les patients en contexte de rejet du paternalisme médical (71). En effet, la posture d'exécutant impliquerait une absence de communication qui ne semblerait pas permettre la recherche du caractère libre, motivé et délibéré de la demande.

4.9. L'hétérogénéité des pratiques : un impact négatif pour les femmes ?

4.9.1. Un manque de confiance des femmes

Cette hétérogénéité des pratiques médicales semblait avoir pour conséquence de faire douter les femmes interrogées de l'honnêteté des professionnels de santé rencontrés. Cela rejoint la réflexion de Sabbah F. qui suspecte une fausse bienveillance médicale par le biais de l'utilisation du score de Lérat. Pour elle, c'est un outil scientifique permettant aux professionnels de santé de cacher leurs véritables raisons idéologiques de refuser une stérilisation (20). Cette hétérogénéité des pratiques pourrait contribuer à la perte de confiance envers le monde médical.

4.9.2. Des « situations quasi désespérées » ?

Un refus de stérilisation tubaire sur critère de l'âge engendrait des situations pouvant être vécues comme chaotiques. Ces situations sont aussi évoquées par Sabbah F. qui résume : « Au pouvoir des blouses blanches, créant des situations quasi désespérées, ne reste à opposer que la force des luttes » (20).

Un refus plaçait les femmes face à trois options : la reprise d'une contraception médicale réversible, vécue comme inadaptée, dangereuse ou défaillante ; l'utilisation de la contraception traditionnelle, vécue aussi comme défaillante ; ou la pratique d'une abstinence sexuelle. Aucune option n'était satisfaisante pour les femmes qui se sentaient alors dans l'impasse. Ces situations d'impasse contraceptive pouvaient provoquer des grossesses non désirées. De nouveau, trois solutions se présentaient : abandonner l'enfant, faire une IVG, garder l'enfant contre son gré. Une quatrième option radicale était évoquée : se suicider, car la mort pouvait sembler plus tolérable que les trois autres options. Ne pas

écouter les besoins d'une femme et la laisser dans l'impasse contraceptive pourraient revenir à nier les conséquences chaotiques que peut avoir une grossesse dans sa vie. Les conséquences graves qui pourraient découler de refus en raison de l'âge, comme décrites dans la littérature et vécues par les femmes de l'étude, laisseraient percevoir une dimension finalement non bienfaisante dans les refus liés à l'âge.

Le Dr Paddy McQueen, spécialisé dans la recherche en éthique, recommande aux professionnels de santé de voir l'acceptation d'une demande de stérilisation tubaire comme le moyen d'éviter la survenue ultérieure de situations non épanouissantes pour les femmes. C'est par la contribution au non mal-être ultérieur que l'acceptation est bienfaisante (19).

4.9.3. Le vécu d'une injustice

Un sentiment d'injustice était provoqué d'une part, par le vécu d'une situation d'impasse contraceptive et d'autre part, par le vécu d'une entrave à la liberté de faire des choix pour son corps et pour sa vie.

Le vécu d'une situation d'impasse contraceptive renvoyait vers les peurs de la femme. Le renvoi vers les peurs et la sensation d'être bloquée dans une spirale infernale de grossesses non désirées pourraient être interprétés comme un obstacle à la réalisation de soi et une non reconnaissance de l'identité de la femme.

Le sentiment d'une entrave à la liberté de faire des choix pour son corps et pour sa vie semblerait issu de la perception de la non reconnaissance de l'autonomie de la femme.

4.10. Les perspectives pour la recherche

La consultation pour demande de stérilisation semblerait ainsi être inconfortable pour les deux acteurs de la démarche. Il pourrait être intéressant d'explorer si les médecins se sentent responsables de l'évaluation du risque de regret et d'explorer le vécu de ceux qui refusent ou sont réticents à pratiquer une stérilisation en raison d'un jeune âge. Cela permettrait de mieux évaluer le poids de ce phénomène dans les parcours difficiles.

5. L'essor du courant child free

Le thème des femmes sans enfant par choix s'est démarqué par sa récurrence et sa connexion avec les autres thèmes. Il n'était cependant pas positionné de manière centrale dans le modèle explicatif car il ne faisait pas partie du vécu de la plupart des participantes. La place de ce thème en bas à droite représenterait une ouverture vers l'avenir, car bien que tabou dans la société (35,50,59,72,73), il était ressenti par les femmes interrogées une libération de la parole à ce sujet et un essor de ce mouvement. Les chiffres français

retrouvés dans la littérature confirment cette tendance : 2% des femmes en âge de procréer déclarent ne pas vouloir d'enfant en 2006, 4.3% en 2010, et 30% en 2022 (34,74). Les réseaux sociaux sont un point d'échange central et très actif à ce sujet (35,59).

Les notions d'épanouissement dans une vie sans enfant et de distinction entre féminité et maternité rapportées dans l'étude sont relayées dans la littérature (35,59). En parallèle, la libération de la parole aux sujets de la charge mentale d'être parent et du regret d'être parent émerge et est reconnue comme motrice du mouvement child free (59). Selon un sondage en 2022, le regret de la parentalité concerne 13% des parents (74). Ce mouvement child free pourrait s'inscrire dans une volonté d'émancipation de la femme.

Le développement du mouvement en France semblerait être tardif en comparaison à d'autres pays occidentaux, comme l'Allemagne. Néanmoins, dans un climat de remise en question de la place de la femme dans la société il se pourrait que ce mouvement se développe. L'augmentation des demandes de stérilisation tubaire chez les child free est actuellement en augmentation (22) et ceci pourrait s'expliquer aussi par le climat actuel de rejet des hormones.

Les parcours pour obtenir une stérilisation dans ce contexte sont aussi décrits comme de vrais parcours du combattant (59). En prenant ces parcours à titre d'exemple par les femmes de l'étude, il était défendu plus que la liberté à accéder à une stérilisation quel que soit l'âge, celle d'être libre de choisir de ne pas vouloir d'enfant.

V. CONCLUSION

La stérilisation tubaire est une contraception peu utilisée en France. Alors que la loi ne prévoit pas de condition d'âge ou de nombre d'enfant, il semblerait que le refus médical de stérilisation tubaire ne soit pas un événement rare. Dans ce contexte où l'accès à la stérilisation tubaire semblerait difficile, il paraissait intéressant d'explorer le vécu des femmes ayant fait le choix de cette contraception et de les interroger sur leur parcours pour l'obtenir. Une analyse qualitative phénoménologique a été réalisée.

La liberté, par son vécu ou par sa revendication, était au centre des réflexions. La demande de stérilisation tubaire s'inscrivait dans un climat social de revendication de la liberté à choisir sa contraception. La perception d'une étiquette sociale de procréatrice et de mère sur la femme était vécue comme un frein à la liberté de vouloir se faire stériliser. Dans le désir de stérilisation tubaire, il semblait exister un enjeu de réalisation de soi. Son accès permettait de ressentir une libération des peurs de la grossesse et des hormones, et une liberté à faire ses propres choix de vie. Les conséquences des difficultés d'accès à la stérilisation tubaire étaient vécues comme injustes : situation d'impasse contraceptive imposée, liberté de décider pour soi-même entravée. Les clefs de l'accès à la liberté étaient l'exhaustivité de l'information médicale, la bienveillance médicale et le respect du cheminement de la femme dans l'accompagnement de son choix. Le mouvement child free était perçu comme en essor. Il remettait en question les liens entre féminité, procréation et maternité. La liberté de choisir de ne pas vouloir d'enfant était revendiquée.

