



Université de Poitiers



Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 1^{er} décembre 2022 à Poitiers
par **Madame Claire GOSSELIN**

**Expliquer la survenue d'une grossesse non prévue
malgré l'usage d'une contraception
à partir du ressenti de femmes l'ayant vécue**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Charlotte MAUROUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric DOLLFUS



Université de Poitiers



Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement

le 1^{er} décembre 2022 à Poitiers

par **Madame Claire GOSSELIN**

Expliquer la survenue d'une grossesse non prévue
malgré l'usage d'une contraception
à partir du ressenti de femmes l'ayant vécue

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Charlotte MAUROUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric DOLLFUS

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE POITIERS



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeures émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de thèse :

Au Président Monsieur le Professeur Philippe Binder, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux membres Madame la Professeure Stéphanie Mignot et Madame la Docteur Charlotte Mauroux, je vous remercie grandement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, j'en suis sincèrement honorée.

A mon directeur Monsieur le Docteur Éric Dollfus, je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et de m'avoir accompagnée tout au long de cette recherche.

Aux Personnes ayant participé à ce travail :

Aux participantes, un grand merci d'avoir accepté de participer, de m'avoir consacré un peu de votre précieux temps et de m'avoir fait confiance en partageant avec moi une partie de vos expériences de vie. Sans vous, je n'aurais pas pu produire le travail qui suit. Encore merci.

A Valérie et ses collègues sage-femmes du centre d'orthogénie du CH de La Rochelle, merci d'avoir fait naître l'idée de ce travail. Merci également pour votre recrutement aussi enthousiaste qu'efficace.

Au **Dr Aude Moustrou au CPEF de La Rochelle**, merci pour tes conseils pour l'élaboration de ce travail.

Au **Dr Evelyne Blanchon**, merci pour l'intérêt porté à mon travail et votre aide dans le recrutement.

Aux **médecins des cabinets médicaux de Ciré d'Aunis et de La Porte Royale à La Rochelle**, merci de m'avoir prêté vos bureaux, ce qui m'a permis la réalisation des entretiens dans de bonnes conditions.

Aux membres du personnel de l'Université de Poitiers, j'adresse mes remerciements à la DPO **Mme Christelle Souil**, aux **bibliothécaires de la BU Médecine**, et à **Mme Marie-Noelle Bordage** à la Scolarité 3^{ème} cycle Médecine.

Au CH de La Rochelle, merci à **Mme Caroline Allix-Beguec** et au **Dr Didier Lambert**, merci de m'avoir permis de soumettre mon projet au comité d'éthique de l'établissement.

A **Marie, Agnès et Jessica**, merci pour vos éclairages sur la méthodologie qualitative.

A **Zoë**, merci pour ton aide pour la traduction du résumé en anglais.

Enfin à **Claire**, merci pour ton double codage minutieux et ton soutien tout au long de ce travail !

Aux Médecins ayant participé à ma formation :

Je remercie tout particulièrement les **Docteurs Pierre d'Auzac, Nadia Baron, Marc Commeignes, Éric Dollfus, Cécile Herrera, Maëla Pouliquen** et **Gilles Raymond** pour leur bienveillance et leur enseignement au cours de ma formation.

À mes proches :

À **Baptiste**, merci pour l'amour et le bonheur que tu m'apportes au quotidien, et pour la vie formidable que nous partageons. Ton inconditionnel soutien a été essentiel dans la réussite de cette épreuve.

À **Marie**, merci d'être la petite sœur aimante, drôle et intelligente que tu es. Je ne te remercierai jamais assez pour ton aide, tes encouragements et tes relectures tout au long de ce travail.

À mes parents, **Papa** et **Maman**, merci infiniment pour tout, c'est grâce à vous que j'ai pu parcourir tout ce chemin jusqu'à la thèse. Je vous aime fort.

À **Grand-Père** et **Grand-Mère**, merci de m'avoir transmis votre curiosité et votre ouverture d'esprit avec tant d'amour et de bienveillance. Vous me manquez énormément.

À mes amies de longue date, **Zoé, Roxane** et **Emma**, je suis si heureuse que notre amitié ait résisté au temps et à la distance ! Vous êtes géniales !

À **Alice**, merci pour notre amitié hors normes et les souvenirs impérissables de nos voyages à l'autre bout du monde. J'espère que nos chemins se croiseront à nouveau bientôt.

Merci à tous les copains de la fac et de l'internat pour les bons souvenirs en cours, en stage et en dehors, et notamment à **Margot** et **Claire**, les meilleures !

Enfin, merci à **Patsy**, pour sa fidèle et douce compagnie pendant les longues heures passées sur ce travail.

TABLE DES MATIERES ET DES ANNEXES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE POITIERS	- 2 -
REMERCIEMENTS.....	- 4 -
TABLE DES MATIERES ET DES ANNEXES	- 6 -
GLOSSAIRE	- 8 -
INTRODUCTION.....	- 9 -
I - Prevention des grossesses non prévues et accès aux soins en matière de santé sexuelle : un enjeu de santé publique	- 9 -
II – Place particulière de la contraception dans le champ de la médecine	- 9 -
III – Couverture contraceptive en France	- 10 -
IV – Sociologie de la contraception en France	- 10 -
V- Concept d' « échec contraceptif ».....	- 11 -
VI – Genèse de l'étude.....	- 11 -
METHODE	- 13 -
I – Design de l'étude	- 13 -
II – Cadre réglementaire	- 14 -
III – Modalités de réalisation.....	- 14 -
RESULTATS.....	- 17 -
I – Données quantitatives.....	- 17 -
1. Entretiens.....	- 17 -
2. Profil des patientes.....	- 17 -
II – Données qualitatives.....	- 20 -
1. Echec de la contraception	- 20 -
2. Echec de l'utilisatrice de la contraception	- 30 -
3. Il ne s'agit pas d'un échec contraceptif	- 34 -
III – Modèle explicatif	- 39 -
DISCUSSION.....	- 40 -
I - Synthèse des résultats.....	- 40 -
II - Apports de l'étude	- 42 -
III - Points forts et points faibles de l'étude	- 43 -
1. Validité interne.....	- 43 -
2. Validité externe	- 43 -
3. Limites et biais	- 44 -
CONCLUSION	- 47 -
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 48 -

ANNEXES	- 53 -
Annexe I : Autorisation de traitement des données	- 53 -
Annexe II : Feuille d'information à destination des participantes	- 55 -
Annexe III : Canevas d'entretien	- 56 -
Annexe IV : Grille d'entretien initiale.....	- 57 -
Annexe V : Grille d'entretien finale	- 58 -
Annexe VI : Journal de bord.....	- 59 -
RESUME	- 66 -
ABSTRACT	- 67 -
SERMENT	- 68 -

GLOSSAIRE

AIPD : Analyse d'Impact sur la vie privée

CHLR : Centre Hospitalier de La Rochelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (grille d'évaluation de la qualité d'une recherche qualitative)

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DMG : Département de Médecine Générale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPO : Délégué.e à la Protection des Données

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E : entretien

etc. : et cetera

G : génération (pour les pilules oestroprogestatives)

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

IP : Indice de Pearl

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception (contraceptifs réversibles à longue durée d'action)

MAMA ou MAL : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée ou Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle

MT : Médecin Traitant

ONDPS : Observatoire National de le Démographie des Professionnels de Santé

PμP : pilule microprogestative

POP : pilule oestroprogestative

RIPH : Recherche Interventionnelle portant sur la Personne Humaine

SHS : Sciences Humaines et Sociales

SIU : Système Intra-Utérin

INTRODUCTION

La France se caractérise par un paradoxe : un nombre d'IVG stable autour de 220 000 par an depuis les années 2000 (1) malgré une couverture contraceptive excellente et stable depuis de nombreuses années (2). Le taux d'IVG est en lien avec le taux de grossesses non prévues et la décision de ne pas les poursuivre (3). Ces grossesses non prévues sont limitées par l'usage d'une contraception, mais lorsque cette dernière n'empêche pas leur survenue, la probabilité qu'elles aboutissent à une IVG est forte (4).

I - Prévention des grossesses non prévues et accès aux soins en matière de santé sexuelle : un enjeu de santé publique

La prévention des grossesses non prévues et l'accès aux soins en matière de santé sexuelle sont des enjeux de santé publique. Le droit à l'IVG ainsi que l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires sont inscrits dans le code de la Santé Publique depuis 2001 (5). En 2004, la prévention des grossesses non désirées ainsi que l'accès et la prise en charge de l'IVG dans de bonnes conditions figuraient parmi les enjeux de la loi de Santé Publique (6). La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 prévoit entre autres de garantir l'accès aux différentes méthodes d'IVG sur l'ensemble du territoire, mais aussi de transformer la consultation longue IST/contraception par les généralistes et gynécologues pour les jeunes filles de 15 à 18 ans en une consultation globale de santé sexuelle pour les filles et les garçons, de créer un « pass préservatifs » pour en garantir l'accès gratuit aux jeunes de moins de 25 ans (7).

Par ailleurs, près des trois quarts des femmes interrogées par l'INED en 2013 ont recours à une méthode contraceptive médicale (8,9), les professionnels de santé jouent donc un rôle dans l'accès à la contraception et sa gestion. En 2018, l'ONDPS dénombrait 5030 gynécologues-obstétriciens, 2795 gynécologues médicaux, 94 538 médecins généralistes et 23 397 sage-femmes (10). Du fait de leur nombre, les médecins généralistes sont des ressources de choix pour les patientes. Lors du dernier baromètre santé concernant les médecins généralistes en 2009, s'ils sont presque 80% à affirmer faire de la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle, seuls 36% estiment que leur rôle de prévention concerne tout à fait ce domaine (11). Depuis 2017, la formation des internes en médecine générale rend obligatoire, dans la mesure du possible, la réalisation d'un stage en santé de la femme (12).

II – Place particulière de la contraception dans le champ de la médecine

Par ailleurs, la contraception prend une place particulière dans le champ de la médecine (13). Le verbe prescrire, du latin *praescribere*, signifie ordonner. En médecine, il peut s'appliquer à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique du patient. La prise de

contraception est une décision qui revient à chaque femme en fonction de ses besoins et envies, qui peuvent évoluer au cours de sa vie. L'offre contraceptive se veut aussi large que possible afin de pouvoir s'adapter à chaque femme, et le médecin joue un rôle d'information et d'accompagnement.

III – Couverture contraceptive en France

Elle est élevée chez les femmes en âge de procréer qui ont des rapports hétérosexuels sans désir de conception (14–16) : elle est de 92% environ parmi les 15-49 ans avec 72% de contraceptions médicales mécaniques ou hormonales, 15.5% de préservatifs et 4.6% d'autres méthodes. Les contraceptions définitives représentent 4.4% des méthodes contraceptives utilisées. Si la pilule est encore largement plébiscitée en France, contrairement aux autres pays développés, son usage a diminué au début des années 2010 à la suite de la « crise de la pilule » déclenchée par la médiatisation d'un cas de thrombose grave survenue chez une jeune femme sous pilule combinée de 4^{ème} génération (17). En parallèle, le recours au LARC a augmenté progressivement au cours de ces mêmes années, notamment chez les moins de 30 ans ; de même que l'usage du préservatif. La proportion de femmes n'utilisant pas de moyen de contraception reste inchangée, elles sont plus nombreuses après 45 ans. L'accès à la contraception ne fait pas diminuer le taux de fécondité : la France se classe en tête des pays européens en 2020 selon l'INSEE, avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 1.86 enfant par femme (18). La contraception, plutôt que se limiter à éviter les grossesses non désirées, permet aux femmes de choisir proactivement le moment où elles souhaitent tomber enceintes.

IV – Sociologie de la contraception en France

Il a été observé que le délai entre le premier rapport sexuel et le premier enfant n'a cessé de s'allonger en France, exposant plus longtemps les femmes au risque de survenue d'une grossesse non prévue et à la réalisation d'une ou plusieurs IVG (8). Les normes procréatives restent influencées par la catégorie sociale : chez les plus aisées, les jeunes femmes donnent la priorité aux études et à l'avenir professionnel. Dans les milieux plus modestes, la maternité peut donner un statut social et une place d'adulte chez les jeunes en difficultés sur le plan professionnel. En France, le préservatif reste le moyen de contraception préféré des jeunes (19), suivi d'un recours massif à la pilule dès lors que la relation se stabilise. Le DIU est de plus en plus utilisé, mais il le reste majoritairement lorsque le nombre d'enfants désirés est atteint. La contraception définitive est peu utilisée, et lorsqu'elle l'est, c'est en grande majorité par des femmes de plus de 40 ans multipares. Il demeure des inégalités sociologiques dans l'accès à la contraception, notamment pour les méthodes qui ne sont pas remboursées : toutes les femmes n'ont pas le même budget ni les mêmes attentes face à la contraception, et les attitudes des prescripteurs varient selon la classe sociale des patientes

(20). La crise de la pilule n'a pas remis en cause l'idée répandue qu'il incombe aux femmes la responsabilité en matière de contrôle des naissances (21,22). La majorité des moyens de contraception disponibles restent basés sur le corps de la femme (23). Certaines données émergent quant à une implication progressive des hommes dans la contraception du couple, notamment après l'expérience d'une IVG lorsque la relation est stable (24).

V- Concept d' « échec contraceptif »

La contraception est utilisée pour contrôler la fertilité. Lorsqu'il n'y a pas de désir de conception, elle traduit l'incapacité à un instant T pour la femme ou le couple à accueillir un enfant. L'efficacité contraceptive est mesurée en théorie et *a priori* par l'Indice de Pearl, qui représente le nombre de grossesses pour cent femmes utilisant une méthode contraceptive donnée pendant un an. Celui-ci est variable d'une méthode à une autre. Il peut diminuer en conditions réelles d'utilisation (25). Plus le moyen de contraception a une utilisation dépendante de l'utilisatrice ou de l'environnement, moins son efficacité pratique est grande et plus le taux d'abandon est grand. Elle varie également selon le contexte social des pays et a tendance à diminuer avec le temps (26).

La grossesse non désirée se définit comme une grossesse dont la survenue n'est ni souhaitée ni voulue par la femme. La grossesse non planifiée est une grossesse dont la survenue n'est pas programmée par la femme. Le désir et la planification ne sont pas forcément associés. Ils peuvent dépendre du désir d'enfant de la femme, de sa situation de couple et de sa capacité à accueillir un enfant. Les grossesses non désirées et les grossesses non planifiées sont des grossesses non prévues (27–29). La définition de la grossesse non prévue reste polysémique et renvoie à des situations hétérogènes, comme l'a montrée l'enquête GINE en 2002 (30).

Parmi les femmes qui ont recours à l'IVG, l'équipe COCON a montré en 2003 que 72% utilisaient un moyen de contraception et que dans 42% des cas il s'agissait d'une méthode médicale théoriquement très efficace (31). Globalement, il est estimé que 64% des IVG sont liées à des échecs de contraception (32). Sur l'ensemble des grossesses survenant en France, l'INED estime qu'un tiers d'entre elles ne sont pas désirées et que 65% de ces grossesses non désirées surviennent sous contraception (33,34). L'augmentation du recours multiple à l'IVG est le signe d'une difficulté à gérer un parcours contraceptif sans failles.

VI – Genèse de l'étude

Les constats ci-dessus ont motivé la réalisation d'une recherche autour des facteurs d'échecs contraceptifs. Les données existantes sur les causes d'inefficacité contraceptive sont issues d'études quantitatives qui ont mesuré le phénomène. Ce sont pourtant les patientes qui choisissent d'utiliser une contraception qui s'exposent à ce risque de survenue de grossesse non prévue sous contraception, grossesse dans la grande majorité des cas non prévue, et de

ce fait à fort risque d'être interrompue. Interroger les femmes ayant vécu un échec contraceptif sur la façon dont elles le ressentent et le conçoivent a semblé pertinent pour mieux comprendre ce phénomène, et peut-être identifier d'autres facteurs en cause dans sa survenue. Cela peut concerner toute femme en âge de procréer, ayant des rapports hétérosexuels mais ne souhaitant pas concevoir d'enfant.

Cette étude a donc été réalisée pour répondre à la question suivante : comment les femmes ayant vécu un échec contraceptif en Charente-Maritime expliquent-elles la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception ? Pour y répondre, l'objectif principal a été d'explorer leur ressenti face au vécu de l'échec contraceptif, afin de comprendre comment les femmes concevaient cette expérience. Secondairement, il a été d'identifier, de leur point de vue, le rôle qu'avaient joué les professionnels de santé dans la survenue de la grossesse non prévue sous contraception.

METHODE

I – Design de l'étude

Une étude qualitative a été réalisée avec conduite d'entretiens individuels semi-directifs selon une grille d'entretien établie au préalable et adaptée au fil des entretiens. Elle comportait des questions ouvertes et des relances pour explorer le sujet de recherche. Des questions fermées ont été posées à l'issue de l'entretien pour recueillir des données socio-démographiques pour compléter leur profil si elles n'étaient pas déjà connues.

La population d'étude correspondait aux patientes ayant vécu un échec contraceptif, l'échantillonnage a donc été homogène. Le recrutement s'est fait au fur et à mesure parmi cette population précise, en diversifiant les profils : méthodes de contraception variées, différentes tranches d'âge, issue de la grossesse variable. Il a été mené jusqu'à suffisance des données. Il n'a pas été nécessaire de déterminer au préalable un nombre d'entretiens minimum à réaliser.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une femme majeure capable, être francophone, avoir utilisé une méthode de contraception quelle qu'elle soit au moment où elle est tombée enceinte. L'issue de la grossesse survenue sous contraception n'a pas été un critère de sélection afin de recruter tout type de grossesse non prévue. Toutes les méthodes de contraception, les plus fréquemment utilisées telles que les pilules ou préservatifs mais aussi celles dont l'efficacité ne dépendait pas de l'utilisatrice telles que les implants et les DIU, ont été incluses.

Les patientes mineures ou majeures incapables qui ne peuvent pas consentir de manière libre et éclairée à l'étude, ou sans moyen de contraception au moment de la survenue de la grossesse, ou dont la grossesse était désirée et planifiée, ou non francophones, ou refusant de participer, ont été exclues.

La méthode d'analyse menée s'est inspirée de l'interprétation phénoménologique (35). Chaque entretien a été analysé individuellement, au fur et à mesure, d'abord de manière ouverte puis de manière axiale en annotant thématiquement le verbatim. Le vécu et le ressenti de chaque patiente ont été appréhendés de manière indépendante les uns des autres, à partir des thèmes émergents se dégagent au fur et à mesure, et regroupés en thèmes supra-ordonnés. L'analyse intégrative a regroupé ces thèmes supra ordonnés et les a reliés les uns aux autres, de manière à éclairer leur conception de l'échec contraceptif. Un modèle explicatif a été dégagé de l'ensemble des entretiens. Un double encodage a été prévu à l'aveugle, par une tierce personne ne réalisant pas les entretiens, afin de confronter les analyses.

II – Cadre réglementaire

Il s'agissait d'une expérimentation selon les méthodes qualitatives des Sciences Humaines et Sociales appliquées au domaine de la santé (36). Cette recherche n'a pas été considérée comme portant sur la personne humaine au sens de la loi Jardé, un avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité.

L'étude prévoyait le recueil et l'analyse de données sur la santé des participantes, des données considérées comme sensibles par la CNIL. Une analyse d'impact sur la vie privée a été réalisée, le risque a été abaissé au minimum pour les patientes participantes afin de garantir leur pseudonymat – collection du minimum de données personnelles sans stockage, protection des données de santé collectées et stockées pour le travail. Une déclaration de traitement selon le cadre MR 004 a été déposée à la CNIL. Le numéro de traitement affecté à l'étude est le 202135.

Le projet a été présenté au comité d'éthique du Centre Hospitalier de La Rochelle. Le caractère de non – RIPH de la recherche n'a pas été remis en cause. Dans le cadre de l'étude qui est anonyme, la contraception est considérée comme une donnée de santé et non pas comme un sujet sensible de la vie privée au regard de la loi d'Helsinki. Par ailleurs, le consentement des patientes à participer à l'étude, qu'il soit oral ou écrit, ne présage en rien d'une meilleure compréhension ou non de l'information délivrée au préalable, pourtant primordiale. Dans l'intérêt des patientes recrutées et afin de garantir leur anonymat sans collecter de données personnelles supplémentaires, il a été décidé de recueillir un consentement oral, en accord avec la réglementation MR 004 de la CNIL (37). Enfin, le temps disponible pour la réalisation de l'étude a permis de limiter la participation aux entretiens à des femmes non-enceintes, la grossesse étant un critère de vulnérabilité au regard de la loi française. Si la grossesse a été poursuivie, l'entretien a eu lieu après l'accouchement et le post-partum, si la grossesse a été interrompue, l'entretien a eu lieu à distance de l'interruption médicale de grossesse.

L'investigatrice ne déclare aucun conflit d'intérêt.

III – Modalités de réalisation

Le recrutement s'est fait entre le 04/11/2021 et le 31/05/2022. Il a été réalisé par les sage-femmes au centre d'orthogénie de l'hôpital de La Rochelle, par le médecin du centre de planification et d'éducation familiale de La Rochelle, par une gynécologue dans son cabinet de gynécologie à La Rochelle, par l'investigatrice dans deux cabinets de médecine générale à Ciré d'Aunis et à La Rochelle. La participation à l'étude a été proposée à toutes les patientes qui consultaient, principalement dans le cadre d'un parcours IVG, et qui rencontraient les critères d'inclusion. Elles ont été informées à l'oral et à l'écrit des modalités de réalisation de

la recherche, de leurs droits et du sujet de la recherche. Si les patientes sélectionnées étaient volontaires et consentaient à participer, leur numéro de téléphone était recueilli avec leur accord, afin que l'entretien puisse être planifié. Aucune autre donnée personnelle n'a été recueillie. Une fois l'entretien réalisé, le numéro de téléphone était détruit de la base de données.