Il semblerait que le décalage entre la posture médicale souhaitée par les femmes et la posture médicale tenue puisse être à l'origine du sentiment de parcours du combattant. Il se pourrait que les médecins français ressentent des difficultés à se trouver non-malfaisants en acceptant la demande d'une femme jeune ou sans enfant, en raison du risque de regret. L'acceptation pourrait alors être perçue par les médecins comme bienfaitrice quand le risque médical de grossesse, ou les peurs des femmes, pèsent plus lourd dans la balance décisionnelle que le risque de regret. Mais la responsabilité du médecin doit-elle être de décider selon le risque de regret ? Un refus de stérilisation tubaire ne semblerait pas toujours bienfaitant puisqu'il pouvait contribuer à la non réalisation de soi, non reconnaissance de l'identité et de l'autonomie de la femme et à la privation de sa liberté de choix. Les réflexions éthiques existantes montreraient que la responsabilité du médecin soit de s'assurer de l'autonomie de la femme dans sa prise de décision : décision libre, motivée et délibérée. Il pourrait être intéressant d'explorer le vécu de la responsabilité du médecin lors d'une demande de stérilisation tubaire et le vécu de ceux qui refusent ou sont réticents à accepter une demande de stérilisation chez une femme jeune ou sans enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. United Nations. Population Division. World Contraceptive Use 2022 [Internet]. [cité 05 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use>
2. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre sante 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Sante publique France, 2017. [cité 8 juill 2021]. 8 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. Paris : Population et Sociétés - Ined éditions ; mai 2014 [cité 23 juill 2021]. 4 p. 511. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>
4. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. Nov 2018 [cité 9 août 2021]; 46(12):777-785. DOI : 10.1016/j.gofs.2018.10.005
5. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
6. Christin-Maitre S. La contraception à travers le monde. Med Sci (Paris). Mai 2022;38(5):457-463. DOI: 10.1051/medsci/2022058
7. United Nations. Division UP. World contraceptive use, 2011 [Internet]. UN; 2011 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/703658>
8. United Nations. Division UP. World contraceptive patterns 2013 [Internet]. UN; 2013 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/789600>
9. Légifrance. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. JORF; 7 juill 2001 [cité 16 août 2023]. (1). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
10. Eric D. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. HAS; avr 2013 MAJ juill 2019 [cité 6 mai 2021]. 4 p. Disponible sur:

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-sterilisation.pdf>

11. Eurêkoi [Internet]. Strasbourg: Médiathèques de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg. Quelles sont les lois relatives au droit à la stérilisation volontaire (ligature ou vasectomie) dans les pays francophones et en Angleterre ?; janv 2012 [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://www.eurekoi.org/quelles-sont-les-lois-relatives-au-droit-a-la-sterilisation-volontaire-ligature-ou-vasectomie-dans-les-pays-francophones-et-en-angleterre/>

12. Ministère de la santé et de la prévention. Livret d'information : Stérilisation à visée contraceptive [Internet]. juill 2022 [cité 16 août 2023]. 28 pages. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_d_informationsterilisation_a_visee_contraceptive_2022.pdf

13. Le Guen M. Évolution des usages contraceptifs - Une pratique millénaire et deux révolutions. *Med Sci (Paris)*. juin 2021;37(6-7):641-646. DOI: 10.1051/medsci/2021081

14. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyat F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. Juill 2022;50(7-8):535-541. DOI: 10.1016/j.gofs.2022.04.005

15. Ined - Institut national d'études démographiques. Contraception : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans [Internet]. Ined éditions; mai 2018 [cité 23 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>

16. Insee. Femmes et hommes, l'égalité en question. Contraception et IVG [Internet]. Montrouge: Insee Références; 2022 [cité 19 juill 2023]. 142-143. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805>

17. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 [Internet]. Dress; sept 2022 [cité 26 juill 2023]. Rapport no : 1241. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la>

18. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG [Internet].

Revue française des affaires sociales. 2011 [cité 3 juill 2023];(1):148-161. DOI: 10.3917/rfas.111.0148

19. McQueen P. Autonomy, age and sterilisation requests. *J Med Ethics* [Internet]. 2017 [cité 5 août 2023];43:310–313. Disponible sur: <https://www-jstor-org-s.docadis.univ-tlse3.fr/stable/44609989> DOI:10.1136/medethics-2016-103664

20. Sabbah F, Bonanni N. « En êtes-vous bien sûre ? ». *Z : Revue itinérante d'enquête et de critique sociale* [Internet]. 2016 [cité 30 juill 2021];10(1):168-173. DOI: 10.3917/rz.010.0168

21. Thomas M. Contraception. Stérilisation : la France peine à sauter le pas. *Libération* [Internet]. Janv 2018 [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2018/01/18/sterilisation-la-france-peine-a-sauter-le-pas_1623540/

22. Ninane N, Mottrie C, Colman S, Duret I. La stérilisation volontaire à visée contraceptive comme facteur de transformation positive chez des femmes sans enfant. *Cahiers de psychologie clinique* [Internet]. 3 oct 2022 [cité 24 juill 2023];59(2):169-196. DOI: 10.3917/cpc.059.0169

23. Lopes P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. CNGOF. La stérilisation tubaire Indications, techniques, résultats et conséquences [Internet]. Paris: CNGOF;29 nov 2006 [cité 19 juill 2023]. 135-146. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_135_lopes.pdf

24. Robin G, Letombe B. Sessions de gynécologie médicale - Nantes, 2-4 décembre 2015 : Limites de la contraception. *La Lettre du Gynécologue* [Internet]. 2016 [cité 30 août 2023];401. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-gynecologue/n-401-avril-2016/sessions-de-gynecologie-medicale-nantes-2-4-decembre-2015>

25. Platz-Christensen JJ, Tronstad SE, Johansson O, Carlsson SA. Evaluation of regret after tubal sterilization. *Int J Gynecol & Obstet*. 1992; [cité 4 mars 2021];38(3):223-226. DOI: 10.1016/0020-7292(82)90132-1

26. Hollander D. Five Years after Their Own or Their Husband's Sterilization, Few Women Regret the Decision. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* [Internet]. sept 2002; [cité 26 avr 2021] 34(5):265. DOI 10.2307/3097826

27. MacKenzie IZ, Thompson W, Roseman F, Turner E, Guillebaud J. Failure and Regret After Laparoscopic Filshie Clip Sterilization Under Local Anesthetic. *Obstet Gynecol* [Internet]. Févr 2009 [cité 13 août 2021];113(2, Part 1):270-275. DOI: 10.2307/3097826
28. Legendre G, Varoux M, Nazac A, Fernandez H. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2014 [cité 8 août 2021];43(1):387-392. DOI: 10.1016/j.jgyn.2013.10.010
29. Becner A, Turkanović AB, But I. Regret following female sterilization in Slovenia. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. Juill 2015 [cité 19 avr 2021];130(1):45-48. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.02.024
30. Siemons SE, Vleugels MPH, Van Balken MR, Braat DDM, Nieboer TE. Male or female sterilization - the decision making process: Counselling and regret. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. Sept 2022 [cité 2 août 2023];33:100767. DOI: 10.1016/j.srhc.2022.100767
31. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynecol Obstet Fertil* [Internet]. Juin 2014 [cité 5 août 2021];42(6):415-421. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2014.04.008
32. HAS. Document de synthèse - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Saint-Denis-La-Plaine: HAS; avr 2013 [cité 30 août 2023]. 50 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
33. Lincoln E, McKay R, Schunmann C. Male and female sterilisation. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2020 [cité 9 août 2023]; 30(7):219-224. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.03.009
34. Debest C, Mazuy M. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant [Internet]. Paris: Population et Sociétés - Ined éditions; fev 2014 [cité 10 août 2021]. 508. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/rester-sans-enfant-choix-vie/>
35. Gotman A. Le choix de ne pas avoir d'enfant, ultime libération ? Travail, genre et sociétés [Internet]. Mai 2017 [cité 14 août 2021];37(1):37-52.

36. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. CNGE Productions, Global Media Santé ; janvier 2021.
37. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, De La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science & Medicine* [Internet]. Sept 2021 [cité le 13 août 2023];284 :114247. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114247
38. De Visscher H. La pression sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2023]; 112(4):505-527. DOI: 10.3917/cips.112.0505
39. Adli L. Être en relation avec le patient. Dans De La Tribonnière X. *Pratiquer l'éducation thérapeutique* [Internet]. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016 [cité 24 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/Etre-en-relation-avec-le-patient>
40. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction [Internet]. 2021 [cité 15 sept 2023];70(1) :157-184. DOI : 10.3917/cdge.070.0157
41. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornebas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation [Internet]. Paris : Population et Sociétés - Ined éditions ; nov 2017 [cité 30 juill 2021]. 549. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>
42. Ehn B, Anderberg P, Berglund JS, Lilje S. The process of opting for female permanent contraception: A qualitative study of women's experiences in Sweden. *Contraception* [Internet]. 2021 [cité 9 août 2023];103(1):p48-52. DOI: 10.1016/j.contraception.2020.10.003
43. Séhier V. Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès – Etude du Conseil économique, social et environnemental [Internet]. Paris : Journaux officiels, octobre 2019 [cité 19 sept 2023]. 107 p. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Etudes/2019/2019_25_droits_sexuels_reproductifs.pdf
44. Ministère de la Santé et de la Prévention. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 27 nov

2018 [cité 15 sept 2023]. 1 p. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>

45. Serna É. La contraception dite masculine : un enjeu féministe. Dépossession ou réappropriation ? *Revue du Crieur* [Internet]. 2022 [cité 28 juill 2023];20(1):78-93. DOI : 10.3917/crieu.020.0078

46. Pison G. France : la fécondité la plus élevée d'Europe [Internet]. Paris : Population et Sociétés - Ined éditions ; mars 2020 [cité 30 juill 2021].575. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/france-fecondite-plus-elevee-europe/>

47. Papon S. Bilan démographique 2021 : La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19 [Internet]. Montrouge : Insee Première, janv 2022 [cité 19 juill 2023]. 4 p. 1889. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#figure4_radio1

48. Roux A. Sociologie de la contraception en France. *Med Sci* [Internet]. Juin 2021 [cité 9 août 2021];37(6-7):647-653. DOI: 10.1051/medsci/2021093

49. Cadot M. Contraception définitive féminine : Pratiques et représentations de médecins généralistes. *Médecine* [Internet]. Mai 2015 [cité 8 juill 2021];11(5):232-236. DOI: 10.1684/med.2015.1239

50. Lalonde D. Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization. *Bioethics* [Internet]. Avr 2018 [cité 26 avr 2021];32(5):p281-288. DOI: 10.1111/bioe.12431

51. Régnier-Loilier A, Prioux F. La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux ? [Internet]. Paris : Population et Sociétés – Ined éditions ; 2008 [cité 17 sept 2023];447(7):1-4. DOI: 10.3917/popsoc.447.0001

52. Herinckx C. CathoBel. Mariés sans enfants: qu'en pense l'Eglise? [Internet]; juin 2022 [cité 17 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cathobel.be/2022/04/maries-sans-enfants-que-pense-leglise/>

53. Assemblée nationale. 200 ans de Code civil [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/evenements/code-civil-1804-1.asp>

54. Ruault L. Libération sexuelle ou « pression à soulager ces messieurs » ? Points de vue de femmes dans les années 68 en France. *Ethnologie française* [Internet]. 2019 [cité 19 sept 2023];49(2):373-389. DOI: 10.3917/ethn.192.0373
55. Rozée Gomez V. Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation. *Recherches familiales* [Internet]. Juin 2015 [cité 19 sept 2023];12(1):43-55. DOI: 10.3917/rf.012.0043
56. Tillich E. « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant. *Ethnologie française* [Internet]. Oct 2019 [cité 12 avr 2021];49(4):787-801. DOI:10.3917/ethn.194.0787
57. Charton L. La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille. *Recherches familiales* [Internet]. Mai 2014 [cité 8 juill 2021];11(1):65-73. DOI: 10.3917/rf.011.0065
58. Charton L, Lapiere-Adamcyk E. Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec. Dans *Démographie et Cultures (Actes du colloque de Québec, 2008)* [Internet]. Association Internationale des Démographes de Langue Française,2008 [cité 8 oct 2021]. p 63-76. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/livres/actes-des-colloques-de-lassociation-internationale-des-demographes-de-langue-francaise/demographie-cultures-actes-colloque-quebec-2008/001494co/>
59. Dubus Z, Knibiehler Y. La non-parentalité au XXIe siècle. Étude des childfree. *Sextant - Revue de recherche interdisciplinaire sur le genre et la sexualité* [Internet]. Déc 2019 [cité 2 mars 2022];(36):191-208. DOI: 10.4000/sextant.417
60. Glorion B. Droit des malades et améliorations des soins. *Tribunes. ADSP* [Internet]. Sept 2001 [cité 29 sept 2023];(36):51-57. Disponible sur: [file:///C:/Users/L%C3%A9a/Desktop/Downloads/ad365157%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/L%C3%A9a/Desktop/Downloads/ad365157%20(5).pdf)
61. Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. UN ;2015 [cité 29 sept 2023]. 8 p. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
62. Légifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. JORF; 5 mars 2002 [cité 29 sept 2023]. (1). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

63. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie [Internet]. MAJ 25 fev 2021 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
64. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. Committee Opinion. No 695. *Obstet Gynecol* [Internet]. Avr 2017 [cité 27 juill 2023];129(4):109-116.
65. Goldrath K, Smith LB. Case study: Doctor Knows Best? Tubal Ligation in Young, Childless Women. *The Hastings Center Report* [Internet]. 2016;46(5):9-10. DOI: 10.1002/hast.610
66. Darelius A, Kristjansdottir B, Dahm-Kähler P, Strandell A. Risk of epithelial ovarian cancer Type I and II after hysterectomy, salpingectomy and tubal ligation—A nationwide case-control study. *Int J Cancer* [Internet]. 15 oct 2021 [cité 5 août 2023];149(8):1544-1552. DOI: 10.1002/ijc.33714
67. Briex M. Neuf mois et moi - La stérilisation. *Spirale* [Internet]. 28 nov 2013 [cité 9 août 2021];68(4):178-182. DOI: 10.3917/spi.068.0178
68. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* [Internet]. Févr 2006 [cité 3 mars 2021];73(2):205-210. DOI:10.1016/j.contraception.2005.08.006
69. Filleul A, Drolet MJ, Hudon A. Démasquer le paternalisme latent en santé : apports du philosophe Ruwen Ogien. *Can J of Bioeth* [Internet]. 2023 [cité 29 sept 2023];6(2):107-119. DOI: 10.7202/1101132ar
70. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand GG, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs [Internet]. Juill 2020 [cité 6 mai 2021].
71. Le Coz P. La bioéthique à l'heure de la transition individualiste. *Études* [Internet]. Mai 2018 [cité 14 août 2021];(5):59-70. DOI: 10.3917/etu.4249.0059

72. Watling Neal J, Neal ZP. Prevalence, age of decision, and interpersonal warmth judgements of childfree adults: Replication and extensions. Plos One [Internet]. Avr 2023 [cité 29 sept 2023] ;18(4) DOI: 10.1371/journal.pone.0283301
73. Masella MA, Marceau E. La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique. Can J Bioeth [Internet]. Avr 2020 [cité 4 avril 2021];3(1):58-69. DOI: 10.7202/1068764ar
74. Kraus F, Jussian L. En avoir ou pas ? Enquête auprès des Françaises sur leur désir d'enfant et le regret maternel [Internet]. IFOP; 2022 [cité 29 septembre 2023]. 26 p. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/10/Ifop_ELLE-enfant.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)
exemplaire destiné à la/au patient(e)

1- Je soussigné(e)
certifie :

- avoir sollicité le Dr, afin qu'il réalise sur moi une stérilisation à visée contraceptive pour les raisons dont nous avons discuté, ce jour ;
- avoir reçu de sa part une information sur :
 - les différents moyens contraceptifs adaptés à ma situation,
 - la stérilisation : les techniques proposées, les contre-indications éventuelles, les risques d'échecs et d'effets indésirables, les conséquences de l'intervention et notamment son caractère à priori irréversible ;
- avoir reçu un dossier d'information ;
- avoir été informé(e) de la nécessité de respecter un délai de 4 mois entre la présente consultation et la signature du consentement préalable à l'intervention.

Date

Signature

2- Je soussigné(e), Dr certifie avoir été saisi(e) par M. d'une demande de stérilisation à visée contraceptive, avoir été informé(e) des motifs de sa demande, lui avoir délivré une information complète sur cette intervention dans les conditions prévues par l'article 26 de la loi n°2001-588 4 juillet 2001, lui avoir remis un dossier d'information écrit.

Date

Signature

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001-
article 2123-1 du code de la santé publique
exemplaire destiné à la/au patient(e)

Je soussigné(e)
déclare :

- avoir reçu une information complète sur la stérilisation à visée contraceptive ;
- confirmer librement ma demande d'intervention formulée le / /
auprès du Dr
;
- avoir la possibilité de retirer ce consentement à tout moment avant l'intervention
(article L. 1111-4 du code de la santé publique).