Les patientes ont été recontactées par téléphone par l'investigatrice afin de déterminer la date, l'heure et le lieu de l'entretien, si elles consentaient toujours à participer. En cas de non-réponse, une relance avait lieu à une semaine et à un mois. L'investigatrice s'est présentée comme une étudiante en 3^{ème} cycle de médecine générale à l'Université de Poitiers réalisant un projet de recherche dans le cadre de sa thèse autour de la contraception chez les femmes qui ont vécu la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'utilisation d'un moyen de contraception. Il n'a volontairement pas été donné plus de détails sur la question de recherche afin que les patientes n'aient pas d'a priori et ne cherchent pas à répondre correctement pour satisfaire l'investigatrice.

Au total, trente-six patientes ont été recrutées sur les différents centres. Le détail des données relatives au recrutement est présenté dans la *Figure 1*. Une a été exclue car elle n'utilisait pas de contraception au moment de la survenue de la grossesse. Deux ont retiré leur consentement à la participation une fois recontactées par l'investigatrice, motivant leur refus de participer par une mauvaise expérience avec l'IVG qu'elles venaient de vivre. Pour cinq d'entre elles, leurs emplois du temps respectifs n'ont pas permis qu'elles se rendent disponibles pour la réalisation d'un entretien. Quatorze n'ont jamais pu être jointes par téléphone pour programmer l'entretien, et enfin deux ne se sont pas présentées à l'entretien planifié et ont été perdues de vue. Les raisons de l'abandon ne sont pas connues.

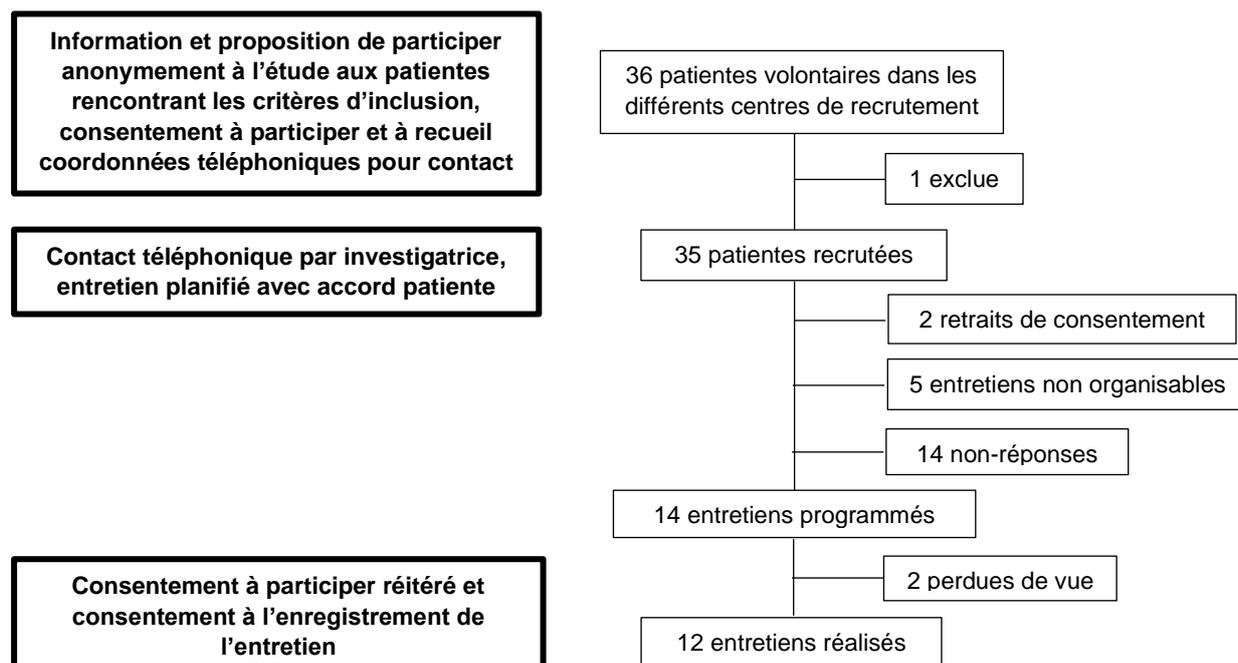


Figure 1 : Diagramme de recrutement

Les entretiens ont été réalisés dans les bureaux de consultation de l'investigatrice dans les deux cabinets de médecine générale où le recrutement a été fait, permettant de garantir la confidentialité de l'échange et le pseudonymat. Une attention particulière a été apportée au placement des interlocutrices par rapport au mobilier : elles n'ont pas été séparées par le bureau et ont été assises sur le même type de chaises, de manière à ne pas reproduire une consultation. L'investigatrice, une jeune femme, était habillée en civile, sans blouse. Les patientes ont été informées au préalable et ont donné leur consentement oral à l'enregistrement audio des entretiens. La prise de note par l'investigatrice s'est limitée au langage non verbal de la participante, afin de rester concentrée sur ses propos. Leur date et lieu de réalisation ainsi que le lieu de recrutement n'ont pas été conservés. Chaque bande sonore a été détruite après la retranscription.

Douze entretiens ont été réalisés entre le 09/12/2021 et le 09/06/2022. Ils ont permis la suffisance des données pour l'analyse, les données étant saturées après le dixième entretien. Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés en suivant une grille qui a évolué après les premiers entretiens, afin de se recentrer sur le sujet de recherche. La grille définitive est disponible en annexe. Le suivi de la grille a été très flexible afin de s'adapter à chaque patiente et favoriser son expression. Un entretien maximum par semaine a été réalisé de manière à réaliser la retranscription et la première analyse de chacun d'eux au fur et à mesure.

La retranscription à l'écrit des entretiens a été faite par l'investigatrice à l'aide du logiciel Sonal. Les noms de ville et de professionnels de santé cités ont été masqués, et les données pouvant identifier les participantes effacées. Les participantes pouvant être théoriquement reconnues à leur manière de s'exprimer, il a été décidé dans leur intérêt de ne pas faire figurer l'intégralité des verbatims. Seuls des extraits sont cités pour illustrer les résultats.

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure par l'investigatrice. Un double encodage des données a été réalisé par une autre étudiante en 3^{ème} cycle de médecine générale, travaillant sur un sujet différent permettant une approche avec un regard naïf et neutre sur la question. L'investigatrice a réalisé en contrepartie le double encodage des données issues de son travail de recherche. Les logiciels Word et Zotero ont également été utilisés, respectivement pour le traitement de texte et l'enregistrement des références bibliographiques.

RESULTATS

I – Données quantitatives

1. Entretiens

Au total, douze entretiens ont été réalisés, leur durée moyenne est de 51 minutes et 26 secondes. Pendant les entretiens, le temps de parole des patientes interrogées a été en moyenne de 74%. Le détail est disponible dans le *Tableau 1*.

L'entretien 3 est le plus court et le seul où la patiente a moins occupé le temps de parole que l'investigatrice. Il a été réalisé avec une patiente à faible catégorie socio-professionnelle, il est donc possible qu'elle dispose d'un plus faible niveau d'expression et d'aisance à l'oral que les autres patientes. Plus de questions fermées ont été posées au cours de ce troisième entretien.

2. Profil des patientes

Les profils des patientes sont variés en ce qui concerne l'âge, la CSP, la situation familiale ; mais aussi selon la contraception utilisée, les antécédents d'échec contraceptif ou de situation à risque d'échec contraceptif, le type de suivi gynécologique.

Patient e (P)	Classe d'âge	Catégorie Socio Professionnelle (selon INSEE)	Situation conjugale	Nombre d'enfants	Durée de l'entretien	Temps de parole de la patiente
1	> 35 ans	Employée	En couple	3	59m04s	87.1%
2	> 35 ans	Profession intermédiaire	En couple	1	42m05s	75.3%
3	18 - 25 ans	Ouvrière	En couple	1	30m53s	49.6%
4	30 - 35 ans	Profession intermédiaire	En couple	2	37m06s	60%
5	25 – 30 ans	Profession intermédiaire	En couple	0	38m06s	76.6%
6	25 – 30 ans	Cadre	En couple	0	57m27s	82.1%
7	18 – 25 ans	Etudiante	Célibataire	0	1h03m35s	65%
8	25 – 30 ans	Employée	En couple	3	53m54s	88.3%
9	30 – 35 ans	Artisan	En couple	3	55m01s	87.6%
10	18 – 25 ans	Etudiante	Célibataire	0	47m44s	67.5%
11	25 – 30 ans	Profession intermédiaire	En couple	1	1h11m15s	74.4%
12	30 – 35 ans	Employée	En couple	3	1h00m59s	73.8%

Tableau 1 : Profil sociodémographique et caractéristiques de l'entretien de chaque participante

Les motivations principales de participation des femmes à l'étude ont été :

- l'impact de la survenue de la grossesse sous contraception sur leur parcours contraceptif : une porte ouverte à la discussion et au changement ;
- les conséquences de cette grossesse non prévue : pour onze participantes l'issue a été une IVG, qu'elles ont choisi mais qu'elles auraient préféré éviter d'après leurs récits ; la

douzième participante a poursuivi sa grossesse et était la seule à avoir à la fois un désir d'enfant et un désir de grossesse. La survenue de la grossesse non prévue sous contraception a été perçue comme un problème, auquel l'IVG s'est présentée comme une solution. Pour autant, leur expérience de l'IVG n'a pas forcément été positive. Pour la patiente 8, les conséquences d'un échec contraceptif et leur gestion étaient plus importantes qu'en connaître les causes, puisque cela n'effacerait pas l'événement survenu pour elle. Plusieurs d'entre elles avaient été confrontées antérieurement au risque de survenue de grossesse non prévue : la contraception d'urgence était utilisée en cas d'usage de contraception non régulière. Les oublis de pilule étaient banalisés lorsque la patiente ne tombait pas enceinte malgré la prise irrégulière (*Tableau 2*).

P	Contraception qui a échoué	Grossesse survenue sous contraception	Contraception actuelle	Suivi gynécologique	Nom bre d'IVG	Antécédent situation à risque ou grossesse sous contraception
1	Implant	Non désirée non planifiée	Implant	Non	4	Grossesse sous POP 2 ^{ème} G, implant, POP 2 ^{ème} G + implant
2	POP 4 ^{ème} G	Non désirée non planifiée	PμP	Régulier gynécologue hospitalier	1	Prise pilule du lendemain (sous préservatif)
3	POP 2 ^{ème} G	Désir d'enfant mais grossesse non désirée, planifiée	SIU hormonal	Irrégulier MT	1	Non
4	SIU hormonal	Non désirée non planifiée	SIU hormonal	Régulier gynécologue libéral	1	Prise pilule du lendemain (sous préservatif)
5	POP 2 ^{ème} G	Non désirée non planifiée	DIU au cuivre	Irrégulier Gynécologue libéral	1	Oublis de pilule « sans conséquence »
6	Pilule progestative autre	Pas de désir d'enfant mais grossesse +/- désirée, non planifiée	Pilule progestative autre	Régulier sage-femme libérale	1	Oublis de pilule « sans conséquence »
7	POP 2 ^{ème} G	Non désirée non planifiée	SIU hormonal	Régulier planning familial	1	Non
8	DIU au cuivre	Non désirée non prévue	Implant	Régulier sage-femme libérale	1	Non
9	DIU au cuivre	Désir enfant, grossesse non désirée mais planifiée	DIU au cuivre	Régulier gynécologue libéral	1	Grossesse sous POP 2 ^{ème} G, préservatif
10	Préservatif masculin	Non désirée non planifiée	SIU au cuivre	Régulier gynécologue libéral	1	Non
11	Anneau vaginal	Non désirée non planifiée	DIU hormonal	Régulier gynécologue libéral	1	Oublis de pilule « sans conséquence »
12	PμP	Désir d'enfant, grossesse désirée non planifiée	Implant	Régulier gynécologue libéral / MT	0	Grossesse sous POP 2 ^{ème} G (oublis fréquents)

Tableau 2 : Suivi et contraception des patientes participantes

Pour les deux tiers des patientes qui ont participé, la survenue de la grossesse sous contraception a motivé un changement de la contraception (Tableau 2). Six d'entre elles sont passées d'une méthode dépendante de l'utilisatrice à un LARC, dont elles sont satisfaites tant sur le plan tolérance, qu'efficacité et surtout gestion au quotidien. Un LARC n'avait jamais été proposé à ces femmes. Les raisons invoquées sont notamment que ce sont des moyens de contraception réservés aux femmes qui ont déjà eu des enfants, ou qui sont plus âgées, ou qui ont déjà essayé d'autres moyens de contraceptions qui ne leur conviennent pas. Pour deux d'entre elles, la contraception a été changée pour une autre du même type : passage d'une POP de 4ème G à une PμP pour la patiente 2 dans un souci d'amélioration de la balance bénéfice-risque, et passage d'un stérilet au cuivre à un implant pour la patiente 8 à sa demande. Toutes les patientes qui ont changé de contraception n'avaient pas de désir d'enfant au moment de la survenue de la grossesse et ont demandé une interruption de cette grossesse. Pour les patientes 1, 4 et 9 la contraception n'a pas été changée car aucune autre ne leur convenait : contre-indication, refus, antécédent de grossesses sous certaines contraceptions.

II – Données qualitatives

Des grands thèmes ont été explorés et abordés au cours des entretiens. Il s'agissait de la contraception, de la fertilité, du désir d'enfant et de grossesse, du suivi gynécologique et des professionnels de santé qui l'assurent, de l'éducation à la santé sexuelle. L'analyse intégrative du ressenti des patientes a permis de définir trois grandes façons qu'avaient les patientes de définir et d'expliquer le phénomène étudié : il s'agissait d'un échec de la contraception, d'un échec de l'utilisatrice ou il ne s'agissait pas d'un échec contraceptif

1. Echec de la contraception

1. La contraception n'a pas été à la hauteur			
1.1. Réalité du risque de grossesse : 1.1.1. Caractère inattendu de la survenue de la grossesse 1.1.2. Absence de perception du risque de grossesse 1.1.3. Absence d'identification au risque de grossesse	1.2. Contraception non infaillible : 1.2.1. Contraception limitée 1.2.2. Perte de confiance en la contraception	1.3. Contraception non idéale : 1.3.1. Contraception inadaptée, non choisie 1.3.2. Absence de bénéfice perçu à la prise de contraception	1.4. Suivi non optimal : 1.4.1. Manque d'accès à la contraception 1.4.2. Exigences vis-à-vis du professionnel de santé 1.4.3. Parcours contraceptif complexe

La première attente des patientes vis-à-vis de la contraception était l'efficacité : la survenue de la grossesse signait l'inaptitude de la contraception à remplir ce rôle : E6 « *Oui effectivement, j'trouve que c'est un beau mot, un échec contraceptif. Parce que c'est, on demande à un médicament de jouer un rôle, qu'il n'a pas rempli à un moment* ».

1.1. Réalité de la survenue de la grossesse

1.1.1. Caractère inattendu de la survenue de la grossesse (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11)

La survenue de la grossesse n'était pas explicable :

- E7 « *Bah c'est, c'est juste qu'elle a pas forcément rempli son boulot et qu'on aimerait bien savoir pourquoi* »

La survenue de la grossesse était une erreur :

- E1 « *Je la prenais, je l'oubliais pas. Pour moi c'était fiable, sûr. Ça devait marcher... Ça me traversait même pas l'esprit !* »
- E8 « *Donc euh, ouais échec, ou un loupé, 'fin je sais pas, je, je saurais pas vous dire* »

Violence vécue :

- E11 « *Et là, quand ça nous arrive, on s'prend une claque hein quand même* »

Absence de conception du risque :

- E6 « *C'est qu'j'ai l'impression que c'est moi qui aie tout bêtement pris ce risque sans jamais me dire "ah j'suis en train de prendre un risque !"* »
- E9 « *ça limite quand même énormément ! [...] j'pense pas que le nombre de grossesses avec contraception sur le nombre de grossesses tout court, j'pense qu'on est sur une extrême minorité quand même* »

La contraception était perçue comme globalement efficace pour pouvoir contrôler la survenue des grossesses (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11, E12). Pour beaucoup, la survenue d'une grossesse sous contraception n'était tout simplement pas possible : elles étaient inconscientes du risque et persuadées d'en être protégées. L'échec contraceptif était perçu comme une erreur, quelque chose qui n'aurait pas dû se produire. Sa survenue était source de surprise pour les patientes, et pouvait être mal vécue.

1.1.2. Absence de perception du risque de grossesse (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12)

Contraception altère durablement la fertilité :

- E6 « Et en fait y a une espèce de, de croyance un peu stupide qui dit que quand tu prends la pilule longtemps, bah avant de tomber enceinte tu dois attendre un moment donc euh... Donc voilà, c'est, donc j'pense que c'est une idée reçue qui est dangereuse. [...] J'étais même en train de me dire "si j'continue à prendre la pilule, j'vais m'rendre stérile" »

Se percevoir comme peu fertile :

- E2 « 'Fin, surtout qu'avec mon conjoint on n'est pas dans une phase optimale où, où on a des rapports hyper régulièrement en plus donc euh, c'était vraiment... »
- E2 « et on nous rabâche tellement que de toute façon que à partir de trente-cinq ans, il faut faire attention il faut aller beaucoup plus vite etc. etc., que euh quand on a voulu un enfant avec mon conjoint on était parti pour faire des FIV »
- E6 « En fait moi j'ai jamais trop pris ma pilule régulièrement car [...] on m'a toujours dit que j'étais pas stérile mais très infertile entre guillemets »
- E9 « une chose est sûre, j'ai conscience qu'une chimio ça aide pas »

Il est difficile de tomber enceinte :

- E2 « On galère déjà tellement, on entend tellement de galère pour tomber enceinte ! »
- E6 « [Elles] m'ont toutes dit "ah bah moi j'ai dû attendre bien six, sept mois d'arrêt de pilule pour arriver à tomber enceinte", donc euh... Donc j'l'ai mis comme un fait, peut-être que j'l'ai mis à la hauteur d'un fait scientifique et que c'était ça l'erreur ! »
- E12 « Mais après, c'est peut-être arrivé, une ou deux fois, que je l'oublie. Mais c'est vrai qu'on se dit pas qu'en une fois ça suffit... »

Ne pas utiliser la contraception comme telle :

- E6 « On m'a dit que c'était bien de prendre la pilule pour réguler mes hormones. Moi aussi je l'entendais comme ça, comme un médicament plus que comme une contraception »

Ne pas comprendre comment fonctionne son corps :

- E2 « Donc j'avais mon ordonnance, et du coup j'attendais mes règles pour, pour la reprendre en fait. J'crois que c'était ça le truc »
- E5 « Faut attendre vos règles." J'ai fait "OK". Et euh en fait elle m'a jamais, euh, 'fin genre... J'ai arrêté ma pilule, et j'ai jamais eu mes règles... [...] Et donc j'pense j'suis tombée enceinte quand j'ai arrêté ma pilule, nan un peu avant d'arrêter ma pilule, et j'm'en suis pas rendue compte ! J'ai attendu d'avoir mes règles pour me faire mettre un stérilet et... »
- E9 « Enfin un oubli, nan, c'était dans l'euphorie, mais concrètement je savais que j'avais mes règles trois jours plus tard »

Les patientes interrogées ne percevaient globalement pas le risque de grossesse. D'une part, d'après elles, la contraception altérait durablement la fertilité, y compris après l'arrêt. D'autre part, tomber enceinte était perçu comme quelque chose de difficile, y compris lorsque la grossesse était recherchée. De plus, leur méconnaissance du fonctionnement de leur corps et de la contraception, les idées reçues, les ont empêchées de concevoir le risque. Le ressenti des patientes était influencé par les discours des professionnels de santé. Le

changement de contraception ou la reprise de la contraception n'étaient pas correctement encadrés.

La perception de leur fertilité a joué un rôle majeur dans la perception de ce risque : moins elles se croyaient fertiles, plus elles risquaient de se retrouver en situation d'échec. La baisse de la fertilité pouvait être globale et permanente, ou situationnelle et temporaire. La perception négative de la fertilité pouvait modifier la perception du besoin de contraception, qui n'était alors pas utilisée comme telle.