Date

Signature

Annexe 3 : Score de Lérat, score d'aide à la prise de décision face à une demande de stérilisation tubaire à visée contraceptive

Score	1	2	3	4
Âge femme	≤ 35 ans	36-37	38-39	≥ 40
Nombre enfants	2	3	4	≥ 5
Âge dernier enfant	≥ 5 ans			
Pathologies mineures, C-I relatives à la grossesse	1	2		
Difficultés de contraception	1-2	3-4		
IVG	1	≥ 2		

Annexe 4 : Efficacité contraceptive des différentes méthodes de contraception à 1 an d'utilisation, en pratique (données de l'OMS 2011)

Méthode contraceptive	Indice de Pearl = taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation
Implant contraceptif	0.05%
Vasectomie	0.15%
DIU hormonal	0.2%
Stérilisation tubaire	0.5%
DIU au cuivre	0.8%
Progestatif injectable	6%
Pilule	9%
Patch contraceptif	9%
Anneau vaginal	9%
Diaphragme + spermicide	12%
Préservatif masculin	15%
Préservatif féminin	21%
Retrait	22%
Méthode de connaissance de l'ovulation	25%
Spermicides	29%
Cape cervicale	32% chez les femmes paires, 16% chez les femmes nullipares

A Toulouse,
Le 07/11/2021,

A l'attention des Médecins Généralistes, Gynécologues, Sages-Femmes de l'ancienne région Midi-Pyrénées et de l'ancienne région Poitou-Charentes,

Objet : recrutement de participantes pour notre travail de thèse

Chère consœur, cher confrère,

Nous venons de terminer notre internat de Médecine Générale à Toulouse et nous réalisons une thèse qualitative sur le parcours et le vécu des femmes ayant eu recours à une stérilisation tubaire à visée contraceptive. Notre étude est réalisée en binôme et est menée sous la direction du Dr Anne FREYENS.

Nous vous sollicitons pour nous aider dans notre recrutement.

Nous cherchons à recruter des femmes, majeures, sans handicap mental, ayant eu une stérilisation tubaire à visée contraceptive, toutes méthodes confondues (ligature des trompes, Essure), à partir de 2001 (année de la légalisation française), en France et vivant actuellement en ex-région Midi-Pyrénées ou en ex-région Poitou-Charentes. Notre échantillon doit être le plus diversifié possible sur les critères socio-démographiques.

Cela nous serait d'une grande aide si vous aviez des femmes dans votre patientèle entrant dans ces critères et qui seraient éventuellement intéressées par notre étude.

Vous pouvez alors leur remettre la lettre à destination des participantes (ci jointe) et nous transmettre leurs coordonnées avec leur accord. Nous les contacterons par la suite pour leur apporter plus de précisions sur le déroulement de l'étude, comme mentionné sur la lettre que vous leur aurez remise.

Vous pouvez nous contacter si vous souhaitez plus d'informations.

Nous vous laissons nos coordonnées.

Juliette GEORGE : 06.XX.XX.XX.XX

Léa MAGAUD : 07.XX.XX.XX.XX

En vous remerciant. Cordialement,

Juliette GEORGE et Léa MAGAUD

A Toulouse le 07/11/2021

LETTRE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTES

Madame,

Nous sommes deux chercheuses scientifiques dans le cadre de nos études de médecine générale.

Votre médecin ou sage-femme vous a informée de notre étude sur **l'expérience vécue par les femmes ayant réalisé une stérilisation tubaire comme contraception.**

Cette lettre a pour but de vous apporter plus d'informations sur notre travail de recherche et sur la manière dont vous pourriez y contribuer.

Nous cherchons à analyser le vécu du point de vue des participantes sur leur expérience de stérilisation tubaire, de l'idée de la faire jusqu'à sa réalisation.

Pour ce faire, nous mènerons avec chaque participante **un entretien individuel en tête à tête.**

Cet entretien sera :

- Entièrement **anonymisé** et **confidentiel**, c'est-à-dire qu'aucune information ne permettant de vous identifier vous ou votre médecin traitant ne sera retranscrite dans l'étude.
- Réalisé dans **le lieu de votre choix** (dans un lieu calme, à votre domicile ou à l'extérieur), à une date que nous choisirons ensemble.
- D'une durée de **20 minutes à 1 heure.**

Si vous êtes intéressée pour participer ou pour en discuter, nous demandons à votre médecin/sage-femme de nous transmettre vos coordonnées avec votre accord. Ensuite, nous vous contacterons par téléphone **afin de nous présenter, de discuter directement ensemble, et de répondre si besoin à toutes vos questions.** N'hésitez pas à nous contacter directement en premier (appel ou SMS) si vous le souhaitez, sur nos numéros de téléphone notés ci-dessous, nous sommes à votre disposition.

Pour des raisons de méthodologie scientifique il est possible que nous ne puissions pas faire participer toutes les volontaires. Nous vous informerons de la réponse rapidement par retour téléphonique.

Il est important de préciser que **vous pourrez vous retirer de l'étude si vous le souhaitez, à n'importe quelle étape de sa réalisation et sur votre simple demande.**

Merci d'avoir pris le temps de nous lire.

En espérant vous rencontrer bientôt.

MAGAUD Léa : 07.XX.XX.XX.XX
GEORGE Juliette : 06.XX.XX.XX.XX

Questionnaire à destination des participantes

Chère Madame,

Vous venez de réaliser l'entretien avec l'une d'entre nous. Nous vous en remercions sincèrement.

Nous vous demanderons une dernière attention en remplissant ce questionnaire. Les données récoltées nous serviront à nous assurer de la belle diversité de profils dont est constitué notre échantillon de participantes. Cette variabilité est essentielle pour que nous menions un travail de qualité. Aucune des informations présentes ici ne permettra de vous identifier.

Nous sommes à votre disposition si vous avez besoin de plus de précisions pour vous aider à répondre aux questions.

En vous remerciant.

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. Quel âge aviez-vous au moment de votre stérilisation tubaire ?

.....

3. Quel était votre état civil au moment de la stérilisation tubaire ? (Célibataire, mariée, divorcée, veuve, en concubinage, pacsée...)

.....

4. Quelle est votre nationalité ?

.....

5. Quel est votre niveau d'études ?

.....

6. Quelle est votre situation professionnelle ?

.....

7. Où vivez-vous ? (en ville, en campagne)

.....

8. Avez-vous déjà été enceinte ?

.....

9. Si oui à la question 8, combien de grossesses avez-vous eues ?

.....

10. Si oui à la question 8, avez-vous fait des fausses couches ou des interruptions de grossesse ?

.....

11. Si oui à la question 8, avez-vous eu des enfants ?

.....

12. Si oui à la question 11, combien avez-vous eu d'enfants ?

.....

13. Si oui à la question 11, quel âge avaient vos enfants au moment de votre stérilisation tubaire ?

.....

14. Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux au moment de votre stérilisation tubaire ?

.....

.....

.....

Annexe 8 : Guide d'entretien

Question 1 : Pouvez-vous me raconter votre expérience avec la contraception de manière générale ?

Question 2 : Pouvez-vous me raconter comment l'idée d'une stérilisation tubaire vous est venue ?

Question 3 : Pouvez-vous me raconter les différentes étapes par lesquelles vous êtes passée : depuis votre première idée de stérilisation tubaire jusqu'à sa réalisation ?