1.1.3. Absence d'identification au risque de grossesse (toutes)

Être son propre repère :

- E6 « de temps en temps j'oublie ma pilule et ça a jamais été grave sauf cette fois-là »
- E7 « 'Fin que c'est possible que ça marche pas en fait. [...] Pour moi, c'était, tant qu'on est assidu, c'était... »
- E11 « ça des oublis ça arrivait forcément. Hein j pense que ça peut arriver à toutes les femmes. J'étais jamais tombée enceinte jusque-là. [...] Donc euh du coup j'me suis dit que la pilule ça fonctionne bien »

Droit à l'erreur :

- E10 « Parce que j'ai toujours été hyper carrée, et j'me suis dit que c'est pas pour une fois... 'Fin même si je sais au final que y a vraiment de danger à prendre la pilule du lendemain, 'fin j'y ai même pas pensé... J'me suis dit que je surveille et puis voilà ! 'Fin j'y pensais pas du tout que ça allait m'arriver ! »

Vivre le risque pour en prendre conscience :

- E5 « j'ai jamais entendu une personne dire qu'il était enceint, 'fin je connais pas, je sais que ça a pu arriver avec un stérilet de tomber enceinte. [...] Mais je connais personne donc euh peut-être que ça me paraît moins réel tu vois »
- E8 « même un jour dans ma tête j'm'étais dit "ouais si un jour ça m'arrive euh je vais réagir comme ça comme ça", bah en fait on se rend compte que quand on est devant la situation, c'est pas la même chose »
- E10 « c'est de manière générale, 'fin voilà, c'est tout le temps, c'est pas une fois que ça nous arrive qu'il faut nous le dire, c'est avant, on devrait être au courant »
- E11 « On sait, mais on s'dit pas... Et j'ai été la première à juger, une personne, 'fin voilà, qui est tombée enceinte avec la pilule, et j'me suis dit que c'était pas possible. Que c'était facile de dire qu'on était tombée enceinte avec la contraception, 'fin non, pour moi c'était pas possible »

Connaître le risque en théorie ne voulait pas pour autant dire s'identifier au risque en pratique. Les patientes étaient souvent leur propre repère pour juger de l'efficacité de la contraception. Parfois, la seule cause d'échec contraceptif perçue était la mauvaise observance, donc celles qui prenaient correctement la contraception étaient préservées de l'échec. Même lorsque l'observance n'était pas optimale, l'absence de survenue de grossesse non prévue signait l'efficacité de la contraception pour la patiente, la contraception était adaptée à la patiente concernée et à sa manière de l'utiliser, mais cela pouvait inquiéter quant à sa capacité à tomber enceinte. Les patientes estimaient même que la règle générale s'appliquait pour l'exception, avoir une bonne observance en général suffisait à les protéger en cas d'erreur ponctuelle. Pour les patientes interrogées, vivre le risque a été le moyen d'en prendre conscience. Le fait de connaître le risque ne faisait pas que les patientes se

reconnaissaient comme à risque. Les patientes interrogées, qui connaissaient l'existence de la contraception d'urgence, ne l'ont pas prise car elles n'en ont pas identifié l'utilité.

1.2. La contraception n'était pas infaillible

La survenue de la grossesse sous contraception a bousculé leurs représentations concernant l'efficacité de la contraception, il s'agissait d'un échec de la contraception.

1.2.1. La contraception avait des limites (E5, E7, E8, E9, E10, E11)

Absence de contrôle sur le mode d'action :

- E9 « le stérilet s'était déplacé, [...] il a pas du tout fait son travail puisqu'il était plus au bon endroit »
- E10 « le préservatif a craqué »

Altérer le fonctionnement de la contraception :

- E7 « Bah en fait j'pense, par exemple, avec la pilule peut-être que y a aucun oubli mais que y a une soirée arrosée et que y a eu un vomi »
- E8 « Alors à l'hôpital, c'est euh, ils rejettent la faute sur la sage-femme, c'est euh "elle aurait dû faire une écho de contrôle, il a forcément été mal posé" »
- E11 « Si, c'est la gynécologue qui m'a dit, mais quelque chose tout bête, mais que les médicaments à base de plante annulaient les effets de la contraception en fait. [...] Donc après effectivement au mois de mars j'toussais donc j'avais pris du sirop ? »

La complexité du corps humain entravait le bon fonctionnement :

- E8 « Moi j'dirais plutôt que c'est à la contraception de s'adapter aux femmes, parce qu'on est, 'fin on est tellement différente, c'est tellement complexe le corps des femmes à la base »

Ne pas être une exception :

- E10 « j'pense que oui y en a quand même plus qu'on ne le pense. Et encore plus maintenant que, que j'ai vu le nombre d'IVG par an en France, qui est quand même énorme. Bon après y a pas que des femmes qui avortent parce que, 'fin y a eu un problème de contraception, mais ça doit être une bonne partie même »

La survenue de la grossesse non prévue sous contraception démontrait pour les patientes l'existence de ses limites. Pour elles, on ne pouvait donc pas contrôler complètement le mécanisme d'action ni s'assurer une totale efficacité. La complexité du corps humain entravait le bon fonctionnement de la contraception. De nombreux autres facteurs pouvaient altérer le fonctionnement de la contraception, que ce soient des interactions médicamenteuses, des troubles digestifs ou une mauvaise pose du moyen de contraception par exemple. Les patientes concernées ont estimé que de nombreuses autres femmes l'étaient aussi.

1.2.2. Perte de confiance dans la contraception (E3, E4, E6, E7)

Avoir été trahie par la contraception :

- E3 « Tu t'dis finalement euh, bah ça te protège pas vraiment. 'Fin c'est comme si quelqu'un m'avait planté un coup dans l'dos »

Ne plus adhérer à la contraception :

- E4 « et j'étais pas, déjà pas hyper emballée, par le stérilet hormonal. Et avec le souci, il a fallu une bonne discussion avec Dr *** pour que, j'me remette en confiance vis-à-vis de ça »
- E6 « *** j'sais qu'elle est pas remboursée parce que c'est une pilule qui est arrivée sur le marché y a pas longtemps. Et j'me suis dit "mais, 'fin ça s'trouve elle marche pas bien, faudrait le dire pour les statistiques" »
- E7 « étant donné que j'étais assez soucieuse par rapport à la, à la pilule. (rires) Donc ils m'ont directement euh proposé d'autres moyens de contraception »

Ne plus vouloir de contraception :

- E3 « ce serait que moi je n'en prendrais plus du tout parce que ça fait quand même quelque chose de tomber enceinte avec la pilule »

Les patientes se sont senties trahies par leur contraception lorsque celle-ci a échoué, parce que celle-ci n'a pas répondu à leurs attentes. Elles remettaient en question dans les suites leur contraception et son efficacité. Lorsqu'auparavant elles n'adhéraient pas non plus à leur contraception, la survenue de l'échec renforçait la perception négative de la contraception. Cela pouvait être pour certaines l'occasion de changer de contraception.

1.3. La contraception n'était pas idéale

Les patientes n'utilisaient souvent pas au moment de la grossesse une contraception qui leur convenait. L'échec contraception incitait à faire mieux par la suite. Cela modifiait négativement leur perception de leur contraception mais pouvait rendre accessible une contraception se rapprochant de leur définition de la contraception idéale.

1.3.1. La contraception devrait s'adapter (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E12)

Ne pas poursuivre ce qui a prouvé son inefficacité :

- E1 « Et après *** rebelotte, on m'a refait le coup de la pilule, j'ai dit "nan". [...] Je me méfiais, je faisais attention, je sais que je ne l'avais pas oubliée. Du coup, on m'a dit "bon bah on verra plus tard". Donc on m'a mis un implant. [...] J'avais toujours la hantise de me dire, bah en fait j'vais retomber enceinte. Parce que du coup, on m'a remis un implant »
- E7 « Mais euh j'pense que la pilule c'est vraiment pas fait pour moi du coup »
- E12 « Ou que c'était pas adapté, je sais pas, ou que c'était mal dosé, ou c'était peut-être pas celle qui me convenait. Parce que je fais partie du un pourcent, deux fois, donc ça fait beaucoup ! »

Variabilité interindividuelle :

- E8 « Plus efficace je saurais pas vous dire, après si je prends mon expérience, j'ai essayé la pilule, l'implant, j'suis jamais tombée enceinte. Là manque de pot, j'ai testé le stérilet au cuivre j'suis tombée enceinte. J'fais partie des femmes qui voilà, qui le supportent pas ou qui sont pas faites pour ça »

Choisir sa contraception :

- E1 « On leur dit trop que faut prendre la pilule, que c'est très bien et voilà. Alors qu'en soi, bah oui mais pas pour tout le monde »
- E4 « De laisser la possibilité de changer quoi, si euh à un moment donné, pour X raison, ça convient plus, dire "bah OK, on a le droit". Ça manque un peu, ouais. "Ça fonctionne pour vous, bah vous continuez là-dedans" »
- E6 « J'trouve qu'on parle beaucoup de la pilule en tout premier, comme si c'était un peu le Saint Graal de la contraception »
- E7 « Alors moi j'avoue que j'étais pas trop au courant des autres moyens de contraceptions, euh j'sais que toutes mes copines elles prenaient la pilule »
- E12 « Bah si l'implant avait pu exister, enfin non il devait déjà exister à l'époque mais qu'il soit plus proposé quoi ! Parce que du coup quand vous êtes chez le gynéco, vous voyez la pilule et le stérilet en gros. [...] Après c'est les autres solutions, c'est quand y a eu des échecs »

Rester soi-même :

- E4 « La période où j'ai été sans contraceptif et tout, j'me suis dit "j'veux quelque chose euh, qui ressemble le plus à ça". J'm'étais retrouvée quoi »

Être satisfaite de sa contraception :

- E4 « Bah qui convienne quoi. Ouais, 'fin, euh qui soit pas une charge, euh qu'on apprécie, avec lequel on soit à l'aise »

Les patientes ont identifié divers problèmes avec leur contraception. Beaucoup ont déploré que celle-ci ne leur était pas adaptée, car l'efficacité de la contraception pouvait varier d'une personne à l'autre. Les patientes ont également déploré, plus qu'une offre contraceptive limitée, la méconnaissance de celle-ci et l'absence de choix laissé aux utilisatrices. Les choix ont donc souvent été faits par défaut, sur la base des expériences des proches, et selon les propositions des professionnels. Pour certaines, l'échec contraceptif était même un passage obligé pour accéder à certaines contraceptions, un événement attendu dans le parcours contraceptif. Pourtant, dans plusieurs cas, et parfois à l'initiative des professionnels de santé, la contraception n'a pas été changée après la survenue d'un échec pas plus qu'elle n'a été remise en question. Les patientes attendaient entre autres que la contraception ait des effets limités sur leur corps. Elles souhaitaient aussi se simplifier la vie. Enfin, les patientes ont souligné l'importance d'adhérer à sa propre contraception, ce qui n'était pas toujours le cas.

1.3.2. Absence de bénéfice perçu à la prise de contraception (E1, E4, E5, E6, E8, E10, E11)

Être en danger :

- E4 « J'étais un p'tit peu euh, voilà, contre les hormones. J'avais un truc le plus naturel possible »
- E10 « Euh c'est que déjà, euh, dans ma famille y a eu pas mal de cancers *** et du coup, euh bah, on m'a conseillée le stérilet au cuivre et voilà, de plus avoir d'hormones j'étais pas contre »

Être stigmatisée :

- E6 « Elle nous a dit "bah bravo, vous savez tous les déchets que vous mettez quand vous faites pipi, ça se retrouve dans les nappes phréatiques, vous tuez des poissons". Et j'ai trouvé ça odieux de faire culpabiliser des gamines de seize ans qui prennent une contraception quoi ! Ça avait été très violent pour moi. Et j'avais plus vu la pilule comme un truc dangereux pour l'environnement que les risques de tomber enceinte »

Impact négatif sur le corps :

- E4 « Et puis, c'est assez aussi dans l'idée de me dire bah c'est normal 'fin pour une femme d'avoir des cycles, donc ne plus en avoir du tout, moi ça me dérange »
- E6 « La sage-femme qui m'aurait fait l'échographie m'a dit "oula, vos ovaires ils sont vraiment dans un sale état [...] ! Si vous voulez avoir des enfants un jour, j'vois pas pourquoi vous continuez de prendre la pilule !" [...] elle m'a vraiment angoissée, [...] elle m'a fait culpabiliser pour rien en fait ! »

Absence de retour sur investissement :

- E11 « On a fait les choses correctement. [...] Finalement pour me dire que bah ça n'a pas marché... En plus, une contraception qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale, que je payais ! Et on s'dit que pour au final en arriver là »

Plusieurs freins à la prise de contraception ont été identifiés, diminuant l'adhésion et la confiance en la contraception. Plusieurs patientes percevaient la contraception, notamment hormonale, comme un danger auquel elles s'exposaient. Elles identifiaient un impact négatif de la contraception sur leur corps. A ces idées reçues sur la contraception s'ajoutait la stigmatisation que certaines patientes ont ressentie. Les attentes envers la contraception étaient plus grandes lorsque la patiente estimait son investissement dedans comme important.

1.4. Le suivi n'était pas optimal

Les patientes ont déploré un accompagnement insuffisant autour de la contraception. Le suivi en lui-même de la contraception a demandé un investissement de la part des patientes. Le rythme de suivi idéal pour les patientes n'était paradoxalement pas forcément plus espacé pour celles qui n'avaient pas de suivi : six mois à un an pour les patientes 3 et 5, contre cinq ans pour la patiente 12.

1.4.1. Inaccessibilité de la contraception (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E11, E12)

Indisponibilité des professionnels de santé :

- E6 « Les rendez-vous chez le médecin ça met dix plombes donc faut bien y penser à l'avance pour pas avoir un mois de creux. Ou alors il faut supplier le pharmacien, c'est un p'tit peu pénible »
- E12 « y a pas assez de créneau gynéco dispo pour les femmes »

Démédicaliser le suivi contraceptif :

- « 'Fin on, on vient pas chez le médecin pour une maladie, on vient pas parce qu'on va pas bien, c'est vraiment euh un choix personnel. [...] Là c'est pas, en fait j'associe pas ça forcément au domaine médical »

Être patiente :

- E1 « Mais du coup c'est des procédures qui sont longues. Tous les ans je recommence »

Difficulté d'accéder à la connaissance :

- E2 « Effectivement le faire à l'école c'est peut-être plus intelligent parce que au moins ça touche les garçons, les filles, ça touche tout le monde »
- E3 « Oui. Bah... Tout ce qui est école, 'fin un peu partout parce que c'est vrai que l'on entend pas parler »
- E11 « En parler plus, déjà oui. À la télé aussi, parce que les jeunes... Bah parce que les jeunes sont aussi beaucoup sur les réseaux, sur la télé... »

Les patientes ont jugé la contraception trop difficile d'accès. Il leur fallait faire preuve de patience pour obtenir l'accès à une méthode contraceptive précise ou tout simplement accéder à une consultation. Au-delà, c'était l'accès à la connaissance de la contraception qui était perçu comme limité et insuffisant. Les patientes formulaient le désir que le sujet soit abordé en dehors de la consultation. De même, la médicalisation de la contraception et de son suivi a été un frein à l'utilisation de la contraception. Les patientes considéraient que la contraception ne rentrait pas dans le cadre médical habituel associé à la pathologie, il s'agissait plutôt d'un choix personnel et d'un choix de vie.

1.4.2. Complexité du parcours contraceptif (E1, E5, E8, E9, E11)

Devoir respecter des règles :

- E11 « J'avais demandé à c'qu'on me donne toutes les boites d'un coup et on m'avait dit que ça c'était pas possible. Alors j'comprends pas parce qu'on les prend pas pour s'amuser mais bon... [...] Bah c'est vrai que ce serait plus pratique »

Prise en charge non consensuelle :

- E6 « j'ai eu l'impression vraiment pendant des années d'avoir été un cobaye. [...] Et moi j'ai aucune idée des effets que ça aurait sur ma santé au long terme, j'aimerais bien que, que yait un protocole qui fasse qu'on tergiverse plus sur dix mille pilules différentes [...] »
- E9 « En fait moi j'pars du principe que si on arrive pas à me trouver quelque chose qui me soit adapté, c'est que d'autres personnes doivent être dans le même cas »

Difficile équilibre entre tolérance et efficacité :

- E8 « Alors c'était pas une question de dangereux, c'était une question de, en fait comme moi j'avais toujours le problème avec les pilules et l'implant, fin y a toujours eu le bazar qui fait que, euh en fait le fait que j'me suis dit que ce soit sans hormones et qu'ça allait être mon cycle naturel. [...] Et donc ça a fait tout un panel où j'me suis dit que c'était pile ce qu'il me fallait quoi, bon manque de pot pas pour les grossesses apparemment ! »

Inutilité perçue du suivi :

- E5 « Le médecin en général, quand tu vas refaire prescrire des pilules, pour moi il fait rien d'autre que te faire une ordonnance. Y a pas de consultation supplémentaire ! »

Les patientes ont mis en avant les difficultés rencontrées au cours du suivi contraceptif. Ce suivi, nécessaire en cas d'utilisation d'une contraception médicalisée dont l'accès est conditionné par une prescription, n'avait pour autant pas toujours une utilité perçue. Si les patientes 4, 5, 10, 11, 12 adhéraient au suivi, ce n'était pas le cas des patientes 1 et 3 qui accédaient à la contraception médicale sans celui-ci. L'accès à la contraception nécessitait de respecter des règles auxquelles elles n'adhéraient pas non plus. Les patientes ont pointé du doigt la prise en charge contraceptive non consensuelle, errance vécue comme anxiogène. Elles trouvaient également difficile de trouver le juste équilibre entre une contraception efficace et une contraception.

1.4.3. Exigences vis-à-vis du professionnel de santé (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12)

Peur d'être jugée :

- E4 « J'ose pas trop poser de questions, j'me dis "voilà, tu vas encore passer pour une neuneu", donc c'est pas évident. [...] Donc je suis la marche un peu »
- E7 « Euh déjà quelqu'un qui soit sans jugement [...]. J pense que c'est hyper important »

Professionnel de santé à part :

- E5 « On est pas des bouts de viande ! [...] Bah parce que c'est quand même le rapport humain, tu parles pas de tout avec tout le monde, tu vois ! Alors, certes, c'est des professionnels de santé mais euh, c'est vrai que c'est difficile de se livrer pour une femme »
- E10 « C'est quand même un gynéco, 'fin c'est pas plus difficile d'aller chez le gynéco que chez le médecin mais enfin, il faut quand même, on attend qu'il nous mette à l'aise, qu'il soit discret quand même. [...] Parce que ça touche encore plus à l'intimité »

Avoir une relation de qualité :

- E4 « Si euh, j'suis mal à l'aise et pas en confiance, euh bon bah là, j'essaye de changer »
- E5 « J pense que c'était une très mauvaise gynéco, [...] très froide, très, euh, autoritaire, 'fin, vraiment sans sentiment »

Avoir besoin d'un expert :

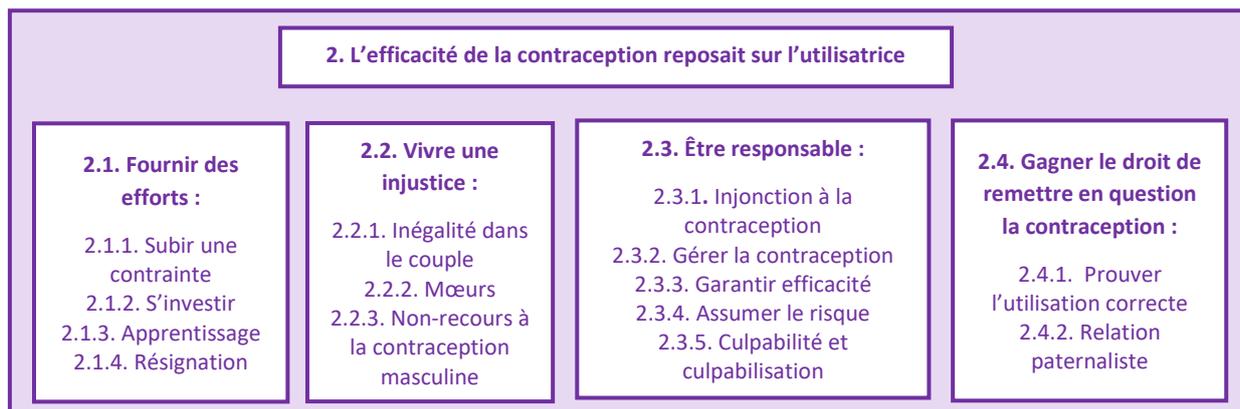
- E12 « Si on a des questions un peu plus poussées, j pense qu'effectivement en parler avec un gynéco c'est peut-être mieux. Mais après, quand c'est pour des renouvellements, j pense que le médecin est tout à fait à même de faire, de faire les choses »

Référence en matière d'information :

- E5 « c'est plus le rôle des professionnels de santé. [...] Ça serait pas mal, et peut-être même le mettre entre guillemets obligatoire »
- E5 « Je sais pas si c'est vraiment ça l'échec contraceptif ou si c'est euh, une mal-information. (pause) Parce que si peut-être elle m'avait euh, dit euh, j'sais pas, "n'ayez pas de rapports", 'fin euh, "avant votre arrêt de pilule", je sais pas si c'est ça ou pas ».
- E7 « Euh, le fait d'être à l'écoute, et la qualité d'être empathique, euh c'est hyper important dans ce domaine-là. Et euh, et oui de savoir informer »

Pour les patientes, le professionnel de santé qui assurait le suivi de la contraception, le suivi gynécologique, n'était pas un professionnel comme les autres. Elles se voyaient en situation de vulnérabilité face à ces professionnels et elles avaient donc des attentes importantes vis-à-vis d'eux, qui n'étaient pas toujours satisfaites : les qualités humaines et de communication étaient primordiales pour avoir une relation de qualité. Elles le percevaient comme une référence en matière d'information autour de la santé sexuelle. Les patientes craignaient d'être jugées par les professionnels de santé, et cela a pu affecter de manière néfaste la relation en favorisant une relation paternaliste. Le défaut de connaissance de la contraception et le défaut d'éducation thérapeutique, incombant au professionnel pour les patientes, était non seulement vu comme une cause d'échec contraception mais aussi comme une manière de le définir. Enfin, si toutes les patientes interrogées s'accordaient à faire confiance à leur médecin traitant ou à tout professionnel correctement formé pour assurer leur suivi, le spécialiste restait l'expert et le référent.

2. Echec de l'utilisatrice de la contraception



2.1. Devoir fournir des efforts (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12)

Subir une contrainte :

- E4 « *fin déjà c'est un peu chiant j'trouve la contraception. [...] C'est vraiment cette charge mentale là, de s'dire "mince, y faut faire quelque chose qui est pénible" »* »
- E5 « *Après pour ce qui est de la pilule, oui je trouve que c'est une charge, tous les jours de se prendre un cachet, euh, aller chercher son cachet à la pharmacie, t'as plus de cachets donc tu vas devoir reprendre un rendez-vous... 'Fin ça ouais, 'fin c'est compliqué, 'fin faut s'organiser quoi ! »* »
- E11 « *Du coup oui, c'était pas la pilule qui me convenait pas, c'était le fait de la prendre tous les soirs, et c'est surtout ça quoi »* »
- E12 « *à chaque fois j'me d'mandais si j'l'avais prise, pas prise. [...] Ouais moi j'trouve ça contraignant. (pause) C'est surtout que ça rajoute un stress supplémentaire »* »

S'investir :

- E6 « *C'est une charge mentale. Ça m'fait chier »* »
- E11 « *S'habituer au fait de prendre une contraception »* »

S'adapter :

- E4 « *Je, j'respecte un peu leur décision »* »
- E10 « *À la base elle a été un peu imposée parce que j'en avais aucune idée »* »
- E11 « *Donc si elle me l'propose c'est que finalement, c'est aussi bien »* »

Apprentissage :

- E1 « *Mais je crois que même, même après, même en étant majeure, y a plein de trucs sur la pilule que j'ai jamais compris hein en fait ».* »
- E6 « *Ils m'ont jamais dit de faire attention à la prendre à heure régulière »* »
- E7 « *On m'avait jamais parlé de obligatoirement, tout le temps, l'avalier avec de l'eau »* »

Résignation :

- E2 « *parce que moi si ça me convient pas j'arrêterai. 'Fin voilà j'ai pas, j'ai pas envie que ça me pourrisse la vie »* »
- E9 « *Oui, de toute façon c'est toujours moins problématique qu'un petit loulou, même si on les aime fort ! »* »

Pour les patientes interrogées, la contraception était perçue comme une charge leur imposant des efforts sur divers plans. Elles la décrivaient comme une contrainte subie, un effort d'adaptation permanent à la contraception et l'investissement demandé n'était pas perçu positivement. Utiliser la contraception a nécessité un apprentissage pour les patientes, or elles estimaient ne pas avoir toujours eu accès au savoir requis. Les patientes ont dû également apprendre à faire confiance à la contraception, dont le choix ne leur revenait pas toujours.

Elles s'en remettaient alors au professionnel de santé, accordant plus de valeur à sa parole. Les femmes interrogées se résignaient pourtant, la grossesse non prévue et *a fortiori* un enfant non prévu restait pour elle bien plus contraignant que la prise de la contraception. Pour d'autres au contraire, les efforts à fournir sont tolérés tant que la balance bénéfice-risque restait positive pour elles, et l'arrêt de la contraception était envisagé si ce n'était pas le cas.

2.2. Vivre une injustice (E3, E4, E6, E8, E9, E11)

Inégalité dans le couple :

- E1 « Je trouve qu'ils n'en parlent pas assez aux enfants ? Enfin, aux enfants, aux adolescentes »
- E4 « Ouais. Oh ouais totalement. Ils doivent absolument être impliqués de la même manière que les filles, parce que ça leur incombe aussi ! C'est, euh, ouais c'est pas très juste que ce soit aux filles d'y penser euh seulement. C'est pas... Tout le monde est lié dans cette histoire ! »
- E6 « Et j pense que y a une question d'éducation derrière »
- E9 « Donc ouais et à la fin du compte effectivement tout pèse sur la femme ! C'est clair et net. C'est facile pour un bonhomme »
- E11 « Et c'est pas que d leur faute, j pense que c'est d la faute de la société. L'homme est pas assez investi, oui, à c niveau-là effectivement »

Ne pas partager la charge contraceptive :

- E1 « Je trouve qu'ils n'en parlent pas assez aux enfants ? Enfin, aux enfants, aux adolescentes »
- E9 « Je suis pas sûre que je ferais aussi confiance, étant donné que le résultat sort de notre corps à nous, je suis pas sûre... Parce que du coup, ça permettrait d'enlever... J pense qu'on serait moins maître de notre corps à ce niveau-là »
- E11 « Bah on a envie qu'ils s'impliquent plus mais en même temps est-ce qu'on ferait confiance pour autant, pas sûre, donc euh c'est vrai que... C'est difficile de leur laisser notre corps... [...] Bah c'est que si lui pense pas, c'est pas lui qui aura les répercussions, c'est nous ! »

Non-recours à la contraception masculine :

- E1 « il le dit que c'est hors de question, mais il le dit pas dans, euh je le prend pas méchamment. C'est juste que pour lui c'est pas concevable »
- E8 « Alors oui je lui ferais confiance, maintenant il le fera pas ! (rires) Très clairement, parce qu'il est dans le truc très viril »

Les patientes interrogées ont remis en cause la charge contraceptive qui leur incombait, qu'elles percevaient comme une inégalité dans le couple. Si elles déploraient ne pas pouvoir compter sur leur partenaire, elles ne le jugeaient pourtant pas entièrement responsable de son désinvestissement, qui découlait d'un comportement systémique, ancré dans les mœurs de la société. Si les plus âgées excluaient elles-mêmes leurs hommes de cette éducation, pour les plus jeunes ce comportement était modifiable, il était possible et souhaitable d'envisager une éducation différente. Cependant, elles percevaient cette inégalité dans le couple comme fondamentale et inéluctable puisque seules les femmes pouvaient tomber enceintes, quelle que serait la personne en charge de la contraception. Gérer la contraception leur permettrait de garder un minimum de contrôle sur leur corps. Le recours à la contraception masculine n'était donc souvent pas envisagé comme une solution, ni par les femmes elles-mêmes, ni par leur partenaire qu'elles présumaient ou savaient contre. La contraception était perçue comme incompatible avec les hommes et leur représentation de la masculinité et virilité.

2.3. Être responsable (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12)

Injonction à la contraception :

- E8 « En plus de ça, on sait très bien on sait très bien qu'on doit faire attention à pas tomber enceinte. Et en plus, on nous met la pression avec le fait de la pilule, et de s'dire qu'il faut qu'on la prenne »

Gérer la contraception :

- E4 « Je vais passer vieux jeu ou j'en sais rien... (rires) Nan on a tous les deux, on a... On reste tous les deux dans l'image euh, euh... C'est la femme qui prend la contraception. [...] C'est pas notre génération ! »
- E11 « Mais oui pour moi c'est important de la démarrer entre guillemet tôt. 'Fin y a un âge quand même forcément, mais euh, pour que ça rentre dans notre quotidien et qu'ça devienne une habitude quoi »

Garantir efficacité :

- E7 « j'ai pas aimé, parce qu'en fait ça m'apportait un stress de m'dire qu'il fallait, que j'étais vraiment euh, très très responsable de la situation et qu'il fallait pas que y ait de merde »
- E9 « Ouais sur le fait de plus câbler les signes qui, parce que oui j'ai par contre, j'me dis y a des petites choses qui font que, en fait ça aurait dû me faire tilt »
- E11 « C'est moi entre guillemets qui est la fautive. Parce que j'me suis pas rendue compte à ce moment-là que ça a pas fait effet, que ça a pas fonctionné »

Provoquer la grossesse :

- E5 « C'était pas une question que ce soit pas fiable, c'était plus une question de si la personne tombe enceinte, c'est qu'elle le prenait pas bien. [...] Dans le sens, c'est toi qui as mal fait les choses »
- E7 « Alors que si ça concerne la contraception, c'est tout de suite moi qui suis... Auteure de la chose »
- E10 « Là j'trouve ça différent de tomber enceinte parce que le préservatif craque et que bah j'ai pas forcément fait le nécessaire, ou tomber enceinte parce que bah je prenais correctement ma pilule ou que j'étais sous stérilet, et que c'est vraiment pas ma faute »
- E12 « C'est que je l'avais oubliée, forcément ! »

Assumer le risque :

- E7 « Moi j'ai eu l'impression que c'était une forme de honte d'y aller. [...] Et j'ai peur ouais d'être jugée... Le fait euh, que les autres autour se rendent compte qu'on a pas su être à la hauteur. Euh que peut-être y a un manque de maturité dans le truc, souvent on voit pas ça comme un accident, [...] on voit pas ça comme quelque chose d'humain, alors que ça peut arriver à tout le monde ! »
- E10 « pourtant je le sais, j'suis informée, 'fin je, voilà je, j'ai pas vraiment d'excuses si on peut dire qu'il y a des excuses, mais voilà, j'ai... J'ai pas pris de pilule du lendemain ou quoi »

Culpabilité et culpabilisation :

- E11 « déjà penser quand on tombe enceinte qu'on le voulait pas, déjà ça, et puis penser à l'IVG du coup, se dire que c'est d'notre faute... C'est d'la culpabilité en plus j'trouve, c'est compliqué. [...] Bah oui, nan, si, bah parce que finalement, même si on pense que nous c'est de notre faute à nous, c'est effectivement la contraception la plus grande fautive dans l'histoire »
- E10 « là c'est entièrement ma faute. [...] 'fin c'est quelque chose qui était prévisible. 'Fin j'aurais dû réagir avant ! [...] J'aurais pu prendre la pilule du lendemain ! [...] Bah parce que moi ça aurait pu être évité »
- E6 « j''ai bien vu dans le dossier médical, que c'qui est écrit "c'est une grossesse mais c'est de sa faute quoi". (parle beaucoup plus fort) "VOUS AVEZ OUBLIE VOTRE PILULE, VOUS". (rires) Donc c'est, c'est euh, c'est un peu culpabilisant »

Toutes les patientes ont évoqué le sentiment de responsabilité vis-à-vis de la contraception, souvent partagé par le couple et nourri par leur éducation. A leur sens, leurs attitudes et actions pouvaient impacter directement l'efficacité de la contraception et contribuer

à la survenue de la grossesse. Dans le cadre de la prévention des grossesses non prévues qui leur incombait, elles ont pu vivre comme une injonction la prise de contraception. Il s'agissait de gérer la contraception pour le couple, mais aussi de gérer la contraception au quotidien et de s'assurer de son efficacité. Les patientes pensaient qu'elles devaient également savoir quand la contraception était efficace ou non, afin d'anticiper et éviter la grossesse non prévue. Cette responsabilité n'allait pas de soi et a donc nécessité un apprentissage. Les patientes se sentaient responsables de la survenue éventuelle d'une grossesse sous contraception, parce que leur utilisation de la contraception n'était pas optimale. La survenue de la grossesse non prévue a semé le doute et remettait en question la possibilité d'une observance sans failles et plusieurs d'entre elles rapportaient que les professionnels de santé les jugeaient également responsables de l'échec contraceptif. Les patientes faisaient la distinction entre le dysfonctionnement intrinsèque de la contraception et la mise en échec extrinsèque du moyen de contraception. Elles estimaient qu'il leur incombait donc d'assumer les prises de risque, chose parfois difficilement vécue car elles se sont senties jugées négativement dans ces cas-là. Selon elles, il fallait également qu'elles soient capables de corriger leurs erreurs, car la survenue de la grossesse non prévue était perçue comme évitable en cas d'utilisation incorrecte de la contraception. Les patientes ont partagé un sentiment de culpabilité face à l'échec contraceptif, y compris dans les situations où elles pensaient ne pas avoir pu favoriser sa survenue. Même lorsque c'était le cas, la contraception restait le principal problème identifié. Ce sentiment a pu être renforcé par le regard des professionnels de santé.

2.4. Gagner le droit de remettre en question sa contraception (E1, E4, E6)

Prouver l'utilisation correcte :

- E6 « *Parce que j'suis partie du principe que j'la prenais pas assez régulièrement et pas dans les bons horaires donc c'était pas de la faute de ma pilule mais de la mienne. Donc j'me suis pas sentie légitime de dire que... Que j'avais pas confiance dans ma pilule* »
- E1 « *Donc là, c'était sur le principe de dire que comme je persistais à dire que la pilule je l'avais pas oubliée, ça me permettait d'en avoir une où de toute façon y avait pas d'arrêt, donc on peut pas dire "tu t'es trompée d'une journée, ou euh, ou t'as oublié un jour de plus" ».*

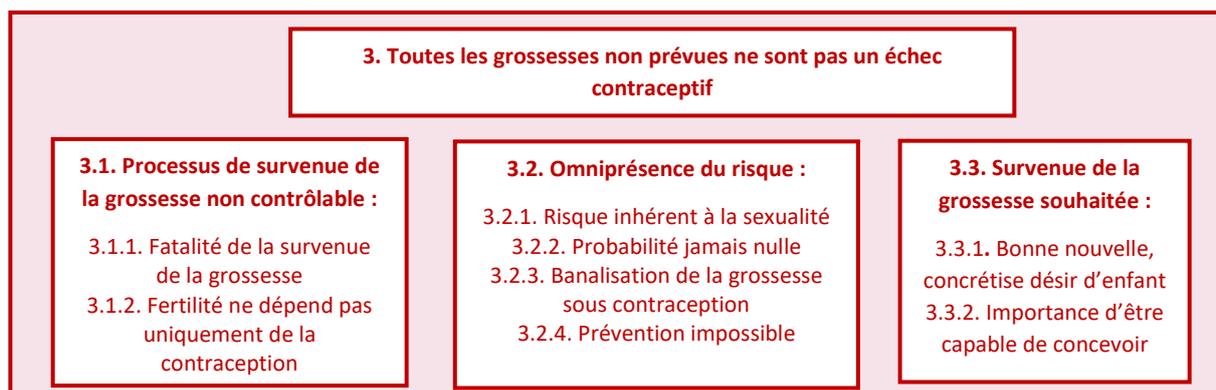
Relation paternaliste :

- E4 « *J'avais essayé de l'aborder puis alors j'suis quelqu'un euh, euh, c'est lié à mon caractère, si on me dit, j'suis très scolaire quoi, donc d'autant plus une autorité comme un médecin, s'il me dit "bah ouais c'est pas mal ça", j'me dis "OK" et j'en reste là* ».

Si les patientes dénonçaient une contraception pas toujours adaptée, elles n'osaient pas forcément initier le changement. Plusieurs d'entre elles considéraient que seules celles qui utilisaient la contraception de manière optimale pouvaient la critiquer. Lorsque l'observance par exemple n'était pas parfaite, puisque l'efficacité de la contraception allait in facto être diminuée, la patiente ne s'autorisait pas à remettre en question le niveau de protection intrinsèque de la contraception utilisée. Par ailleurs, lorsque la qualité de leur observance était remise en question,

les patientes faisaient des choix de manière à supprimer ce risque et à prouver qu'elles ne pouvaient être responsables de l'échec de la contraception. Enfin, de manière générale, les patientes ne se sentaient pas légitimes face au professionnel de santé pour critiquer ou émettre des doutes face à la contraception ou tout simplement exprimer son insatisfaction, parce que la relation était déséquilibrée.

3. Il ne s'agit pas d'un échec contraceptif



La survenue de la grossesse sous contraception n'était pas forcément synonyme d' « échec contraceptif » pour les femmes, car la contraception pouvait être mise en échec par d'autres facteurs sur lesquels elle ne peut pas agir. Ce concept permettait aux patientes d'expliquer autrement la survenue de la grossesse sous contraception, en questionnant l'utilité de la contraception et en s'affranchissant de la charge contraceptive qui pesait sur elles.

3.1. Le processus de survenue de la grossesse n'était pas contrôlable

Une partie des grossesses sous contraception ne seraient fondamentalement pas évitables. La survenue de la grossesse, prévue ou non, ne pourrait pas être totalement contrôlable. Les femmes interrogées limitaient aussi le rôle des professionnels de santé dans le contrôle de la fertilité.

3.1.1. Fatalité de la survenue de la grossesse (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E11, E12)

Prédestination de la survenue de la grossesse :

- E11 « Pour moi c'est le destin, et y a pas de hasard. C'est difficile hein, y a des épreuves dans la vie, pour moi y a pas de hasard. Si j'suis tombée enceinte à c'moment-là, c'est l'destin et si il doit se passer autre chose, bah ce s'ra le destin aussi et... »
- E12 « Après, j'pars du principe, quand les choses arrivent c'est qu'elles doivent se faire [...] J'me dis souvent que dans la vie, y a des choses qui s'passent des fois, et si ça arrive à c'moment-là, bah c'est que c'était ce moment-là »

Être malchanceuse :

- E2 « Pour moi c'est vraiment un coup de pas de bol ! »

Expression de l'héritage familial :

- E7 « Alors, en fait, moi déjà il faut savoir que j'suis née d'une grossesse non désirée. [...] Et en fait je savais que ça allait m'arriver ! J'en étais persuadée, je le savais ! »
- E9 « Alors ça oui parce que, euh, j'suis issue d'une famille où à ce niveau-là on est un peu des cas de la science selon mon gynécologue ! (rires) Ma maman a fait deux grossesses sur stérilet. [...] Donc concrètement c'était quelque chose dont j'avais bien conscience hein puisque tous les défauts de ma mère, je les ai ! »
- E1 « Peut-être une question d'hérédité là-dedans »

La survenue de la grossesse serait un événement prédestiné, qu'il n'est ni possible de prévoir ou de prévenir. C'était une manière pour les patientes non seulement d'expliquer mais aussi d'accepter la survenue de l'échec contraceptif. Il pouvait s'agir d'une question de bonne ou mauvaise fortune, que l'on ne peut contrôler. Elles associaient leur vécu à l'histoire familiale qu'elles portaient en elle et qui se répétait.

3.1.2. La fertilité ne dépendait pas que de la contraception (E1, E2, E3, E4, E8, E9, E11, E12)

Déterminisme biologique de la fertilité :

- E1 « Et puis je sais que je suis hyperfertile, donc de toute façon y avait toujours le risque que je tombe enceinte avec, quoi que j'aie »
- E4 « Non, non, j'pense que plus on vieillit, bah moins on est fertile »
- E8 « C'est peut-être cette histoire d'horloge biologique... »
- E9 « C'est plus une histoire de... De qualité hormonale peut-être. »
- E11 « Et là tout m'est revenu, parce qu'au mois de mars j'ai eu de l'acné, j'ai eu les cheveux gras, j'ai eu... "bah j'ai une montée d'hormones" »
- E12 « J'me suis dit que j'devais avoir des ovules de combattants, c'est pas possible ! »

Déterminisme psychologique de la fertilité :

- E9 « C'est plus facile de tomber enceinte quand on en veut pas (rires), euh que, je crois que le côté psychologique joue énormément ! »

Vulnérabilité :

- E11 « Un coup de fatigue, forcément on est un peu plus susceptible à, à tomber enceinte à ce moment-là... »

La conception se fait en couple :

- E9 « Et puis monsieur il doit y jouer son rôle aussi. (rires) J'pense que j'ai dû prendre des bons chevaux de course à ce niveau-là »

Les femmes interrogées se représentaient leur fertilité comme dépendante de facteurs indépendants de la contraception et qui pouvaient la mettre en échec. La fertilité pouvait être

favorisée par des facteurs biologiques permanents ou transitoires. Elle pouvait également être favorisée par une composante psychologique : la survenue de la grossesse nécessitait un lâcher-prise, et paradoxalement la grossesse pouvait être perçue comme à plus forte probabilité de survenir lorsque la patiente ne l'avait justement pas prévue. Les patientes identifiaient également, comme cela peut être le cas pour les maladies, des facteurs de fragilité, de vulnérabilité face à la survenue d'une grossesse non prévue. Les patientes rappelaient le rôle que jouait leur partenaire dans la conception, qui se faisait forcément à deux, et sur lequel la contraception n'agissait pas.

3.2. Le risque de grossesse était omniprésent (E1, E2, E4, E6, E8, E11, E12)

Avoir une sexualité c'est être à risque :

- E2 « Autant à partir du moment où on est sous pilule, où on prend tous les petits comprimés, bon bah si on veut être sûre à ce moment-là on a plus de rapports en fait ! »

Probabilité à laquelle on est exposée :

- E11 « Bon là y a zéro virgule zéro deux pourcents de chances, mais (rires) on s'dit toujours que y a une chance, y a pas zéro pourcent »
- E8 « J'peux pas dire que je savais pas que y avait pas de risque, on sait tous que y a aucun contraceptif qui est fiable à cent pourcent »
- E6 « j'pense qu'on devrait plus nous rappeler que y a pas de risque zéro en fait. Et que même si on a des soucis, même si on a des trucs abimés, même si on a pas des rapports souvent, le risque il est toujours là »
- E2 « Alors je pense que c'est une bonne chose euh... Sans tomber dans la psychose. [...] Euh mais de là à traumatiser les filles en leur disant que euh, effectivement la pilule n'est pas valable à cent pourcent. Je... Parce que c'est quoi ? C'est quatre-vingt-dix-neuf ? [...] Là-dessus je, il faut pas faire psychoter... J'trouve que... Y en a qui peuvent tomber dans la parano et euh... C'est pas la peine »

Banalisation de la survenue des grossesses sous contraception :

- E8 « pour moi un échec ce serait quelque chose qui serait répétitif, là c'est la première fois que ça m'arrive... »
- E3 « ça m'est jamais arrivé donc j'pense que j'ai dû avoir un oubli »
- E1 « Et puis tout le monde a fait "bah oui bah ça arrive y a rien de sûr à cent pourcent" »

Impossibilité de modifier le fonctionnement du corps :

- E11 « On est pas des robots, on est des humains, donc même les médecins ils peuvent pas tout contrôler non plus hein »

La contraception ne permettait pas de s'affranchir totalement du risque de grossesse pour les patientes : le risque était perçu comme omniprésent et absolu, tel une probabilité à laquelle les femmes s'exposent et qui ne peut être nulle. Ce risque serait inhérent à la sexualité et la seule manière de se protéger totalement des grossesses serait l'abstinence totale. Le caractère inévitable de l'exposition au risque de grossesse pour les femmes avec une sexualité active pouvait faire percevoir comme inutile voire dangereuse toute prévention, puisque le risque resterait présent quoiqu'il arrive. L'intérêt de la prise de contraception n'était pas remis en question. Par ailleurs, les femmes se représentaient leur corps comme trop complexe pour pouvoir être parfaitement contrôlé par la contraception, et limitaient le rôle des professionnels de santé dans la stratégie de contrôle de la fertilité. La survenue de l'échec contraceptif était même banalisée, puisque considérée comme non évitable dans un certain

nombre de cas, par les patientes mais également par les professionnels de santé. L'événement serait suffisant fréquent pour n'être considéré comme un échec que lorsqu'il survient plusieurs fois.