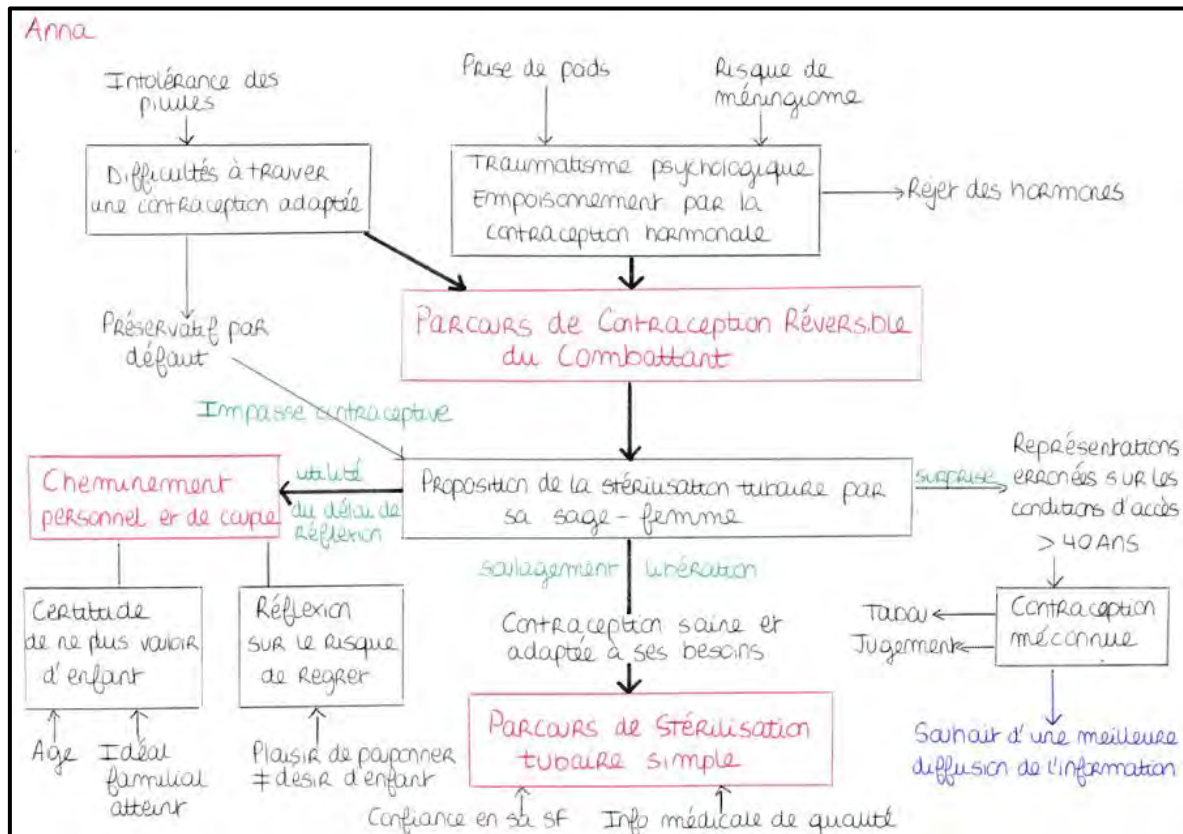
Question 4 : Comment avez-vous vécu ce parcours ?

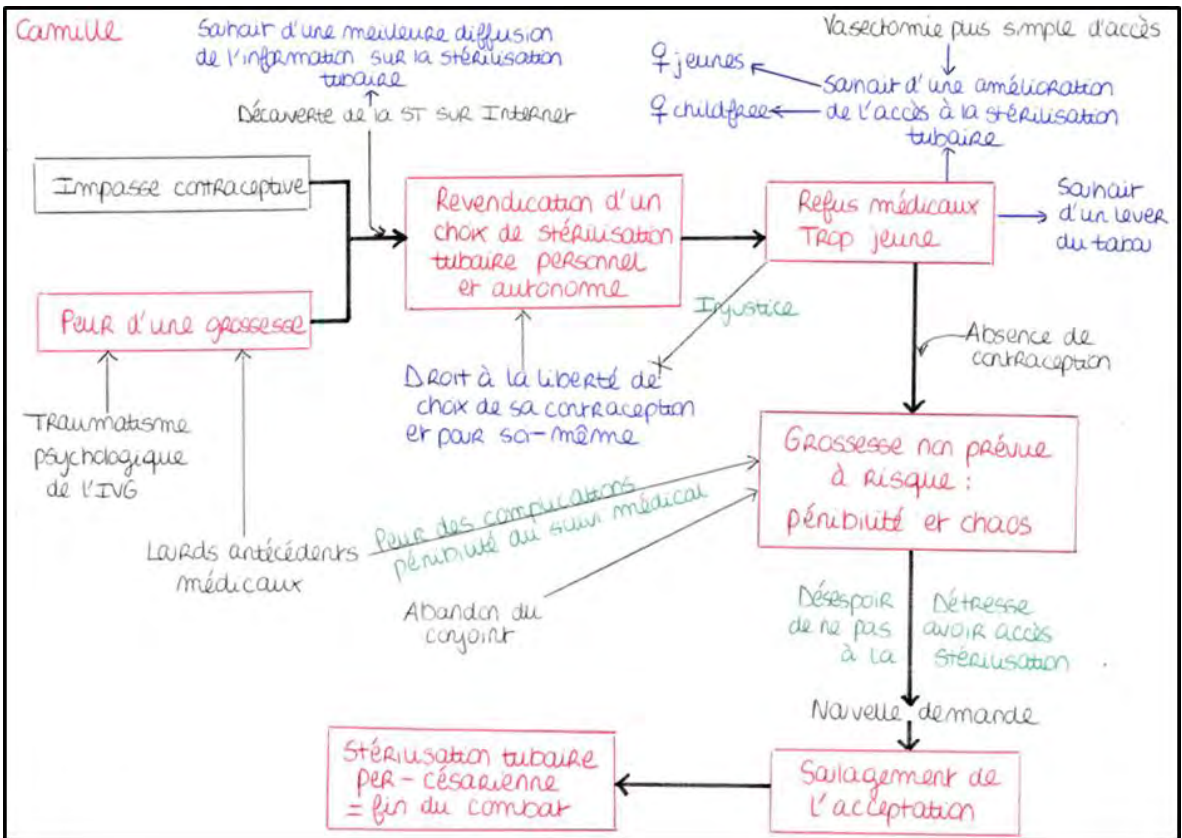
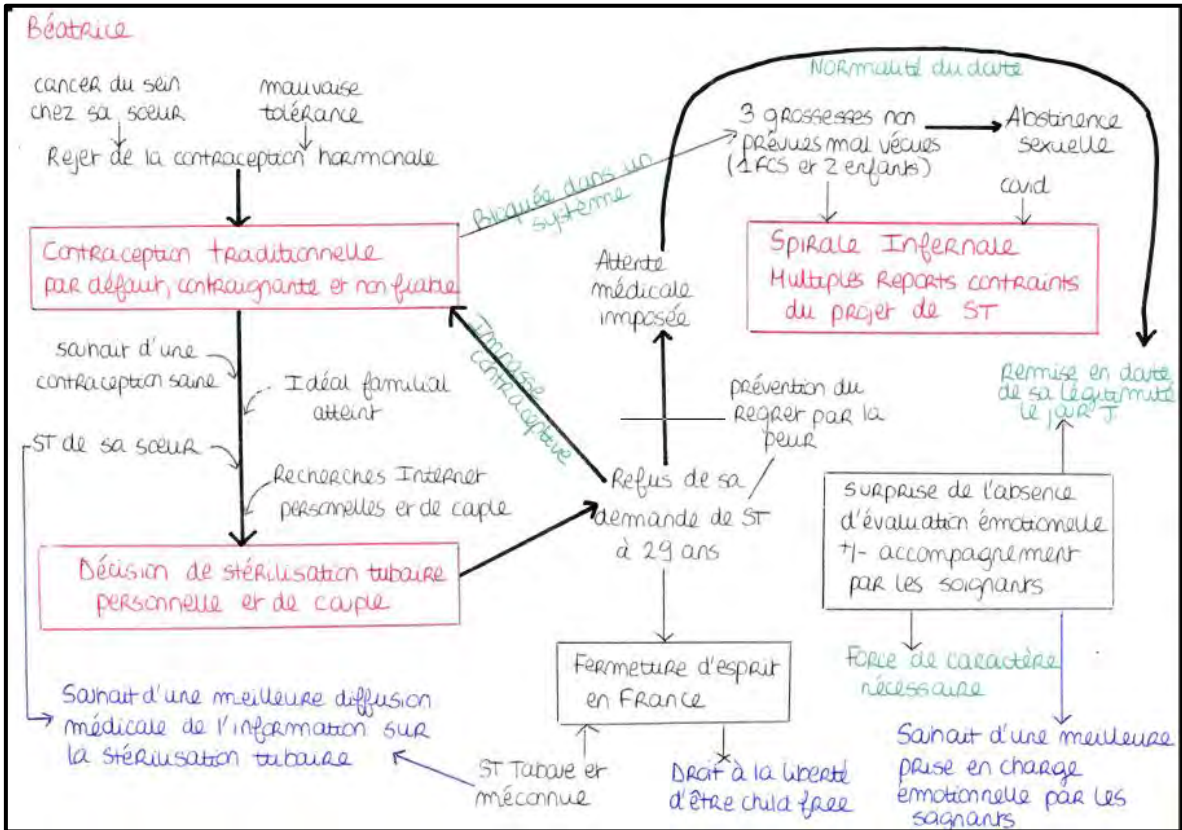
Question 5 : D'après vous, qu'est ce qui aurait pu être amélioré dans votre parcours ? Inversement, y-a-t-il des étapes de votre parcours que vous avez bien vécues ?

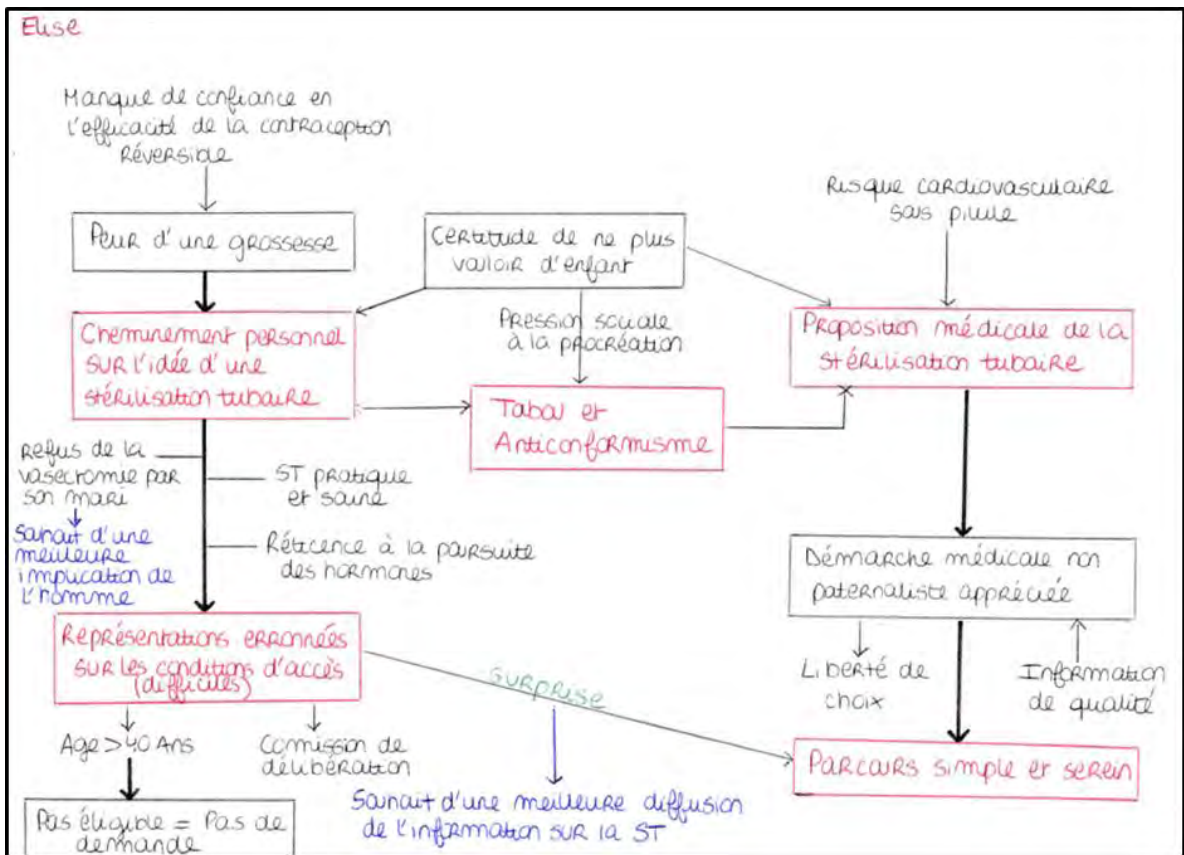
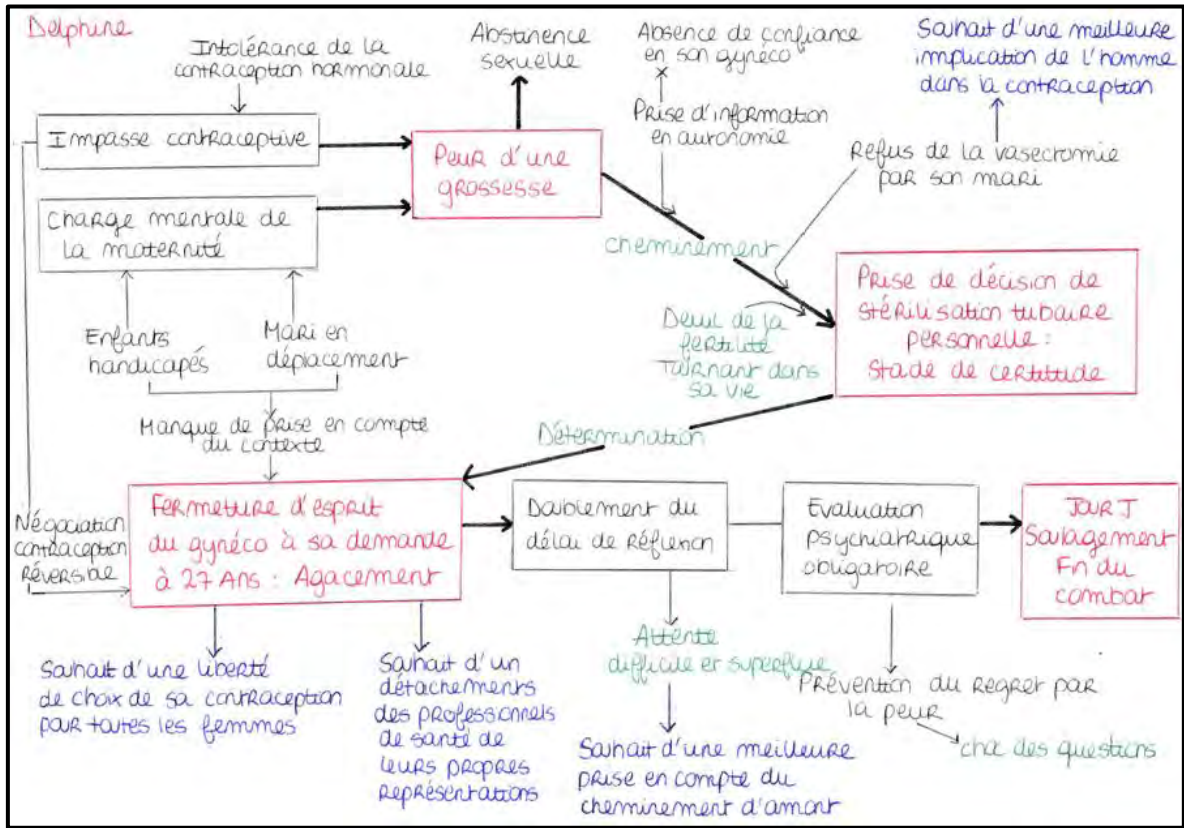
Question rajoutée : Aviez-vous des attentes particulières de votre médecin généraliste dans votre parcours ?