3.3. La survenue de la grossesse était souhaitée

Des patientes ont exprimé un désir inconscient de grossesse qui leur permettait de tolérer l'existence du risque de grossesse perçu comme omniprésent. Lorsque la grossesse était planifiée, elle tenait compte de l'état de santé de la patiente – pathologie oncologique en cours de traitement pour la patiente 9 – et de la capacité du couple à accueillir l'enfant – situation financière, professionnelle et/ou personnelle satisfaisante pour les patientes 3 et 12.

3.3.1. La grossesse représentait une bonne nouvelle (E1, E4, E8, E9, E12)

Concrétiser un désir d'enfant :

- E9 « *J pense que des fois ces échecs de la contraception ont eu un très bon, ça peut faire des beaux bébés bonheur* »
- E1 « *On sait que ce sera pas voulu, ni par moi ni par lui. Seule chose qui pourrait le faire, c'est que ce soit un garçon* »

Se projeter dans la maternité :

- E4 « *'Fin euh j'ai toujours voulu être maman. [...] Je savais que oui, si j'avais la chance j'aurais des enfants. Ouais, c'était vraiment un désir jeune* »

La grossesse était envisagée de manière positive pour plusieurs d'entre elles, parce qu'elle aurait concrétisé un désir d'enfant conscient ou inconscient, certaines patientes se projetaient dans la maternité depuis longtemps. La patiente 9 a rappelé que l'on ne peut parler d'échec ou envisager de manière négative la survenue de la grossesse non prévue lorsque la patiente choisit de poursuivre la grossesse. Les grossesses non prévues ont d'ailleurs permis d'atteindre le nombre d'enfant souhaité pour les femmes interrogées 1, 9 et 12.

3.3.2. La femme se définissait par sa capacité à pouvoir concevoir (E2, E3, E6, E8, E11, E12)

Importance d'être capable de tomber enceinte

- E6 « La seule chose que je sais c'est que bon, j'suis pas stérile ! Voilà, ça scientifiquement ça me l'a confirmé ! [...] Et j'pense que y a même eu des fois, [...] où peut-être que là j'étais plus déçue que ce soit négatif... Mais j'pense que y avait une espèce de côté de "j'veux que ce qu'on me dise c'est faux et que j'puisse avoir un enfant" »
- E11 « j'me disais "bah, ça arrive, j'tombe pas enceinte, j'tombe pas enceinte..." (...) Bah, ça m'inquiétait, oui et non... Mais c'est vrai qu'on s'dit, "bah, tiens, j'ai oublié la pilule, est-ce que c'est parce qu'on a de la chance à ce moment-là ou est-ce que c'est parce qu'on est pas fertile ?" »

Réversibilité de la contraception

- E3 « j'serais professionnelle, j'dirais "non" aux mamans qui ont comme moi que un enfant, ou deux, parce que bah la dame elle peut changer d'avis et de décision et puis bah après c'est trop tard »
- E8 « Par contre psychologiquement, demain, je sais pas, pour X raisons, on viendrait me dire qu'il faut me ligaturer les trompes, je le vivrai mal. Même si demain je sais que j'veux pas d'autres enfants, je le vivrai mal. [...] Pour moi, c'est le B-A-BA de la femme, j'me vois pas être sans ! »

Pouvoir tomber enceinte c'est être féminine

- E2 « Nan, parce que, parce que [la contraception définitive] reste quelque chose qui n'est pas naturel, [...] ça enlève la part de féminité »

Rite de passage

- E11 « On se sent femme ! C'est un truc tout bête, mais j'me souviens très bien quand j'suis allée chercher ma première boîte de pilule, j'étais contente ! J'me disais "ça y est, j'me considère comme une femme, j'prends la pilule" »

Injonction à la maternité

- E12 « Avant une femme il fallait absolument qu'elle ait un enfant j'pense, dans sa tête, pour être sûre d'avoir son bout d'chemin »

Pour les patientes interrogées, il était fondamentalement important pour une femme d'être capable de tomber enceinte. La survenue de la grossesse va être l'occasion de prouver leur capacité à concevoir même si elles n'avaient pas de désir de grossesse. Lorsqu'elles identifiaient une situation à risque de survenue d'une grossesse non désirée, sa non-survenue était à la fois une bonne et une mauvaise nouvelle : car elle soulevait des inquiétudes quant à leur fertilité. Leur capacité à concevoir devait être conservée et la réversibilité de la contraception était donc primordiale pour elles. Cela a été l'une des principales causes de rejet de la contraception définitive. Les patientes reliaient directement la féminité à la fertilité, et s'identifiaient comme femme à travers leur capacité à concevoir. Le début de la contraception a coïncidé avec le moment où elles devenaient fertiles, et était vu comme un rite de passage vers l'âge adulte, vers leur vie de femme. Enfin, les patientes ont rapporté des injonctions ressenties à la maternité.

III – Modèle explicatif

A partir de cette analyse, il a été possible de proposer un modèle explicatif de la survenue de la grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception. Il est présenté dans la Figure 2 qui suit. La légende reprend les codes couleurs utilisés précédemment.

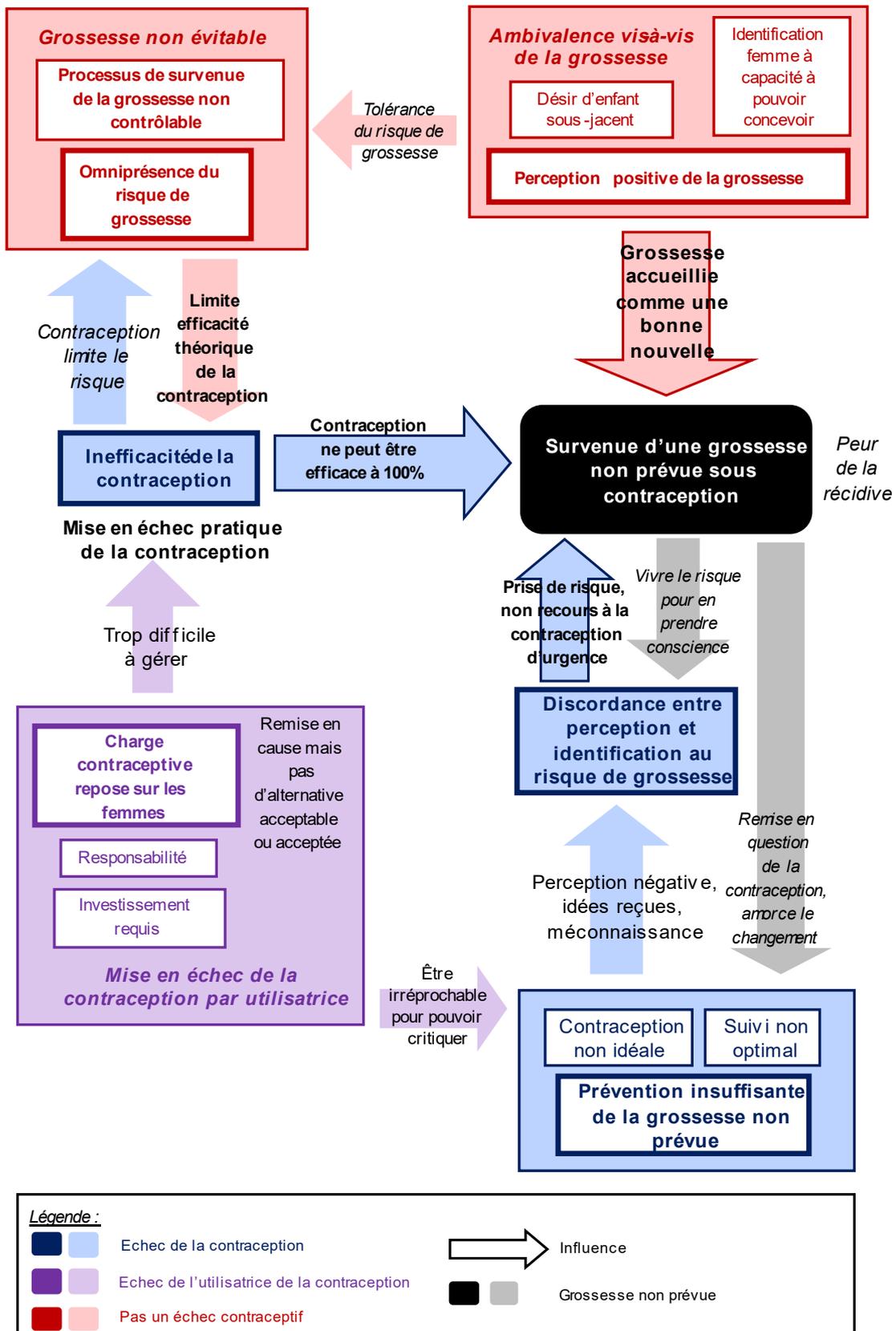


Figure 2 : Modèle explicatif de la survenue de grossesse non prévue sous contraception

DISCUSSION

I - Synthèse des résultats

La prévention des grossesses non prévues sous contraception apparaît comme difficile car leur survenue dépend de nombreux facteurs associés. L'analyse du ressenti des patientes interrogées a montré que l'échec contraceptif avait plusieurs significations pour elles : échec de la contraception, échec de l'utilisatrice de la contraception, et la survenue de la grossesse sous contraception pouvait également faire sens comme n'étant pas un échec contraceptif en soi.

Premièrement, les patientes identifiaient l'échec contraceptif comme dû à une défaillance de la contraception : elle n'avait pas été à la hauteur du rôle attendu, c'est-à-dire empêcher la survenue d'une grossesse non prévue. La survenue de l'échec contraceptif questionnait l'utilité de la contraception et définissait ses limites. Elle était aussi à l'origine d'une perte de confiance dans leur contraception : la contraception n'était pas infaillible, la contraception utilisée ne correspondait pas à la contraception idéale, le suivi de la contraception n'était pas optimal. L'échec contraceptif rendait réel le risque de grossesse sous contraception, qui souvent n'était pas perçu au préalable du fait de d'idées reçues sur la contraception ou la fertilité : indépendamment de la contraception la survenue de la grossesse n'était pas possible. La survenue de la grossesse non prévue, lorsqu'elle n'était ni désirée ni planifiée, était l'occasion pour les patientes de réadapter la contraception vers quelque chose qui leur convenait mieux. Cependant, connaître le risque ne suffisait pas pour le reconnaître, et souvent c'était en vivant le risque qu'elles en prenaient conscience. Les patientes avaient leur propre manière de juger l'efficacité de leur contraception, ce qui majorait souvent le risque d'erreur.

Deuxièmement, les patientes ont expliqué l'échec contraceptif par l'incapacité de l'utilisatrice à garantir l'efficacité de la contraception. Prendre une contraception demandait des efforts, un investissement de leur part pour s'adapter à la contraception, savoir l'utiliser, la connaître. Les patientes devaient aussi savoir quand leur contraception était efficace ou non, alors que paradoxalement elles n'identifiaient pas le risque de grossesse. La charge contraceptive du couple reposait souvent exclusivement sur elles et leur responsabilité s'étendait de la gestion de la contraception au quotidien à la mise en échec de cette contraception. Elles remettaient en cause cette situation, mais ne s'accordaient pas toujours le droit de remettre en cause leur contraception ni n'étaient prêtes à du changement. En effet, si elles percevaient leur partenaire comme opposé à une participation dans la contraception du couple, elles ne lui feraient pas forcément confiance.

Troisièmement, parce que l'échec de la contraception et l'échec de l'utilisatrice ne suffisaient pas à leurs yeux à expliquer la survenue de toutes les grossesses non prévues

sous contraception, les patientes interrogées les ont expliquées autrement : il y aurait non seulement une fatalité dans la survenue de la grossesse, mais le risque serait omniprésent – il n'était que limité et non supprimé par la contraception. Dans ces cas-là, la grossesse était donc perçue comme inévitable. Par ailleurs, la perception positive de la grossesse par les patientes a pu favoriser la survenue de la grossesse, parce qu'elle concrétisait un désir d'enfant sous-jacent ou parce qu'elles s'identifiaient en tant que femmes par leur capacité à pouvoir concevoir.

Pour répondre à l'objectif secondaire, les professionnels de santé jouaient un rôle pour les patientes dans l'adhésion à leur suivi contraceptif et à leur contraception. Si elles répondaient positivement à la question de leur satisfaction globale vis-à-vis de leur parcours contraceptif, l'analyse de leur ressenti a mis en lumière de nombreux dysfonctionnements. Souvent, l'utilisation incorrecte ou la mauvaise observance de la contraception des patientes étaient liées à un défaut d'éducation thérapeutique et à la santé sexuelle. Pour les patientes interrogées, les professionnels assurant le suivi gynécologique représentaient une catégorie à part de professionnels de santé pour lesquels les compétences relationnelles étaient toutes aussi importantes que les compétences techniques. La relation entre le soignant et la soignée n'était pas toujours jugée de bonne qualité. Pourtant, le choix de la contraception, leur niveau de confiance, leur connaissance de la contraception et de son utilisation, la compréhension du fonctionnement de leur corps dépendaient de cette relation à leurs yeux. Lorsque la relation était de confiance, elle pouvait aussi leur permettre de critiquer la contraception. Les patientes déploraient le manque d'accessibilité à la contraception, et plus particulièrement à une contraception adaptée, et à l'information en matière de santé sexuelle, ainsi que l'indisponibilité des professionnels de santé. La contraception était vue comme un choix de vie, et plusieurs patientes ont remis en question la médicalisation systématique du suivi, que la contraception soit médicale ou non.

Enfin, les femmes interrogées ont exprimé une ambivalence sur plusieurs points, témoignant de la complexité de la question. Si elles dénonçaient la charge contraceptive qui reposait sur elles, elles n'étaient pas pour autant prêtes à la partager avec leur partenaire, par manque de confiance mais aussi peur de perdre le contrôle sur le corps. En effet, elles restent dans tous les cas celles qui affronteront les éventuelles conséquences d'un échec contraceptif. L'utilisation de la contraception demandait un investissement jugé important pour les femmes, qui pouvait être diminué ou jugé inutile lorsque la contraception était perçue négativement, et que la patiente n'y adhérait pas. La connaissance du risque de grossesse sous contraception ne leur faisait pas forcément reconnaître le risque pour elles-mêmes ni adapter leur utilisation de la contraception : l'existence de risque ne signifiait pas forcément être à risque. Une attitude passive au cours de leur suivi ne signifiait pas le désintérêt, les patientes partageaient le besoin d'un accompagnement et d'informations de meilleure qualité.

Elles reconnaissaient l'importance du suivi tout en le jugeant contraignant. Leur ressenti vis-à-vis de la contraception était contradictoire et paradoxal. L'efficacité de la contraception était perçue comme à la fois suffisante avec une absence de risque perçu de grossesse, et à la fois insuffisante avec un risque omniprésent. L'existence de facteurs indépendants de la contraception à l'origine des échecs contraceptifs permettait d'expliquer les grossesses non prévues qui surviennent sans remettre en cause l'intérêt et l'efficacité globale de la contraception, et en déchargeant les utilisatrices de cette responsabilité.

II - Apports de l'étude

Ces données qualitatives sont parmi les premières de ce type recueillies en France sur le sujet et sont en cohérence avec les données antérieures, ce qui confirme qu'elles sont toujours d'actualité. Elles renforcent la compréhension du phénomène du point de vue des femmes qui en font l'expérience. Pour elles, la défaillance de la contraception – par dysfonctionnement interne ou mise en échec par des facteurs extérieurs - ne peut expliquer à elle seule la survenue de la grossesse. Les patientes expliquent la survenue d'une partie des grossesses non prévues sous contraception comme n'étant pas des échecs contraceptifs : elles dépendent de facteurs sur lesquels la contraception ne peut agir.

Lorsque la grossesse survient malgré l'usage d'une pilule contraceptive, l'étude GRECO a montré en 2004 que l'oubli de pilule en était la cause dans 60% des cas, suivi par les troubles digestifs, et que 80% de ces grossesses aboutissent à une IVG (38). Les autres données de la littérature confirment que les erreurs d'utilisation en sont la principale cause (39–41). La survenue de la grossesse dépend de combien il est difficile en pratique d'utiliser correctement la méthode contraceptive et d'à quel point les erreurs peuvent conduire à une grossesse (42). Les autres facteurs augmentant le risque d'échec contraceptif sont le jeune âge, la fréquence des rapports, l'utilisation de drogues ou d'alcool, l'association avec un inducteur enzymatique, les violences conjugales, la pauvreté (39,43). Les comportements favorisant les échecs contraceptifs sont quant à eux l'ambivalence face au désir d'enfant, les problèmes de couple, les effets secondaires de la contraception ou son mésusage, les difficultés ou la limitation de l'accès aux soins, les informations incorrectes, ou les représentations erronées de la fertilité ou de la contraception (39). Ce sont les femmes qui pensent que leur fertilité est faible qui sont les plus à risque de situations d'échec de contraception. Dans de nombreuses situations à risque de grossesse non prévue sous contraception ou non, les femmes n'utilisent pas la contraception du lendemain, souvent par méconnaissance, qu'il s'agisse de comment l'obtenir ou pendant combien de temps elle est efficace (44). Par ailleurs, les femmes qui utilisent une contraception régulière sont souvent moins intéressées et moins informées concernant la contraception d'urgence (44). Le taux de grossesses non prévues est fortement influencé par la contraception : il augmente fortement

lorsque la contraception est modifiée au bénéfice de méthodes moins efficaces (45,46), ou en cas d'utilisation non continue de la contraception chez les patientes sans désir de conception, les patientes 2, 5, 10 en sont l'exemple.

L'ambivalence face au désir de grossesse et la perception d'aspects positifs peuvent conduire certaines patientes à ne pas forcément se tourner vers les méthodes contraceptives les plus efficaces (47,48), voire à négliger la contraception bien que la grossesse ne soit pas planifiée actuellement (49). Si les femmes peuvent être ambivalentes quant au désir d'enfant, elles se sentent obligées à utiliser une contraception si elles ne souhaitent pas de grossesse, car les sentiments et les intentions vis-à-vis de la grossesse sont deux concepts différents (50,51).

Il existe souvent une inadéquation entre la contraception qui a échoué et la contraception considérée comme idéale pour la patiente, dont témoignent les participantes (52). L'échec contraceptif donne l'occasion de réajuster la contraception (53).

Aux Etats-Unis, les patientes identifiaient déjà le rôle de la fatalité dans la survenue des grossesses non prévues sans que cela ne les empêche forcément de continuer à utiliser une contraception (54). Cependant, l'importance de la religion pour les Américains est possiblement plus marquée que chez les Français.

III - Points forts et points faibles de l'étude

1. Validité interne

La validité interne de l'étude a été renforcée par l'atteinte d'une suffisance des données, le peu de biais, le double encodage des données et la triangulation des données avec la littérature. Une attention particulière a été portée à la qualité des entretiens : durée adaptée et suffisante, nombre suffisant en cohérence avec le type d'étude et d'analyse, type cohérent avec le sujet, réalisation dans de bonnes conditions, retranscription et analyse au fur et à mesure. La grille COREQ a été utilisée pour vérifier la qualité et la scientificité de l'étude (35).

2. Validité externe

Bien que l'échantillon recruté soit petit, les patientes participantes avaient des profils variés et leurs parcours contraceptifs s'alignaient sur la norme contraceptive française (55,56), renforçant la validité externe de l'étude. Les moins de 25 ans, avec l'allongement de la durée des études, le recul de l'âge d'entrée sur le marché du travail et le recul de l'âge de la maternité en France, sont la tranche d'âge parmi laquelle les femmes sont le moins susceptibles de désirer ou planifier une grossesse, sauf pour celles pour qui devenir mère à un jeune âge est le statut le plus valorisant. Pourtant, alors que l'âge de début de la vie sexuelle ne cesse de diminuer, cette tranche d'âge est aussi celle où il y a le plus faible recours aux LARC. Les trois

plus jeunes patientes recrutées en sont le reflet : leur contraception était soit une pilule soit des préservatifs. Les deux étudiantes n'avaient pas de désir de grossesse, en revanche la jeune patiente à faible niveau socio-économique et travaillant déjà avait un désir d'enfant avec une grossesse planifiée ultérieurement. Les LARC, dont l'accès s'élargit, restent plutôt utilisés par les patientes déjà mères ou après échec contraceptif. La contraception définitive n'est envisagée qu'en dernier recours, plutôt chez la femme. Par ailleurs, le choix a été fait de recruter en priorité dans les centres de la ville accueillant les femmes en demande d'IVG, puisque la majorité des grossesses non prévues y compris sous contraception sont interrompues. Cependant, le recrutement parallèle en cabinet de médecine générale a permis la participation d'une patiente qui a poursuivi sa grossesse, évitant ainsi un biais de sélection par biais de recrutement.

3. Limites et biais

Malgré les efforts pour adapter au mieux le protocole de recherche, l'étude comporte des limites. Même si les profils des patientes se sont avérés variés sur divers critères, ils auraient plus être encore plus différents. Le manque d'expérience de l'investigatrice en matière de réalisation d'entretiens a pu constituer un biais d'investigation et a pu nuire à la qualité des entretiens réalisés. Le biais de formulation a été limité par la relecture de la grille d'entretien par une professionnelle de santé pouvant être amenée à prendre en charge des échecs contraceptifs. Elle a été testée sur des deux proches afin de vérifier la bonne compréhension des questions : des reformulations ont été ajoutées. Le risque de biais d'interprétation des données a été limité autant que possible par le double encodage et la triangulation des données avec la littérature. Les données de l'analyse de l'investigatrice n'ont été communiquées à la tierce personne réalisant le double encodage qu'une fois celui-ci réalisé afin de ne pas l'influencer. Les résultats des deux analyses ont été confrontés pour vérifier l'adéquation des données extraites.

Malgré la réalisation des entretiens avec des patientes non-enceintes, après la consultation post-IVG ou à distance de la naissance de l'enfant le cas échéant, nombreuses sont les participantes qui sont revenues sur leur expérience d'IVG, bien qu'il ne s'agisse pas du sujet d'étude. Les écouter a permis de les mettre en confiance et d'amorcer la discussion vers des points en lien avec la question de recherche. Cependant, plusieurs entretiens contiennent des passages non pertinents pour l'analyse. Leurs émotions et leur vécu ont pu impacter leur manière de s'exprimer. Le biais éventuel de mémorisation ne concerne pas l'événement étudié en lui-même mais des faits bien antérieurs non influencés par la date de réalisation de l'entretien par rapport à celle de survenue de l'échec contraceptif. Le lieu des entretiens, un cabinet médical de consultations, a pu mettre mal à l'aise certaines patientes ; l'impact a été minimisé en réorganisant et en occupant l'espace différemment. D'autres biais

liés aux participantes n'ont pas pu être évités : le biais de recrutement sur la base du volontariat ; un biais dans les réponses formulées qui ont pu être adaptées par les participantes de manière à se valoriser ou à ne pas être jugées. Il est également possible que face à un autre interlocuteur, non médecin par exemple, les réponses aient été différentes.

La méthode d'analyse utilisée dans l'étude, interprétative phénoménologique, ne permet pas en théorie d'atteindre une saturation des données, les participants y étant considérés chacun comme un univers singulier (35). Cependant, une suffisance des données a été atteinte pour l'analyse. Une pseudo saturation a été atteinte après le dixième entretien, deux autres entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouveauté dans l'analyse.

Cette étude qualitative a été réalisée sur un petit échantillon d'une population bien précise : femmes ayant expérimenté la survenue d'une grossesse non prévue sous contraception ; mais aussi majeures, capables, francophones, et recrutées en Charente-Maritime Nord. Comme cela est souvent le cas en recherche qualitative, cela peut limiter la généralisation des données à la population générale.

IV - Ouverture

L'échec contraceptif a été pour nombre de patientes interrogées un moment privilégié pour vérifier l'adhésion et adapter la contraception, parce qu'il a remis en question la qualité de la contraception et de son suivi. Il est donc primordial de ne pas attendre la survenue d'une grossesse non prévue sous contraception pour corriger les éventuels points d'insatisfaction des patientes et leur apporter des connaissances suffisantes sur leur contraception. Des modèles de simulation en France ont déjà montré que diminuer les taux d'échecs des contraceptions dépendantes de l'utilisateur ou l'utilisatrice, augmenter le temps passé sur les méthodes efficaces et favoriser le changement vers une contraception plus efficace permettait de réduire les grossesses non prévues (57). Garantir l'accès aux modes de contraception les plus efficaces tels que les LARC pourrait être l'une des solutions. Par ailleurs, s'assurer de la bonne connaissance de la contraception d'urgence chez les utilisatrices de contraception à courte durée d'action, à savoir dans quels cas et comment l'utiliser, ainsi que sa prescription systématique, pourrait diminuer la survenue des grossesses non prévues.

La lutte contre la désinformation et les idées-reçues passe par une meilleure information des patientes. Appliquer la loi en matière de prévention et d'éducation à la santé sexuelle est une première piste, retenue également par les pouvoirs publics et le groupe interrogé. Cet accès à l'information pourra être facilité par la création et la mise en place de la consultation globale de santé sexuelle. De même, accorder une attention et un temps à l'éducation thérapeutique des patientes semble essentiel.

L'amélioration et le caractère systématique de la formation des futurs médecins généralistes en matière de santé de la femme n'est pas forcément connu des patientes, bien qu'ils soient des acteurs importants du suivi gynécologique. Quel que soit le professionnel de santé sollicité par les patientes en gynécologie, les compétences relationnelles sont tout aussi importantes que les connaissances biomédicales.

L'exploration de l'attitude des professionnels de santé prenant en charge les échecs contraceptifs serait intéressante afin d'améliorer sa prise en charge et prévenir sa survenue. Une exploration du ressenti des partenaires masculins dans les couples où la femme a vécu un échec contraceptif serait également intéressante. Par ailleurs, explorer spécifiquement comment la survenue d'une grossesse non prévue modifie la contraception à l'échelle du couple serait pertinente. Enfin, toutes les patientes interrogées ont partagé au cours des entretiens leur vécu de l'échec et de ses conséquences, ainsi que de sa prise en charge. Des travaux spécifiquement centrés sur ces questions pourraient être intéressants à réaliser.

CONCLUSION

La couverture contraceptive ne permet pas une diminution du nombre d'IVG malgré le large recours à des contraceptions médicales efficaces en théorie. En effet, la survenue de la grossesse non prévue est influencée par divers facteurs et sa prévention est difficile. Elle a fait sens pour les participantes comme un échec de la contraception, un échec de l'utilisatrice de la contraception mais également comme n'étant pas un échec contraceptif. Les perceptions se complètent et souvent se superposent. A la lumière de cette étude, il semblerait donc que l'expression d' « échec contraceptif » ne serait pas totalement adaptée pour désigner la survenue d'une grossesse non prévue sous contraception. Celle-ci est principalement liée à des erreurs d'utilisation, diminuant l'efficacité pratique de la contraception. L'ambivalence face au désir d'enfant, les problèmes de couples, les effets secondaires de la contraception ou son mésusage, les difficultés ou la limitation d'accès aux soins, les informations incorrectes ou les représentations erronées de la fertilité ou de la contraception, en sont également des causes. Chez les participantes, le risque de survenue de grossesse sous contraception n'a pas été perçu, et même lorsqu'elles le connaissent, elles ne s'y identifient pas. Par ailleurs, l'analyse des ressentis des patientes interrogées et du sens qu'elles donnent au phénomène alimente l'idée que la survenue de la grossesse sous contraception n'est pas toujours en lien avec la contraception, elles parlent en effet de fatalisme dans la survenue de la grossesse. Elles relativisent voire banalisent la survenue de la grossesse non prévue. Le processus de survenue d'une grossesse n'est selon elles pas contrôlable, le risque de grossesse est omniprésent malgré la contraception qui le limite sans le supprimer. Être capable de tomber enceinte est une manière pour elles de définir la femme, et elles présentent une ambivalence face au désir de grossesse.

Dans les faits, une partie des échecs contraceptifs ne sont peut-être pas évitables, parce que l'efficacité théorique de la contraception n'est pas de 100%. L'efficacité pratique de la contraception est cependant souvent encore bien inférieure, il est peut-être possible de limiter la différence entre efficacité théorique et pratique, ainsi que d'identifier les femmes les plus à risque d'échec contraceptif.

La prévention de ces grossesses non prévues paraît importante. La plupart des femmes qui prennent une contraception n'ont pas de désir de grossesse ni de projet de grossesse : lorsqu'une grossesse survient, elle est interrompue dans la majorité des cas. Pourtant, chez nombre d'entre elles il existe une ambivalence face à la grossesse, perçue positivement bien qu'elles n'en aient pas le désir et qu'elles ne remettent pas en cause leur besoin de contraception ni le choix d'en utiliser une. Il apparaît important de clarifier les attentes des patientes sur ces deux points.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. DRESS; Etudes et Résultats. 2022;1241:1-7.
2. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France. [Internet]. DRESS; 2022. 70 p. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
3. Cleland J. The complex relationship between contraception and abortion. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;62:90-100.
4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population & Sociétés. 2004;407:1-4.
5. Aubin C, Jourdain Menninger D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. [Internet]. IGAS; 2009. 93 p. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf>
6. Haut Conseil de la Santé Publique. Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. [Internet]. HCSP; 2010. 284 p. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017 – 2030. [Internet]. MASS; 2017. 75 p. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
8. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. A Steady Number of Induced Abortions but Fewer Women Concerned. Population-E. 2014;69(3):323-356. doi: 10.3917/pope.1403.0323
9. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Chapitre Item : Contraception. In: Gynécologie Obstétrique 3^e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 19-35.
10. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. [Internet]. DICOM; 2021. 224 p. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf
11. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet] Saint-Denis: INPES; 2011. [cité le 30 oct 2022] Disponible sur: https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2523
12. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Annexe II. [Internet]. Légifrance. 2017. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
13. Risser M, Durand C. Le choix des femmes pour une contraception de longue durée d'action après une interruption volontaire de grossesse. [Thèse d'Exercice] Montpellier: Faculté de Médecine; 2016.

14. Institut National d'Etudes Démographiques. La contraception en France [Internet]. 2017. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
15. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016 Contraception. [Internet] Santé Publique France; 2017. [cité le 15 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/santesexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
16. 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. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2014;42(6):415-21.
17. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Legleye S, Moreau C. Analyse des effets de la polémique de décembre 2012 sur les pilules en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2013;61:S230-1. doi: 10.1016/j.respe.2013.07.088
18. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Natalité et fécondité dans l'Union européenne, données annuelles de 1999 à 2020 [Internet]. 2022 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396>
19. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2011;59(1):15-21. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.10.006>
20. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population.* 2004;Vol. 59(3):479-502. <https://doi.org/10.3917/popu.403.0479>
21. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés.* 2014;511(5):1-4.
22. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? *Rech Sociol Anthropol.* 1 déc 2017;(48-2):117-37. <https://doi.org/10.4000/rsa.2083>
23. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Synthèse [Internet]. HAS; 2013. 56 p. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
24. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception.* 2015;92(1):46-54. doi: 10.1016/j.contraception.2015.03.011
25. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes contraceptives. [Internet]. HAS; 2013. 1 p. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
26. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 2018;46(12):777-85. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.005>

27. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94-101. doi: 10.1363/3509403
28. Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Régnier Loilier A, Bajos N. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertil Steril*. 2014;102(6):1663-70. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.08.011>
29. Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are All Contraceptive Failures Unintended Pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*. 1999;31(5):246-260.
30. Bajos N, Ferrand M. et l'équipe Giné. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris: INSERM; 2002. 348 p.
31. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*. 2006;21(11):2862-7. <https://doi.org/10.1093/humrep/del268>
32. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;(1):148-61.
33. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod*. 2007;22(9):2422-7. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem184>
34. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 1 mai 2003;18(5):994-9. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg215>
35. Lebeau J.-P et al. *Initiation à la Recherche Qualitative en Santé*. Saint-Cloud: GMSanté; 2021. 192 p.
36. Jouannin A, Andres E, de Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi "Jardé". *Exercer*. 2019;155:306-313.
37. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 [Internet]. 2018 [cité 30 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
38. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Pregnancies occurring during oral contraception: lessons from the GRECO study. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34(2):120-6. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2004.12.004>
39. Black KI, Gupta S, Rassi A, Kubba A. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(4):443-55. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.002>
40. Trussell J. Understanding contraceptive failure. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(2):199-209. <https://doi.org/10.1016%2Fj.bpobgyn.2008.11.008>

41. Grisard M, Duhamel S, Duisit L, Pétrègne F. Que font réellement les utilisatrices de contraception orale en cas d'oubli? *Médecine*. 2015;11(6):281-4. doi: 10.1684/med.2015.1254
42. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>
43. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk? *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):3-24. <https://doi.org/10.1111/sifp.12085>
44. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006;74(3):208-13. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.03.007>
45. Moreau C, Bohet A, Trussell J, Bajos N. Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. *Contraception*. 2014;89(4):314-21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.004>
46. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod*. 2009;24(6):1387-92. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep027>
47. Higgins JA, Popkin RA, Santelli JS. Pregnancy Ambivalence and Contraceptive Use Among Young Adults in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44(4):236-43. <https://doi.org/10.1363/4423612>
48. Coombe J, Harris ML, Loxton D. Accidentally-on-purpose: findings from a qualitative study exploring pregnancy intention and long-acting reversible contraceptive use. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018;44(3):207-13. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200112>
49. Higgins JA, Hirsch JS, Trussell J. Pleasure, Prophylaxis and Procreation: A Qualitative Analysis of Intermittent Contraceptive Use And Unintended Pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008;40(3):130-7. <https://doi.org/10.1363/4013008>
50. Luker KC. A Reminder that Human Behavior Frequently Refuses to Conform to Models Created by Researchers. *Fam Plann Perspect*. 1999;31(5):248.
51. Jones RK. Change and consistency in U.S. women's pregnancy attitudes and associations with contraceptive use. *Contraception*. 2017;95(5):485-90. <https://doi.org/10.1016%2Fj.contraception.2017.01.009>
52. He K, Dalton VK, Zochowski MK, Hall KS. Women's Contraceptive Preference-Use Mismatch. *J Womens Health*. 2017;26(6):692-701. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5807>
53. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010;82(4):337-44. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.03.011>
54. Jones RK, Frohwirth LF, Blades NM. "If I know I am on the pill and I get pregnant, it's an act of God": women's views on fatalism, agency and pregnancy. *Contraception*. 2016;93(6):551-5. <https://doi.org/10.1016%2Fj.contraception.2016.02.005>

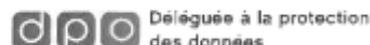
55. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C, Team the FS. Contraception in France: new context, new practices? *Popul Soc.* 2012;492(8):1-4.
56. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de Presse. [Internet] INPES. 2011. 18 p. [cité le 28 oct 2022] Disponible sur: https://campus-umvf.cnge.fr/IMG/pdf/Contraception_des_Francaises_est_elles_adaptee_a_leur_mode_de_vie.pdf
57. Diamond-Smith N, Moreau C, Bishai D. What is the Best Way to Reduce Unintended Pregnancies? A Micro Simulation of Contraceptive Switching, Discontinuation and Failure Patterns in France. *Stud Fam Plann.* 2014;45(4):429-41. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00006>.

ANNEXES

Annexe I : Autorisation de traitement des données



Christelle Souil
Déléguée à la protection des données
dpo@univ-poitiers.fr
05-49-36-60-05



Thèse en médecine générale de Mme Claire GOSSELIN

Comment expliquer les grossesses survenant malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive ?

Déclaration de traitement et application du cadre de la MR004 « recherches n'impliquant pas la personne humaine »

AVIS DPO

Le traitement effectué par Mme Claire Gosselin collecte des données sensibles auprès de femmes majeures francophones consultant pour une demande d'IVG en Charente-Maritime. La zone géographique est précise, le profil des patientes l'est aussi, il s'agit de personnes dites vulnérables au sens de la réglementation. Des données sensibles personnelles seront collectées (histoire contraceptive, son échec, le vécu de la patiente, le ressenti, etc). À ce titre, la DPO recommande d'entrer dans une MR004 conformément à la LIL et au décret de 2018. Ces formalités ont été réalisées par l'investigateur en lien avec la DPO.

Selon l'article 35 du RGDP, une AIPD peut concerner une opération de traitement de données unique. **Cependant, ce même article, paragraphe 1 dispose qu'une « seule et même analyse peut porter sur un ensemble d'opérations de traitements similaires qui présentent des risques élevés similaires ».** Se basant sur cet article et après évaluation du dossier, la DPO conseille de s'appuyer sur l'article en question pour alléger la procédure. En effet, une AIPD portant sur un traitement similaire à celui réalisé par Mme Gosselin a été dernièrement signée par Mme Virginie Laval, présidente de l'université.

Le traitement, après accord, sera enregistré au registre de l'université. Une déclaration sur la plateforme HDH sera également réalisée ultérieurement.

Un travail a été fait avec l'investigateur pour appliquer le principe de minimisation des données collectées. Les données collectées sont pertinentes au regard de la finalité traitée. Le traitement entre dans une mission d'intérêt public. L'investigateur s'engage à détruire les données identifiantes à l'issue de sa thèse.

Conformément à la MR004 :

- Une notice d'information est fournie à chaque participante. L'information est conforme à l'article 12 du RGDP. Une information orale sera également faite en préambule de l'enregistrement audio.
- Le consentement est libre et volontaire et la patiente peut stopper à tout moment l'échange.
- Un coupon permet de recueillir à part l'identité de la patiente et de le détruire immédiatement à l'issue de la retranscription.
- Les données audio enregistrées seront pseudonymisées et détruites dès leur retranscription.
- La base de données non identifiante directement (entretiens pseudonymisés) sera stockée sur un disque dur externe.
- Les professionnels de santé assurant le recrutement des patientes collecteront les données de contacts pour les transmettre à l'investigateur. Ils ne traiteront pas les données de la recherche.
- Pour assurer la confidentialité de entretiens, ceux-ci seront menés dans le bureau de consultation de la chercheuse.
- Les mesures de sécurité mises en place par l'investigateur permettent de limiter autant que possible les risques portant sur les données collectées. Sachant que les données sont stockées sur des appareils

personnels et qu'il n'est pas possible pour la DPO de vérifier la sécurité des terminaux utilisés. Sur les recommandations de sécurité, la DPO a recommandé de privilégier les transferts de documents via l'email de l'université (sécurisé) et via Renater.

- Les risques résiduels semblent limités et acceptables.

Validation du responsable de traitement, la présidente de l'université de Poitiers

Article 35.2 du RGDP « Lorsqu'il effectue une analyse d'impact relative à la protection des données, le responsable de l'université demande conseil au délégué à la protection des données. »

Traitement autorisé Oul Non

Signature de Mme la présidente



Annexe II : Feuille d'information à destination des participantes

[partie remise à la patiente]

Document d'information

Coordinateur de la recherche : Dr Éric Dollfus
Investigatrice de la recherche : Mme Claire Gosselin

Madame,

Je suis Mme Claire Gosselin, médecin généraliste à La Rochelle, et je réalise un travail de recherche* sur la contraception dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Pour ce travail, je recueille les **témoignages de femmes qui sont tombées enceintes malgré l'usage d'une contraception, quelle qu'elle soit**, c'est-à-dire aussi bien hormonale (pilule, anneau, patch, stérilet hormonal, implant, injections) ou non hormonale (stérilet au cuivre, préservatifs masculins et féminins, diaphragme, cape cervicale), que naturelle (retrait, abstention périodique, analyse glaire cervicale, courbes de température, etc.).

Ces témoignages, anonymes, seront enregistrés avant analyse afin de mieux comprendre le vécu et les attentes des patientes, et utilisés pour améliorer les connaissances des professionnels de santé ainsi que la prise en charge des patientes.

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique ou invasif ne sera pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique ne sera mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à votre participation, y compris au cours de l'entretien, à tout moment, et ce sans conséquence. Votre contribution est libre et volontaire. Si vous êtes intéressée pour me faire partager au cours d'un entretien anonyme votre expérience et vos idées sur la contraception, je vous remercie de bien vouloir me laisser vos coordonnées afin que je prenne contact avec vous. Une fois l'entretien programmé, votre numéro sera effacé.

Vos droits à la confidentialité seront respectés et aucune donnée personnelle ne sera transmise. Les données des entretiens seront recueillies afin d'être incluses dans les résultats de recherche, ces données seront anonymisées et leur identification codée**. Les enregistrements seront détruits après analyse. Toutes les personnes impliquées dans cette recherche sont assujetties au secret professionnel.

Merci d'avance pour votre participation, en espérant vous rencontrer bientôt.

Claire Gosselin

* Cette recherche est coordonnée par mon directeur de thèse le Dr Éric Dollfus, et l'Université de Poitiers. Dans ce cadre, cette recherche pourra faire l'objet d'une publication dans une revue de littérature scientifique.

** traitement des données prévu pour la recherche enregistré auprès de la CNIL conformément à la législation en vigueur, ainsi qu'au registre de l'Université de Poitiers. La base légale de traitement est conforme au RGPD. Pour plus d'informations, pour accéder à vos données ou les modifier, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données de l'Université de Poitiers Mme Christelle Souil, à l'adresse mail suivante : dpo@univ-poitiers.fr, ou l'investigatrice Mme Claire Gosselin à l'adresse mail suivante : gosselin.claire@gmail.com.

Annexe III : Canevas d'entretien

Introduction

« Bonjour Madame, je me présente à nouveau : je m'appelle Claire Gosselin. Je suis médecin généraliste et je réalise une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Cette recherche porte sur la contraception et plus particulièrement sur les grossesses qui surviennent pendant son utilisation. Je vous remercie d'accepter cet entretien que je vais enregistrer. Celui-ci est anonyme. Vous pouvez l'interrompre quand vous le souhaitez.