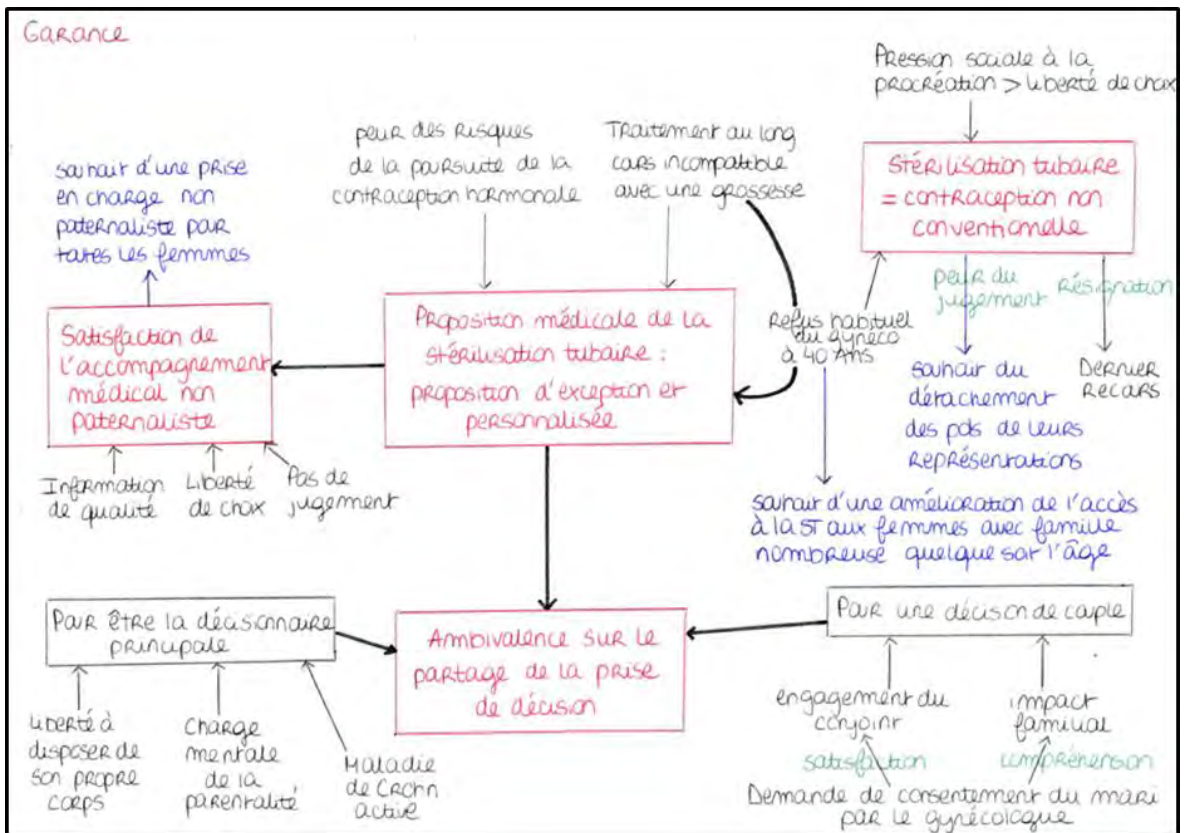
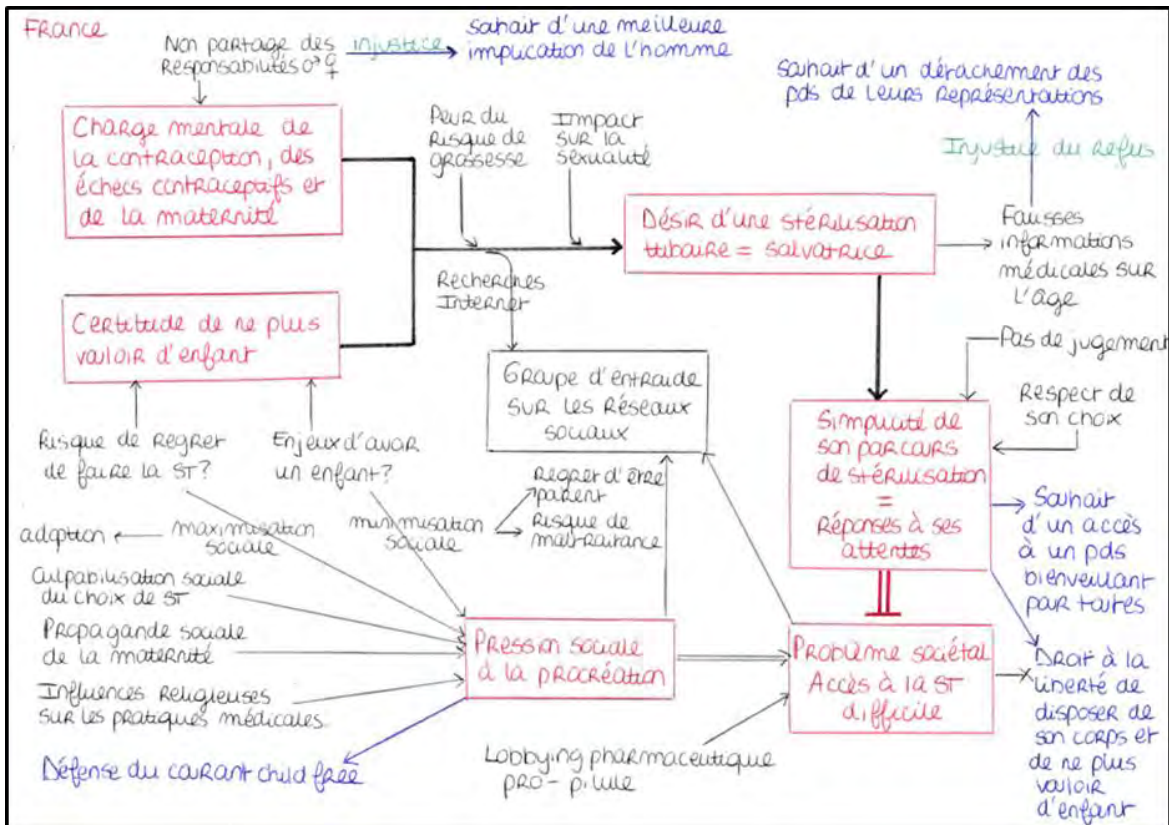
Question 6 : Avez-vous autre chose à ajouter à propos de votre expérience ?

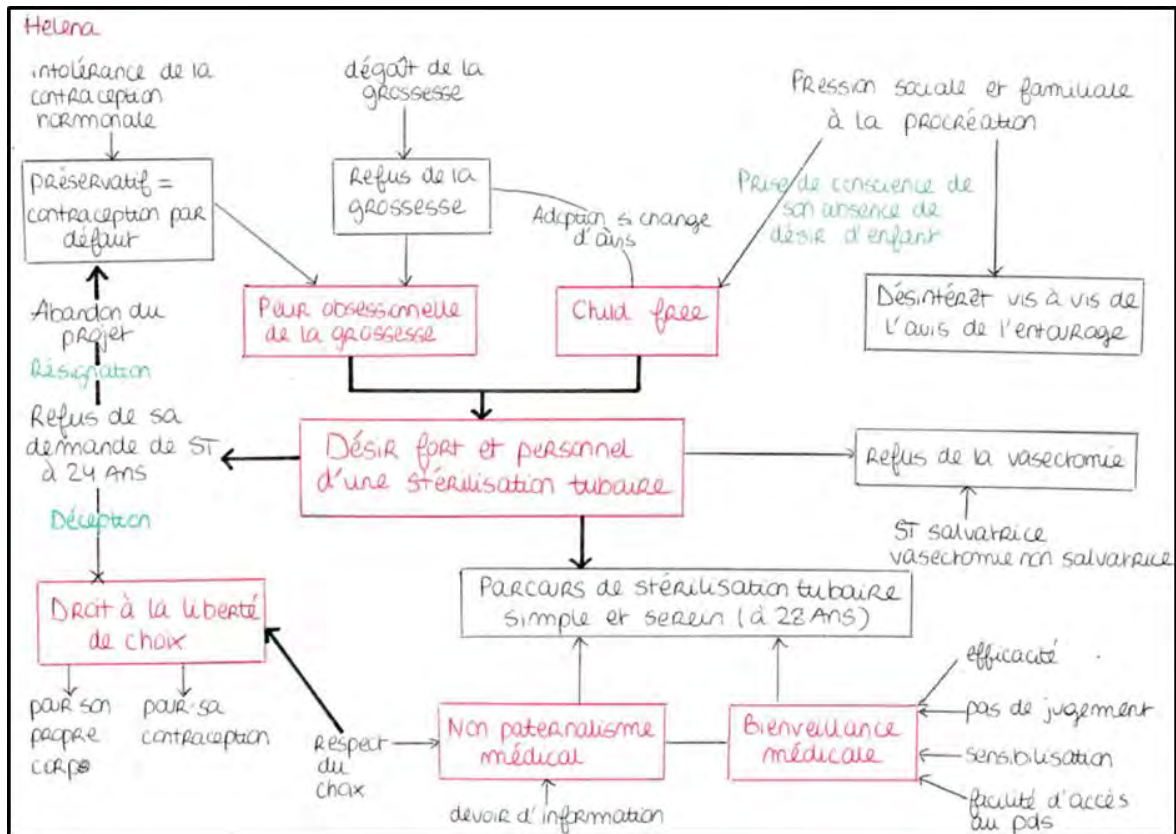
Annexe 9 : schémas individuels modélisant les résultats par entretien











Annexe 10 : Fiche d'information sur les droits des participantes

Fiche d'information pour les participantes

Quelles sont les données vous concernant qui seront collectées et traitées ?