Il n'y aura pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser, le plus important est de dire ce que vous pensez. Vous avez également le droit de ne pas répondre, mais aussi de me poser des questions.

Votre expérience, vos attentes, vos idées vont m'aider pour mon travail.

Une fois analysé, l'enregistrement sera simplement détruit. Les données pouvant vous identifier seront également supprimées. Votre numéro de téléphone n'a pas été conservé.

Quelles sont vos questions ?

Souhaitez-vous toujours participer et réaliser cet entretien ?

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien ? »

Grille d'entretien

voir grille

Conclusion

« Merci beaucoup pour votre participation. J'espère que cela s'est bien passé pour vous.

Voyez-vous d'autres choses que vous voulez aborder ou ajouter ? Quelles sont vos questions ?

Si vous le souhaitez, je vous tiendrai informée des résultats de ma recherche.

Vous pouvez me contacter ou contacter la DPO (*coordonnées sur feuille d'information à destination des patientes remise à l'inclusion si patiente volontaire pour participer*) concernant les données qui ont été recueillies aujourd'hui. »

Annexe IV : Grille d'entretien initiale

Données démographiques, socioéconomiques (si non connues avant l'entretien) :

Age, Profession, Situation familiale (nombre d'enfants, en couple ou non)

Questions :

Question « brise-glace » : (mettre à l'aise la patiente) Comment allez-vous ?

Contraception : (explorer la contraception et la perception du risque de grossesse avec)

- Pourriez-vous me parler de votre contraception ? De votre parcours avec la contraception ? *Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour votre contraception ? Quelle est votre contraception actuelle ? Est-ce que cela a toujours été la même ? En êtes-vous satisfaite ? Qu'aimeriez-vous changer ? Pensez-vous qu'elle soit efficace, fiable ? Qu'attendez-vous de la contraception ?*
- Avez-vous déjà imaginé que votre contraception pourrait ne pas fonctionner ? *Aviez-vous déjà pensé que vous pourriez tomber enceinte avec votre contraception ?*
- Est-ce que l'on vous avait déjà parlé de la survenue de grossesse sous contraception ? *Vous étiez-vous renseignée sur le sujet ? Que ressentiez-vous face à ça ?*
- Comment avez-vous appris la grossesse qui est survenue avec la contraception ?
- Selon vous, pourquoi votre contraception n'a pas fonctionné ?
- Est-ce que la survenue de la grossesse a changé votre représentation et l'utilisation de votre contraception ?

Grossesse : (explorer la perception de la fertilité, le désir d'enfant, le désir de grossesse)

- Pensiez-vous pouvoir tomber de manière générale ? *Comment jugeriez-vous votre capacité à tomber enceinte ?*
- La contraception a-t-elle modifié la manière dont vous percevez votre fertilité ?
- Avez-vous envie d'avoir des/d'autres enfants ? De retomber enceinte ?

Couple : (explorer l'influence du conjoint sur la contraception)

- Concernant le désir d'enfants, est-ce quelque chose que vous avez abordé avec votre conjoint ? Et la contraception ? *Qu'en pense-t-il ? Pensez-vous qu'il soit concerné par votre contraception ? Qui est responsable de la contraception dans le couple ?*

Professionnel de santé : (explorer rôle du professionnel de santé dans la contraception)

- Quel rôle ont joué les professionnels de santé dans votre contraception ? *Etes-vous suivie ? Par qui ? Comment se passe le suivi ? Pensez-vous qu'il soit compétent en matière de contraception ? Que changeriez-vous ?*
- Feriez-vous confiance à votre médecin traitant/médecin généraliste pour votre contraception ? *Pourquoi ?*

Annexe V : Grille d'entretien finale

Questions :

Questions « brise-glace » : (mettre à l'aise la patiente et commencer à explorer la contraception)
Comment allez-vous ? Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation concernant votre contraception / votre suivi gynécologique ?

Contraception : (poursuite exploration contraception)

- Comment jugez-vous l'efficacité de votre moyen de contraception ? Et de la contraception en général ? *Qu'est-ce qu'une contraception efficace ? Pourquoi prenez-vous une contraception ?*
- Qu'est-ce qu'une contraception idéale pour vous ? *Qu'est-ce qui est important pour vous lorsque vous choisissez, utilisez une contraception ?*

Fertilité, risque de grossesse : (explorer la perception du risque de grossesse et la perception de sa fertilité)

- Aviez-vous auparavant déjà imaginé que vous pourriez tomber enceinte alors que vous utilisiez contraception ? *Comment jugeriez-vous votre capacité à tomber enceinte ? (avec ou sans contraception)*

Survenue grossesse sous contraception : (explorer les causes d'échec contraceptifs)

- Selon vous, pourquoi votre contraception n'a pas fonctionné ? *Pourquoi êtes-vous tombée enceinte selon vous ? Souhaitiez-vous tomber enceinte à ce moment-là ? Souhaitiez-vous avoir un enfant ? Comment avez-vous vécu la survenue de cette grossesse sous contraception ?*
- Comment les professionnels de santé ont-ils expliqué l'échec contraceptif ? *Etiez-vous d'accord avec eux ?*
- Quel nom donneriez-vous à ce phénomène (survenue grossesse sous contraception) ? *Que pensez-vous de l'expression « échec contraceptif » ?*

Charge contraceptive : (explorer rôle conjoint dans la contraception, gestion au quotidien de la contraception)

- Comment est gérée la contraception dans votre couple ? *Est-ce que cela vous convient ? Pourquoi ?*

Prise en charge : (explorer suivi contraceptif et rôle des professionnels de santé dans suivi)

- Comment se passe votre suivi en matière de contraception ? *Qu'est-ce que vous en attendez ? Comment l'améliorerez-vous ? A qui faites-vous confiance pour le suivi ?*
- Quel rôle ont joué les professionnels de santé dans la survenue de cette grossesse sous contraception selon vous ?

Données démographiques, socioéconomiques (si non connues avant ou à la suite de l'entretien) :
Age, Profession, Situation familiale (nombre d'enfants, en couple ou non)

Annexe VI : Journal de bord

Novembre 2019 – avril 2020

Je m'intéresse à la gynécologie, au cours de mon stage en santé de la femme et de l'enfant (FE) réalisé en médecine générale libéral je décide de réaliser mon projet de recherche de thèse sur la contraception. Le Dr Dollfus, l'un de mes MSU, me propose de diriger mon futur travail. J'accepte.

Mai 2020 - Juin 2020

Dans le cadre du stage FE, je réalise plusieurs stages satellites (reportés après le semestre en question pour raisons sanitaires). Parmi eux, je vais au CPEF et au centre d'orthogénie du CHLR. J'y précise mon projet de thèse autour des échecs contraceptifs. En effet, j'y ai rencontré de nombreuses femmes en demande d'IVG pour des grossesses non prévues, non désirées, non planifiées, sous contraception. Après quelques recherches, il semble que les échecs contraceptifs et leurs causes aient déjà été étudiés il y a au moins 10 ans en quantitatif en France. D'autres recherches ont été menées autour de l'impact de la survenue de la grossesse et/ou de l'IVG sur la contraception des patientes. Y aurait-il d'autres facteurs expliquant la survenue des échecs contraceptifs ? Une enquête qualitative pour explorer le point de vue des femmes concernées ne pourrait-elle pas faire émerger d'autres explications ? Qu'en pensent-elles ? Comment donnent-elles sens à cette expérience ?

Juillet 2020

La question de recherche est formulée ainsi : Comment expliquer les grossesses survenant malgré l'usage d'une contraception du point de vue des patientes ayant vécu un échec contraceptif ?

Elle vérifie l'acronyme RAPaCE :

- Recherche qualitative = comment
- Approche méthodologique = phénoménologique interprétative = point de vue = sens pour les participantes
- Phénomène étudié = grossesse non prévue sous contraception
- Concept = expliquer / comprendre
- Echantillonnage = homogène

Elle est originale : il existe des études qualitatives s'intéressant aux conséquences de l'échec contraceptif sur la contraception mais pas sur la contraception avant la survenue de l'échec. Je n'ai pas trouvé d'étude qualitative française récente réalisée pour comprendre, expliquer la survenue des grossesses sous contraception du point de vue des patientes l'ayant vécu. Quel regard portent-elles sur l'événement étudié, comment s'expliquent-elles le phénomène, quel sens a-t-il pour elle, comment l'ont-elles vécu ?

Elle est pertinente : ce sont les patientes qui choisissent de prendre une contraception, ce sont aussi elles qui doivent gérer les grossesses non prévues si elles surviennent (choix du devenir, etc.). De nombreuses femmes sont potentiellement concernées par la prise de contraception et donc par la survenue éventuelle d'un échec contraceptif. Une meilleure connaissance du phénomène pourrait permettre une prévention plus efficiente des grossesses non prévues qui représentent un problème de santé publique puisque nombreuses aboutissent à une IVG.

Elle est intéressante : les médecins généralistes sont impliqués dans le suivi contraceptif des patientes. Les internes en médecine générale sont formés à la santé de la femme systématiquement depuis 2017.

Elle est éthique : il n'y aurait pas d'intervention prévue sur les patientes, la participation est libre et sans risque ? L'étude serait anonyme. Il existe un bénéfice attendu pour les patientes : une amélioration de leur prise en charge et de l'efficacité de la contraception.

Elle est exploratoire : il existe un manque de connaissance sur le vécu et le ressenti des patientes face à l'échec contraceptif.

Il m'est difficile de définir précisément l'objectif de manière à répondre à la question. Expliquer d'après le point de vue et le vécu des patientes, revient à rechercher quels facteurs sont impliqués et comment d'après elles. Je pense à comprendre les mécanismes d'échecs contraceptifs du point de vue des patientes concernées, mais le mot mécanisme semble mal adapté. Je vais étudier le ressenti des patientes face à l'échec contraceptif, il s'agirait donc d'explorer le ressenti des patientes pour en extraire leur conception du phénomène et ainsi l'expliquer ?

Août 2020

La fiche de thèse est validée par Dr Frêche, pour le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers.

Octobre 2020

Je participe à des formations « Ateliers de la Doc » organisés à la BU Médecine de l'Université de Poitiers : sur PubMed (recherche par MeSH) et sur Zotero. Ce dernier logiciel me sert à trier et enregistrer les références bibliographiques au cours de mes recherches.

Je définis les termes du sujet et les synonymes grâce aux dictionnaire Le Robert et Crisco :

- Comment expliquer = comprendre, interpréter, concevoir
- Contraception / moyen de contraception / méthode contraceptive = technique employée pour rendre un rapport sexuel infécond = pour empêcher la survenue d'une grossesse
- Echec contraceptif = absence d'effet contraceptif alors qu'il est recherché = grossesse qui survient malgré l'usage d'une contraception = inefficacité contraceptive
- Grossesse non prévue = grossesse non désirée (non voulue, non souhaitée) et/ou non planifiée (pas programmée)
- Point de vue = manière qu'a quelqu'un d'envisager quelque chose = sens pour lui
- Vécu = l'expérience réellement vécue, vie réelle pour les patientes (et non représentations du pro de santé)
- Ressenti = impression liée à la manière dont on conçoit quelque chose, issue de notre perception et compréhension d'un phénomène

Les mots clés utilisés pour la recherche de références sont : échec contraceptif / échec de contraception (contraception failure, treatment failure) / contraception (contraception) + grossesse non prévue (unintended pregnancy) / grossesse non désirée (unwanted pregnancy) / grossesse non planifiée (unplanned pregnancy) + causes (causes) / facteurs (factor)

J'exclue des articles trop anciens ou menés dans des pays trop différents de la France (Afrique, Asie du Sud-Est, etc.) : l'offre contraceptive, l'accès à la contraception, les normes contraceptives sont différentes et non comparables à la situation actuelle en France. J'exclue également les articles traitant principalement des grossesses ectopiques, de la contraception d'urgence et de l'IVG. Le sujet concerne la survenue de la grossesse et non son devenir.

J'identifie dans la littérature quantitative des causes et des facteurs connus d'échecs contraceptifs : contraception, fertilité, désir d'enfant/grossesse, partenaire/couple, éducation à la santé sexuelle, suivi gynécologique/contraceptif.

Novembre 2020

Je prends contact avec Mme Isabelle Guérineau, DPO de l'Université de Poitiers concernant les autorisations nécessaires pour conduire la recherche envisagée.

J'ai RDV en visioconférence (reporté pour raisons sanitaires) avec Mme Karine Furcy, bibliothécaire à la BU Médecine pour recevoir une aide à la recherche bibliographique : elle me conseille d'utiliser SUDOC, Google Scholar, PubMed, LiSSA, Science Direct, Cochrane, Statista.

Décembre 2020

Je rédige la première ébauche de la grille d'entretien. Elle me semble un peu longue et il m'est difficile de formuler une bonne question brise-glace.

J'ai repris contact avec les terrains de stage au CPEF et au centre orthogénie : les professionnels y sont toujours intéressés et motivés pour assurer le recrutement indirect des patientes. Nous nous questionnons sur l'issue de la grossesse non prévue : n'étant pas le sujet de l'étude, on me conseille de ne pas limiter le recrutement aux patientes en demande d'IVG mais simplement à celles concernées par un échec contraceptif. En effet, il est possible que les patientes rencontrant les critères d'inclusion refusent de participer parce que l'IVG est difficilement vécue et qu'elles ne se projettent pas dans la participation à étude. Si le temps disponible au recrutement est relativement court, il y a un risque de faible participation et de non-atteinte de la suffisance ou saturation des données pour l'analyse.

Janvier 2021

J'obtiens enfin une réponse de la DPO. Il s'agit de Mme Christelle Soul, nouvellement nommée. Selon elle, l'enquête prévue est qualitative type SHS dans le domaine de la santé. Une

déclaration de conformité est nécessaire puisqu'il y aura une collecte et un traitement de données (voix y comprise). Elle nécessite la réalisation d'une AIPD puisque des données personnelles seront recueillies. Ces démarches sont préalables à une demande d'autorisation auprès de la CNIL pour collecte et traitement de données sur la santé donc considérées comme sensibles.

Février 2020

Je contacte le Dr François Birault, référent régional du comité d'éthique du CNGE et membre du DMG de Poitiers. Selon lui, il s'agit d'une enquête qualitative apparentée aux SHS, il me confirme que l'étude est hors loi Jardé et non-RIPH, et qu'un avis du comité de Protection des Personnes n'est pas requis. Il n'y a pas non plus besoin de l'avis facultatif du comité d'éthique du CNGE.

L'étude dépend donc du cadre réglementaire MR 004 de la CNIL, l'avis d'un CPP n'est pas nécessaire en amont de la demande d'autorisation de traitement. La non-opposition à la participation est exigée et le consentement recueilli à l'oral est suffisant dans ce cadre. Pour la DPO, le recueil écrit du consentement, facultatif dans ce cadre de recherche, pose plusieurs problèmes dans le cadre du respect de l'anonymat des patientes : il faudra recueillir des données personnelles supplémentaires et garantir un stockage sécurisé de ses données. L'Université de Poitiers est responsable du traitement mais ne propose pas de solution de stockage adaptée, la CNIL ne prévoit pas de durée minimale de stockage dans ce cadre. Par ailleurs, la voix est une donnée personnelle : il faut que les patientes ne s'opposent pas à l'enregistrement, il ne faudra pas stocker ni partager les fichiers audios, il faudra les détruire après retranscription. La manière de parler peut théoriquement permettre de reconnaître quelqu'un.

Mars 2021

J'ai réalisé l'AIPD privée pour les participantes : l'objectif est de rendre anonymes les données et de les protéger afin d'abaisser le risque au minimum pour les participantes.

Je vise le pseudonymat pour les participantes : un anonymat total est impossible puisqu'il y aura un recueil de données personnelles comme le numéro de téléphone pour la prise de contact, même si absence de stockage de cette donnée. Pour garantir la confidentialité, le recueil des données personnelles sera limité au strict nécessaire en étant la moins précise possible (pas l'identité, CSP plutôt que profession, tranche d'âge plutôt qu'âge, ne pas faire figurer la date de réalisation de l'entretien ni le centre de recrutement). Les données et leurs flux seront sécurisées : récupération en main propre des informations concernant les patientes recrutées indirectement par les autres professionnels de santé, entretiens réalisés dans un lieu garantissant la confidentialité ; ne pas stocker inutilement les données personnelles (destruction de la banque de données audio après retranscription et destruction des numéros de téléphone une fois les entretiens réalisés) ; utilisation du service sécurisé d'envoi de fichiers Renater si besoin de partager le travail sur les données pseudonymisées avec le directeur de thèse.

L'AIPD est validée et de déclaration de conformité obtenue. La demande d'autorisation en MR 004 auprès de la CNIL est faite par la DPO.

Je me pose des questions sur le plan éthique, concernant le consentement, le caractère potentiellement fragile des patientes interrogées, le type de données auquel correspond la contraception.

Avril 2021

J'obtiens l'autorisation de recueil et traitement des données par la CNIL, validée par la Présidente de l'Université de Poitiers, sous le numéro d'enregistrement 202135.

Je contacte Mme Caroline Allix-Beguec, responsable de la recherche clinique au CHLR (hôpital de proximité et l'un des centres de recrutement envisagé). Elle valide l'intérêt d'une présentation du projet de recherche et de mes questionnements éthiques devant le comité d'éthique de l'établissement présidé par le Dr Lambert. Elle me demande de détailler au cours de la présentation le bien-fondé de la recherche, le bilan avantages-risques, le respect des bonnes pratiques cliniques en matière de recherche, la qualité et la sincérité de l'information délivrée aux patientes, les potentiels conflits d'intérêt.

Mai 2021

Je prépare la présentation et des questions pour le comité d'éthique :

- Selon la Déclaration Helsinki, les résultats de la recherche sont non stigmatisants et n'exposent pas les participantes à une discrimination. La recherche n'est pas conduite sur

des patientes vulnérables : elles ne sont ni mineures, ni incapables, ni enceintes, il faut donc réaliser les entretiens à distance de la grossesse.

- Faut-il un consentement oral ou écrit ? La réglementation impose seulement un consentement oral, y a-t-il un intérêt à recueillir plutôt un consentement écrit ? Si oui, est-ce dans l'intérêt de l'investigatrice ou des participantes ?*
- Les données recueillies sont-elles considérées comme un sujet sensible de la vie privée ? Certains thèmes en lien avec vie intime des patientes mais elles sont libres de les aborder ou non, de répondre ou non aux questions sans conséquences.*

Les critères d'inclusion sont les suivants : être une femme, être francophone (pour pouvoir réaliser entretien dans de bonnes conditions), être une majeure capable (pour donner consentement libre et éclairé), avoir expérimenté la survenue d'une grossesse sous contraception (c'est-à-dire un échec contraceptif, quelle que soit l'issue de la grossesse et quelle que soit la méthode contraceptive utilisée).

La population recrutée sera donc homogène : il s'agit d'un échantillon de patientes qui partagent l'expérience du phénomène étudié. Il pourra exister des critères de variabilité secondaires au fur et à mesure tels que l'âge, la CSP, la situation familiale, l'issue de la grossesse, le nombre d'IVG, le nombre d'échecs contraceptifs vécus.

Les critères d'exclusion sont les suivants : être mineure ou majeure incapable (elles ne pourront pas consentir de manière libre et éclairée, je n'ai pas les autorisations pour mener la recherche sur ce public), ne pas utiliser de contraception au moment de la survenue de la grossesse (pas en situation d'échec contraceptif), avoir désiré et/ou planifié la survenue de la grossesse (pas en situation d'échec contraceptif non plus), refuser de participer.

Je rédige la feuille d'information à destination des patientes : la participation est volontaire, libre et facultative ; le consentement révoquant à tout moment sans conséquence ; elles sont libres de répondre ou non aux questions et d'interrompre ou mettre fin à l'entretien à tout moment ; elles peuvent exercer leur droit d'information sur les données auprès de la DPO et moi-même dont les coordonnées sont mises à disposition ; le recueil et le traitement des données est licite selon le RGPD de la CNIL et fait l'office d'une déclaration et d'un enregistrement ; leur anonymat sera préservé (destruction du numéro de téléphone et des fichiers audios). Je ne donne volontairement pas trop de détails sur le sujet de recherche : les patientes sont informées que je recueille le témoignage de femmes qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une contraception, dans le cadre d'une recherche sur la contraception.

La grille d'entretien est validée par le directeur de thèse, elle a été relue par le Dr Moustrou du CPEF pour avis (expérience accompagnement patiente ayant expérimenté grossesse non prévue ainsi qu'en suivi contraceptif). J'ai choisi en question brise-glace pour mettre à l'aise les participantes : « Comment allez-vous ? », suivie du récit de leur dernière consultation pour leur contraception comme entrée en matière, de manière à m'intéresser à l'enquêtée.

Juin 2021

Je présente mon projet de recherche en séance plénière du comité d'éthique du CHLR. Il s'agit d'une recherche de SHS non RIPH avec pseudonymat : la contraception est considérée comme une donnée de santé et non donnée sensible de la vie privée. La nature du consentement ne présage pas de la bonne compréhension de l'information délivrée, c'est sur ce point qu'il faut insister et vérifier que l'information est bien comprise. Dans l'intérêt des patientes, il faut garantir leur pseudonymat, il le sera plus facilement sans recueil et stockage des feuilles de consentement. Organiser les entretiens quand les patientes ne sont pas enceintes est une bonne idée : ce sera l'occasion de recueillir à nouveau le consentement à participer, à distance IVG/accouchement. Les patientes seront plus disponibles. La grossesse non prévue peut être poursuivie ou interrompue, il est intéressant de ne pas se limiter au recrutement des patientes en demande d'IVG.

Juillet 2021 – Août 2021

Je décide de varier les lieux de recrutement : si je ne recrute pas seulement des patientes en demande IVG, je cible les patientes qui ont vécu un échec contraceptif et vais les recruter dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrique (demande IVG/post IVG, contraception, suivi grossesse, post partum). Cela permettra d'accélérer le recrutement, et de faire varier l'échantillon sur le critère de l'issue de la grossesse non prévue.

Les entretiens seront réalisés dans des bureaux de consultation dans des cabinets médicaux pour garantir la confidentialité de l'échange. L'espace sera réorganisé de manière à ne pas séparer les interlocutrices par le mobilier, il s'agit d'une discussion et non d'une consultation.

Ne pas réaliser l'entretien au domicile des patientes permet qu'elles soient disponibles et que le moment soit dédié à l'entretien, par ailleurs cela évite la présence de témoins et d'avoir à recueillir des données personnelles supplémentaires. La patiente ne sera pas enceinte au moment de la réalisation de l'entretien. Nous sommes encore en période épidémique covid, il convient de respecter les gestes barrières. L'enregistrement se fera à l'aide d'un dictaphone et avec l'accord de la participante.

Je choisis d'utiliser Sonal pour réaliser la retranscription : il est gratuit, développé par Université de Tours pour la recherche qualitative, une autoformation à son utilisation est disponible en ligne, et il est facile à prendre en main.

Septembre 2021

Je prends des conseils méthodologiques auprès d'étudiantes doctorantes et enseignantes en sociologie. La question de recherche et le groupe étudié se prêtent à une analyse plutôt interprétative phénoménologique pour expliquer le phénomène du point de vue des participantes. La population d'étude est bien un groupe homogène de patientes ayant vécu une grossesse non prévue sous contraception, quelle que soit l'issue de cette grossesse. La grille entretien peut être utilisée comme une liste de mots-clés pour se guider telle une liste de course au cours des entretiens. La saturation des données sera atteinte lorsque plusieurs entretiens redondants ou lorsque la suffisance des données pour l'analyse est atteinte. Il faut retranscrire et analyser au fur et à mesure. Un logiciel type Nvivo n'est pas indispensable pour ce type d'analyse. La triangulation des données correspond au double encodage à l'aveugle des données par un autre chercheur à mi-parcours et à la fin, et à la confrontation avec la littérature.

Je retravaille la question : comment les femmes ayant vécu un échec contraceptif expliquent-elles la survenue d'une grossesse non prévue sous contraception ? Il s'agit de savoir comment les femmes conçoivent l'échec contraceptif, comment cela fait sens pour elles. Est-ce que cela permettra de découvrir autres facteurs expliquant leur survenue ? précision du phénomène ? Meilleure connaissance pour meilleure prévention ?

L'objectif devient : explorer le ressenti des patientes concernées face à échec contraceptif □ déterminer par analyse les conceptions sur lesquelles sont bâties leur perception de l'échec contraceptif □ comprendre le sens qu'elles donnent à échec □ pouvoir expliquer la survenue de l'échec contraceptif (et indirectement « mécanismes », facteurs en jeu de leur point de vue, mais formulation maladroite pour ce type d'étude). L'explication sur la base de représentations a posteriori des patientes, leur ressenti, leur vécu.

Je n'ai pas d'hypothèses a priori, elles émergeront au fil de la réalisation de l'étude. La démarche est inductive.

Novembre 2021

Je contacte les professionnels de santé sélectionnés pour le recrutement indirect : je leur présente le projet pour ceux qui ne le connaissent pas, j'explique les critères d'inclusion et d'exclusion, je définie des modalités de recueil et de transmission du numéro de téléphone des patientes. Je leur transmets la feuille d'information à remettre aux patientes rencontrant les critères d'inclusion.

J'obtiens l'autorisation d'utiliser les bureaux de consultations lorsque j'y remplace et lorsqu'ils sont inoccupés, dans deux cabinets de médecine générale. Les entretiens programmés ne figurent pas sur les agendas de consultation de ces cabinets, les coordonnées des participantes ne leur sont pas communiquées.

Décembre 2021 – Juin 2022

C'est la période de recrutement direct et indirect. Je récupère régulièrement en main propre les numéros de téléphone des patientes recrutées par d'autres professionnels de santé. Je contacte les patientes qui ont accepté de transmettre leurs coordonnées à cette fin au fur et à mesure, avec mon téléphone mobile personnel. Nous programmons ensemble l'entretien. En cas de non-réponse, je laisse un message téléphonique (je m'y présente comme étudiante en thèse de médecine générale réalisant un travail de recherche sur la contraception, dont elles ont entendu parler au [lieu de recrutement, général sans préciser le service précis ni le médecin] et je les invite à me recontacter à ce numéro [n° tel] si elles souhaitent toujours participer). Je les relance au bout d'une semaine, en cas de non-réponse, au bout d'un mois.

Je réalise les entretiens au fur et à mesure du recrutement. Je programme un entretien par semaine, afin d'avoir le temps de retranscrire et de faire la première analyse avant de passer au suivant. Le choix du tutoiement ou du vouvoiement est laissé à la participante. Je modifie au fur et à mesure la grille d'entretien pour recentrer les questions autour de la contraception et de l'échec (première version un peu trop large et trop fermée).

- Entretien 1 : c'est la première fois que je réalise un entretien qualitatif. Je suis stressée. La patiente est à l'aise ce qui me rassure, elle choisit le tutoiement. Elle parle vite et beaucoup, j'ai l'impression que c'est elle qui mène l'entretien. La grille d'entretien est difficile à suivre car trop rigide, il y a pas mal de hors sujet. Son parcours est particulier et complexe, elle est hyperfertile et a vécu de multiples échecs contraceptifs, plusieurs IVG. Elle a atteint son nombre d'enfant souhaité uniquement par le biais de grossesses non souhaitées ;*
- Entretien 2 : elle choisit aussi le tutoiement. L'entretien est plus facile, je me sens plus à l'aise. Le flux de parole est plus lent, il s'agit d'un véritable échange. Elle est professionnelle de santé mais n'a pas pour autant une bonne connaissance ni bonne utilisation de sa contraception. Elle se décrit comme « vieux jeu ».*
- Entretien 3 : elle est plus jeune que les autres mais choisit le vouvoiement. Je suis à l'aise, la patiente aussi mais il est difficile de mener l'entretien car elle s'exprime peu spontanément, de nombreuses reformulations sont nécessaires et je suis obligée de poser des questions fermées. L'entretien est relativement court. Je note que la patiente est habituellement passive dans son suivi contraceptif d'après les données de l'entretien : sa manière de communiquer pendant cet entretien serait le reflet de son attitude générale avec les professionnels de santé ?*
- Entretien 4 : elle choisit le vouvoiement mais est très à l'aise, nous avons un excellent contact. L'entretien se passe très bien, nous sommes cependant interrompues par un coup de fil bref d'un confrère, pas d'incidence sur la suite de l'entretien. La grossesse non prévue est survenue avec une contraception vue comme très efficace (stérilet hormonal) et bien posé : en théorie pas de défaillance de la contraception pouvant avoir entraîné l'échec contraceptif. De nouvelles données émergent. Elle a mal vécu l'interruption de grossesse qui a eu lieu pour raison médicale, aurait préféré pouvoir poursuivre la grossesse bien que non prévue.*
- Entretien 5 : elle choisit le tutoiement, l'entretien est fluide et suit la version finale modifiée de la grille d'entretien. Elle parle beaucoup de sa relation avec les professionnels de santé, définit l'échec contraceptif comme une « mal-information ».*
- Entretien 6 : elle choisit aussi le tutoiement, patiente à l'aise comme la précédente. Elle présente une pathologie gynécologique chronique qui a impacté sa perception de sa fertilité et sa manière d'utiliser sa contraception : contraception non perçue comme telle mais charge contraceptive ressentie quand même. Ses représentations sont influencées par les professionnels de santé.*
- Entretien 7 : elle est jeune mais très motivée par l'entretien. Elle choisit le vouvoiement mais est très à l'aise. Elle n'a pas de désir d'enfant du tout : il est donc important pour elle de lutter contre les grossesses non prévues. Elle évoque la notion de démedicalisation de la contraception. Elle a quand même réussi sans mal à venir dans un cabinet médical pour réaliser l'entretien : il ne s'agissait pas de son suivi m'a-t-elle dit.*
- Entretien 8 : cet entretien a été replanifié deux fois à la suite de deux imprévus de dernière minute de la patiente. Une fois qu'il a pu avoir lieu, il s'est très bien passé bien que nous ayons été interrompues plusieurs fois par le téléphone de la patiente. La patiente a choisi à contre-cœur d'interrompre sa grossesse car ne se sentait pas physiquement capable de poursuivre une grossesse, elle a mal vécu l'IVG. Elle se dit contre l'IVG par convictions religieuses, mais ne remet pas en cause ce droit pour les autres femmes. Elle aurait préféré être en mesure de poursuivre grossesse non prévue même si non désirée.*
- Entretien 9 : elle choisit le vouvoiement. Elle a des pathologies chroniques non gynécologiques, elle est habituée des milieux de soin, elle se questionne souvent sur sa santé. Elle connaît assez bien son corps mais a quand même des représentations erronées autour de la fertilité et de la contraception. Elle a vécu plusieurs échecs contraceptifs.*
- Entretien 10 : elle est jeune et a choisi le vouvoiement. Elle est très à l'aise, célibataire et ne se projette pas du tout dans la maternité.*
- Entretien 11 : elle choisit le vouvoiement. Elle est à l'aise, l'entretien est long mais fluide et complet. Il n'y a pas de nouveautés dans l'analyse.*

- *Entretien 12 : elle choisit le vouvoiement. Il s'agit de la seule patiente recrutée où la grossesse non prévue sous contraception a été poursuivie. La patiente n'a aucun antécédent, elle n'a eu aucune d'IVG. Il ne s'agit pas de son premier échec contraceptif, avec la même contraception. Il n'y a pas de nouveautés dans analyse.*

Au fur et à mesure, je retranscris pour chaque entretien les données verbales au mot-à-mot et les données non données non verbales. C'est très chronophage mais Sonal facilite la tâche, je suis de plus en plus efficace au fil des entretiens. J'anonymise les retranscriptions au fur et à mesure en effaçant les données pouvant identifier les patientes.

J'analyse au fur et à mesure de chaque entretien, indépendamment les uns des autres au départ : je commence par une analyse ouverte puis fais des annotations thématiques des verbatims. Il ressort une première ébauche de thèmes supra ordonnés. Je crée pour chacune d'elle une ébauche de schéma explicatif de leurs liens. Ce qui émerge au fur et à mesure, c'est l'existence de plusieurs niveaux d'échecs. Les patientes ont des définitions variables de l'échec contraceptif qui se complètent et se superposent : échec de la contraception, échec de l'utilisatrice, pas un échec contraceptif en soi. Il semble difficile de prévenir les grossesses, la contraception n'est peut-être pas suffisante pour toutes les empêcher.

Le double encodage pour la triangulation des données est réalisé par autre étudiante thésarde en médecine générale Mme Claire Blanchon, en échange du double encodage réalisé pour son travail de thèse.

La suffisance des données pour l'analyse après 12 entretiens, les données sont pseudo-saturées après le 10^{ème} entretien. En IPA, chaque individu est un monde à part entière avec sa propre expérience, on ne peut jamais présumer avoir totalement atteint une saturation. J'emploie donc le terme de pseudo-saturation. J'ai obtenu la suffisance des données pour l'analyse.

Juillet 2022 – Septembre 2022

Une rapide lexicographie avec Sonal montre qu'en écartant les mots pauvres en sens qualitatif pour l'analyse, le vocabulaire se rapportant à la contraception a été majoritairement utilisé. Je me consacre à l'analyse. Je confronte les données de l'ensemble des entretiens. Je réalise une carte mentale des liens entre les thématiques. Je ne me limite pas à l'analyse thématique qui est trop proche de la grille, l'objectif est de donner du sens et expliquer comment les thématiques s'articulent, s'imbriquent pour favoriser la survenue de la grossesse non prévue. Je me recentre sur l'objectif de recherche, j'élimine le hors-sujet comme le vécu de l'IVG, ce qui a pesé dans le choix de l'issue de la grossesse, les conséquences de la grossesse non prévue. Je confrontation les ébauches de schémas explicatifs de chaque entretien : un modèle explicatif global se dégage, il est retravaillé à plusieurs reprises.

Je rédige le plan selon la structure générale des articles scientifiques « IMRAD » : Introduction, Méthodes, Analyse, Discussion/Conclusion.

Octobre 2022

Le logiciel Microsoft Word est utilisé pour rédiger le travail et reproduire le schéma visuel explicatif avec logiciel Microsoft Word. La bibliographie est créée avec grâce au logiciel Zotero, les données épidémiologiques sont mises à jour lorsque des chiffres plus récents sont disponibles. Une recherche de données et articles postérieurs aux recherches effectuées au cours de travail est faite. Le titre choisi est indicatif et basé sur la question de recherche : « Expliquer la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception à partir du ressenti de femmes l'ayant vécue ».

Je vérifie que le travail produit correspond à ce qui est attendu d'après la grille de notation des thèses à la Faculté de Médecine de Poitiers et la grille des critères qualité des études qualitatives COREQ.

Novembre 2022

Le manuscrit final est validé. Il est décidé de ne pas y faire apparaître en annexe l'intégralité des verbatims afin de protéger l'anonymat des patientes. En effet, il est théoriquement possible de reconnaître une personne à sa manière de s'exprimer. Ces documents seront néanmoins disponibles sur demande le jour de la soutenance.

RESUME

Introduction : Depuis les années 2000, la France compte un nombre d'IVG stable malgré une excellente couverture contraceptive, principalement médicale. Un tiers de l'ensemble des grossesses n'est pas désirée, et la majorité des grossesses non désirées aboutissent à une IVG. Par ailleurs, la majorité des grossesses interrompues en France surviennent sous contraception, et seraient directement liées à un échec de la contraception. Le besoin et le choix de prendre une contraception est un choix individuel, il a semblé pertinent de s'intéresser à la manière dont les femmes s'expliquent la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception. Le ressenti de patientes concernées a été recueilli et analysé pour comprendre leur conception de l'échec contraceptif et le rôle joué par les professionnels de santé dans la survenue de l'échec.

Méthode : Une étude qualitative, menée par des entretiens semi-dirigés selon un guide d'entretien préétabli, a été réalisée auprès de douze femmes majeures, francophones, ayant vécu la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception. Elles ont été recrutées sur la base du volontariat au cours de leur prise en charge gynéco-obstétricale en 2021 et 2022 en Charente-Maritime Nord. Une analyse interprétative phénoménologique des données a été réalisée jusqu'à suffisance, puis triangulée.

Résultats : L'échec contraceptif a fait sens comme un échec de la contraception ou comme un échec de l'utilisatrice. Il peut paradoxalement faire également sens comme n'étant pas forcément un échec. La survenue de la grossesse non prévue sous contraception est directement liée aux limites d'efficacité théoriques et pratiques de la contraception, principalement à cause d'une mauvaise utilisation. D'après les vécus des patientes, elles sont favorisées par une mauvaise connaissance de la contraception, une difficulté à gérer au quotidien la charge que représente la contraception, une représentation négative de leur fertilité. Le parcours contraceptif a été jugé complexe, et la qualité de la relation et du suivi par les professionnels de santé perfectible. L'échec contraceptif traduisait souvent l'absence de connaissance et/ou de reconnaissance des situations à risque de grossesse. Si l'ambivalence face au désir de grossesse et à la perception de la grossesse et la fatalité dans la survenue de la grossesse jouent aussi un rôle, elles ne remettent pas en question l'usage et le besoin de contraception par les patientes.

Conclusion : Clarifier les attentes des patientes face à la grossesse et la contraception semble essentiel. La prévention des grossesses non prévues sous contraception passe par une meilleure information des patientes et l'utilisation d'une contraception adaptée à la patiente à la fois efficace et satisfaisante. La formation des professionnels de santé pourra permettre l'amélioration des prescriptions et attitudes dans le cadre du suivi contraceptif.

Mots-Clés : *Femmes, Efficacité contraceptive, Echec contraceptif, Grossesse non prévue, Grossesse non désirée et non planifiée, Gynécologie, Médecine générale*

ABSTRACT

Introduction: Despite excellent coverage of contraception, particularly medical-based birth control, the number of abortions has not decreased in France since the 2000s. It is considered that one pregnancy out of three is not wanted, and unwanted pregnancies frequently end to an abortion. Furthermore, most interrupted pregnancies in France occur in women using a contraception and are directly due to a contraceptive failure. Each woman decides their needs and whether or not to use contraception. It's interesting to understand how women explain contraceptive failure. We collected and analyzed feelings towards contraceptive failure among women who experienced a pregnancy while using contraception to understand their ideas of contraceptive failure and why it occurred, and how health-care providers are involved.

Method: Twelve semi-directed interviews using a pre-established interview guide were conducted during our qualitative study. The participants were volunteer adult women, French-speakers, and had experienced a pregnancy while using birth control. They were recruited during their gynecological health monitoring in 2021 and 2022 in Charente-Maritime in France. We analyzed our data using an interpretative phenomenological method until sufficiency, then we triangulated data.

Results: Contraceptive failure meant either the contraceptive itself or the users' failure, according to the participants. Also, a pregnancy while using contraception did not always mean failure for women. The theoretical and practical limits of contraceptive effectiveness directly caused the occurrence of unplanned pregnancies, especially if there was an improper use of contraception. Misuse of contraception was influenced by a lack of knowledge, a difficulty to daily manage contraception which was described as a burden, a negative perception of their fertility. According to women, contraceptive process was complex, and the quality of the relation and the follow-up provided by health professionals could be improved.

Lack of knowledge or lack of recognition of the risk of pregnancy often caused unplanned pregnancy under contraception. Moreover, ambivalence about the desire of pregnancy and how women perceived pregnancy, and fatalism in the occurrence of pregnancy, contributed to contraceptive failure; but it did not question the need and the use of birth control by women.

Discussion/Conclusion: Clarifying women's expectations regarding pregnancy and birth control seems crucial. One way to avoid an unintended pregnancy is to have better information and use a contraceptive method that is safe, effective, and acceptable. Additionally, as part of the contraceptive aftercare, improved training of healthcare providers may result in improved prescriptions and attitudes.

Keywords: *women, contraceptive effectiveness, contraceptive failure, unplanned pregnancy, unwanted and mistimed pregnancy, gynecology, general medicine*



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses
! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : Depuis les années 2000, la France compte un nombre d'IVG stable malgré une excellente couverture contraceptive, principalement médicale. Un tiers de l'ensemble des grossesses n'est pas désirée, et la majorité des grossesses non désirées aboutissent à une IVG. Par ailleurs, la majorité des grossesses interrompues en France surviennent sous contraception, et seraient directement liées à un échec de la contraception. Le besoin et le choix de prendre une contraception est un choix individuel, il a semblé pertinent de s'intéresser à la manière dont les femmes s'expliquent la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception. Le ressenti de patientes concernées a été recueilli et analysé pour comprendre leur conception de l'échec contraceptif et le rôle joué par les professionnels de santé dans la survenue de l'échec.

Méthode : Une étude qualitative, menée par des entretiens semi-dirigés selon un guide d'entretien préétabli, a été réalisée auprès de douze femmes majeures, francophones, ayant vécu la survenue d'une grossesse non prévue malgré l'usage d'une contraception. Elles ont été recrutées sur la base du volontariat au cours de leur prise en charge gynéco-obstétricale en 2021 et 2022 en Charente-Maritime Nord. Une analyse interprétative phénoménologique des données a été réalisée jusqu'à suffisance, puis triangulée.

Résultats : L'échec contraceptif a fait sens comme un échec de la contraception ou comme un échec de l'utilisatrice. Il peut paradoxalement faire également sens comme n'étant pas forcément un échec. La survenue de la grossesse non prévue sous contraception est directement liée aux limites d'efficacité théoriques et pratiques de la contraception, principalement à cause d'une mauvaise utilisation. D'après les vécus des patientes, elles sont favorisées par une mauvaise connaissance de la contraception, une difficulté à gérer au quotidien la charge que représente la contraception, une représentation négative de leur fertilité. Le parcours contraceptif a été jugé complexe, et la qualité de la relation et du suivi par les professionnels de santé perfectible. L'échec contraceptif traduisait souvent l'absence de connaissance et/ou de reconnaissance des situations à risque de grossesse. Si l'ambivalence face au désir de grossesse et à la perception de la grossesse et la fatalité dans la survenue de la grossesse jouent aussi un rôle, elles ne remettent pas en question l'usage et le besoin de contraception par les patientes.

Conclusion : Clarifier les attentes des patientes face à la grossesse et la contraception semble essentiel. La prévention des grossesses non prévues sous contraception passe par une meilleure information des patientes et l'utilisation d'une contraception adaptée à la patiente à la fois efficace et satisfaisante. La formation des professionnels de santé pourra permettre l'amélioration des prescriptions et attitudes dans le cadre du suivi contraceptif.

Mots-Clés : Femmes, Efficacité contraceptive, Echec contraceptif, Grossesse non prévue, Grossesse non désirée et non planifiée, Gynécologie, Médecine Générale