Les données vous concernant qui seront collectées et traitées sont des données à caractère personnel nous permettant de vous identifier (nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse mail, adresse postale) ainsi que toutes données strictement pertinentes, adéquates visant à l'enrichissement de notre travail de recherche sur la stérilisation tubaire à visée contraceptive.

Pour quelle finalité vos données personnelles seront collectées et traitées ?

Dans le cadre de notre étude, vos témoignages seront anonymisés sous forme d'un pseudonyme.

Vos données personnelles seront collectées et traitées afin de pouvoir les rattacher de manière sécurisée à votre pseudonyme et vous permettre d'exercer vos droits sur votre interview jusqu'à la destruction de ces données.

Où sont hébergées vos données personnelles ?

Vos données personnelles directement identifiantes seront hébergées sur un format papier disposé dans un lieu sécurisé verrouillé. Les autres données collectées seront recueillies sur nos Smartphones respectifs au cours des entretiens puis transférées sur nos ordinateurs respectifs sécurisés par un mot de passe. Nous effectuerons nos échanges de données via nos messageries universitaires sécurisées.

Pendant combien de temps vos données personnelles vont-elles être conservées ?

Vos données personnelles seront conservées durant l'intégralité de la durée de notre travail de recherche jusqu'à la signature du rapport final de la recherche puis seront détruites.

Un transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne est-il envisagé ?

Aucun transfert de vos données personnelles en dehors de l'Union Européenne n'est envisagé.

Qui aura accès à vos données personnelles ?

L'accès à vos données personnelles directement identifiantes ne sera possible que par nous-même qui sommes les investigateurs et les interviewers de ce travail de recherche. Nous sommes soumises au secret professionnel et nous nous engageons à la confidentialité de ces données.

Qui sera responsable de vos données personnelles ?

Nous sommes responsables du traitement et de la protection de vos données personnelles.

Quels sont vos droits et comment pourrez-vous les exercer ?

Vous avez un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement et à la limitation de traitement concernant vos données personnelles qui auront été collectées. Vous pouvez exercer ces droits à n'importe quel moment de l'étude.

Nous vous rappelons le caractère facultatif de votre participation et la possibilité de vous retirer, librement et sans justification, de l'étude à n'importe quel moment.

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou pour exercer vos droits ou pour vous opposer à l'utilisation de vos données si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, veuillez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse dpo@dumg-toulouse.fr

Si malgré les mesures mises en place vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>.

Annexe 11 : Talon sociologique

	Age au moment de l'entretien	Age au moment de la stérilisation	Etat civil au moment de la stérilisation	Gestité – Parité	Age des enfants au moment de la stérilisation
Anna (E1)	40 ans	38 ans	Mariée	G1P1	8 ans
Béatrice (E2)	38 ans	37 ans	Mariée	G5P4 (1 fausse couche spontanée)	12 ans, 11 ans, 3 ans et 4 mois
Camille (E3)	35 ans	34 ans	Célibataire	G6P4 (1 IVG et 1 fausse couche spontanée)	11 ans, 10 ans, 9 ans et 0 mois (stérilisation tubaire percésarienne)
Delphine (E4)	40 ans	28 ans	Mariée	G4P3 (1 fausse couche spontanée)	6 ans, 4 ans et 2 ans
Elise (E5)	41 ans	41 ans	Mariée	G3P3 (1 fausse couche spontanée, 1 grossesse gémellaire)	12 ans, 9 ans et 9 ans
France (E6)	35 ans	31 ans	Célibataire	G3P3	9 ans, 4 ans et 5 mois
Garance (E7)	46 ans	40 ans	Mariée	G2P2	9 ans et 5 ans
Helena (E8)	29 ans	29 ans	En couple	G0P0	Pas d'enfant

	Niveau d'études	Situation professionnelle	Nationalité	Lieu de vie	Antécédents principaux
Anna (E1)	BAC+3	Educatrice spécialisée	Française	En campagne	Alopécie
Béatrice (E2)	BEP	Cheffe d'entreprise	Française	En ville	Aucun
Camille (E3)	CAP	Assistante de vie aux familles	Française	En ville	Césariennes Embolie pulmonaire Conisation
Delphine (E4)	BAC	Sans emploi	Française	En ville	SOPK
Elise (E5)	BAC+4	Comptable	Française	En campagne	Césariennes Pré-éclampsie Appendicectomie Cholécystectomie Sleeve Abdominoplastie
France (E6)	BEP	Assistante maternelle	Française	En ville	Adénomyose SOPK
Garance (E7)	BAC+5	Responsable d'équipe dans le secteur de l'Assurance	Française	En campagne	SPA Maladie de Crohn Césariennes
Helena (E8)	BAC+4	Kinésithérapeute en libéral	Espagnole	En campagne	Aucun

L'accès à la stérilisation tubaire : un parcours difficile pour les femmes ?

Etude qualitative phénoménologique

Résumé : Introduction : La stérilisation tubaire est une contraception peu utilisée en France, alors qu'il s'agit de la contraception la plus fréquente dans le monde. Alors que la loi ne prévoit pas de condition d'âge ou de nombre d'enfant, il semblerait que le refus médical de stérilisation tubaire ne soit pas un événement rare. L'objectif de l'étude était d'explorer le vécu des femmes ayant fait le choix de cette contraception et de les interroger sur leur parcours pour l'obtenir. **Méthode :** Une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative a été réalisée. Huit entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de femmes ayant fait une stérilisation tubaire à visée contraceptive, toutes méthodes confondues, en France à partir de la légalisation en 2001, et vivant en ex-régions Midi-Pyrénées ou Poitou-Charentes. **Résultats :** Le concept de liberté, par son vécu ou par sa revendication, était au centre des parcours. La perception d'une étiquette sociale de procréatrice et de mère sur la femme, et les difficultés d'accès à la stérilisation tubaire étaient vécues comme des freins à la liberté de décider pour soi-même. Derrière le désir de stérilisation, il semblait exister un enjeu de réalisation de soi, par la libération des peurs de la grossesse et des hormones, et par l'accès à la liberté de faire ses propres choix de vie. **Conclusion :** Il semblerait que le décalage entre la posture médicale souhaitée par les femmes et la posture médicale tenue puisse être à l'origine du sentiment de parcours du combattant. Il se pourrait que les médecins ressentent des difficultés à se trouver non-malfaisants en acceptant la demande d'une femme jeune ou sans enfant, en raison du risque de regret. Il pourrait être intéressant d'explorer le vécu des médecins qui refusent ou sont réticents à accepter une demande de stérilisation chez ces femmes.

Mots clés : stérilisation tubaire / stérilisation contraceptive / contraception définitive / parcours

Access to tubal sterilization: a difficult process for women?

Phenomenological qualitative analysis

Abstract: Introduction: Tubal sterilization is a contraceptive method which is not used much in France, whereas it is the most common one in the world. As there is no age condition or number of children required according to the law, it seems that the medical refusal to have access to tubal sterilization is not an unusual thing. The analysis was aimed at exploring what the women who had chosen this method of contraception experienced and it was also aimed at asking them about how they could have it. **Methods:** A qualitative analysis inspired by the interpretative phenomenology was made. Eight semi-structured one-to-one interviews were made with women having had a contraceptive tubal sterilization, for all methods, in France from its legalization in 2001 and living in the former regions of Midi-Pyrénées or Poitou-Charentes. **Results:** The concept of freedom, having been experienced or claimed, was at the heart of the process. Feeling the social weight of being a procreator as well as a mother more than being a woman, and the difficulties to have access to tubal sterilization were experienced as if it was putting a brake on the freedom to decide for oneself. Beyond the desire for sterilization, self-fulfilment seemed to be at stake, and it could only be achieved by freeing themselves from the fears of pregnancy and its hormones and by being able to decide their own path in life. **Conclusion:** It seems like the discrepancy between the medical position that women expect and the real one is responsible for this feeling of experiencing an obstacle course. Doctors might find it difficult to consider themselves as non-maleficent if they accept a young or childless woman's request, in case she would regret it. It could be interesting to explore how the doctors who refuse or are reluctant to accept those women's request for sterilization feel.

Keywords: tubal sterilization / reproductive sterilization / female sterilization.

Directrice de thèse : Pr Anne FREYENS

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France