

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Pierre GRILLON

Né(e) le 5 décembre 1991 à Orléans (45)

EXPLORATION DU VÉCU DU PARCOURS COMPLET DE CONTRACEPTION TUBAIRE DÉFINITIVE

Présentée et soutenue publiquement le **3 novembre 2022** devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Dr Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Dr Ludivine BARBEAU, Médecine Générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Centre d'orthogénie CHRU Tours

Directrice de thèse : Dr Émeline PASDELOUP, Médecine générale, CCU, Faculté de médecine – Tours

Résumé

Introduction

Autorisée à toute femme majeure depuis la loi du 4 juillet 2001, la stérilisation à visée contraceptive reste peu pratiquée en France et beaucoup de médecins n'en parlent pas spontanément. Les femmes se sentent mal informées et peuvent se heurter à un refus si elles ne correspondent pas à certains critères arbitraires (âge, nombre d'enfants...). Constatant l'écart entre la loi de 2001, les recommandations professionnelles et les pratiques actuelles, nous avons décidé d'explorer le vécu du parcours de contraception tubaire définitive.

Méthode

Une étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative a été menée par le biais de six entretiens individuels approfondis. Les participantes, stérilisées entre 2001 et 2021, ont été recrutées parmi l'entourage professionnel et les patientes de l'investigateur et de la directrice de thèse.

Résultats

Le vécu du parcours de contraception définitive se divise en deux étapes. La première est celle de la réflexion, qui se construit sur plusieurs années et dans la solitude. Marquées par une expérience médicale négative, un sentiment d'impasse contraceptive ou une première demande refusée sans explications, les participantes élaborent une stratégie pour ne plus se retrouver dans cette situation et trouver le gynécologue qui réalisera la contraception définitive. Le médecin généraliste n'est pas perçu comme un interlocuteur et est simplement informé une fois la décision prise. La deuxième étape du parcours est très brève et bien vécue : c'est une consultation, le délai de réflexion, l'opération et enfin le soulagement, la liberté de passer à une autre étape de vie, l'esprit tranquille.

Discussion et conclusion

Ces résultats démontrent un vécu globalement positif à partir du moment où la demande a été acceptée et la partie médicale du parcours effectivement initiée. Le mauvais vécu est lié au sentiment de solitude induit par le tabou, le jugement moral et un manque d'informations. Aborder le sujet en consultation, informer à grande échelle, créer des réseaux de soins et un annuaire formel des gynécologues acceptant les demandes de contraception définitive seraient des pistes d'améliorations.

Mots-clefs : Contraception définitive ; Stérilisation tubaire ; Gynécologie ; Médecine générale

**INVESTIGATING HOW WOMEN EXPERIENCED THE TUBAL
STERILIZATION PATHWAY**

Introduction

Though contraceptive sterilization is allowed to every woman over 18 since the Law of 4 July 2001, it is not common in France, and only few doctors offer this option to their patients. Women feel misinformed, and their request for sterilization can sometimes be denied for arbitrary reasons (age, number of children...). We noted a wide gap between the Law of 2001, professional recommendations and current practices, and chose to investigate on the way women experienced the pathway of tubal sterilization.

Method

A qualitative study, based on an interpretative phenomenological analysis, was conducted through six thorough individual interviews. The six interviewed women, sterilized between 2001 and 2021, were selected among patients and professional acquaintances of both the investigator and the thesis supervisor.

Results

The way these women experienced permanent contraception can be divided in two stages. They first consider the idea of sterilization, a solitary process which can take several years. After receiving a negative medical opinion, feeling helpless or being turned down by doctors, they find a way to avoid these experiences and finally find a gynaecologist willing to help them get sterilized. They do not discuss it with their general practitioner and only inform them once they have made their choice. The second stage of the process is much shorter and easier. They meet with a professional, think about it, get sterilized and are finally relieved. They are free to move on with their life.

Discussion and conclusion

The results show a mostly positive experience from the moment the sterilization request has been approved and the medical process has started. The negative experience relates to the solitary feeling, as most people see it as a taboo topic, often judge it wrongly and are not properly informed about it. A few ways to make the process easier would be to talk about it with general practitioners, to launch large-scale informative campaigns, create healthcare networks and a formal directory of gynaecologists willing to assist with a permanent contraception process.

Key words: permanent contraception; tubal sterilization; gynaecology; general medicine

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHLMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médicale et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

Remerciements

Mesdames et monsieur les membres du jury

Monsieur le Professeur Henri MARRET

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps pour me faire l'honneur de présider ce jury.

Madame la Docteure Isabelle ETTORI-AJASSE

Je vous remercie pour votre investissement au sein du Département de Médecine Générale, et de vous être rendue disponible pour juger ce travail.

Madame la Docteure Ludivine BARBEAU

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être membre de ce jury, vous avez toute ma reconnaissance.

Madame la Docteure Émeline PASDELOUP

Je te remercie de m'avoir guidé dans ce travail, d'avoir cru en moi et d'avoir su m'encourager aux justes moments.

Un immense merci aux participantes ayant donné de leur temps et accepté de revenir quelques années en arrière pour me confier leurs récits.

À mes parents, pour leur soutien, leur amour et leur aide inconditionnelle pendant ces longues années d'études.

Merci à ma sœur, Louise, de m'avoir montré qu'il faut vivre la meilleure vie possible, à ta présence malgré la distance et ton admiration.

Merci à mamie Josette, à ton accueil, ta bonne humeur fédératrice et ta patience bienveillante.

Merci au café, sans quoi rien n'aurait été possible.

À Annabelle FLERCHINGER pour votre écoute et votre accompagnement sans faille.

Grand merci à Lori & Maeva, aux adhérent-es de Pour une M.E.U.F. et particulièrement à Caro, Delphine, Manon et Marina pour m'avoir montré la voie et soutenu pendant ce long travail.

Merci à Jaddo de m'avoir donné envie d'exercer la médecine générale le plus humainement possible.

Merci à Nathalie TRIGNOL VIGUIER et à Sophie LIZÉ pour vos enseignements et vos engagements.

Aux nombreuses féministes qui ont marqué ma réflexion et permis d'avancer vers une façon plus juste de soigner.

Merci à Elsa, Marius, Amélie, Marie, Guillaume, William, pour votre écoute, votre aide et votre compréhension précieuse.

À Ariane.

Et enfin, merci à Fluffy et Horus pour leur soutien moral indéfectible, leur présence réconfortante et leur patience infinie.

Table des matières

Liste des abréviations.....	13
Introduction	14
Méthode	17
Résultats	19
I – Population et vocabulaire employé	19
1. Caractéristiques de la population.....	19
2. Vocabulaire des verbatim.....	19
II – Parcours personnel précédant la décision	20
1. Vers l'impasse contraceptive.....	20
a. Avoir « tout essayé »	20
b. Vouloir arrêter les « hormones »	21
c. Le poids de la charge contraceptive.....	21
d. Dans l'impasse contraceptive.....	21
2. Le souhait de ne plus avoir d'enfants.....	22
3. Une réflexion longue et construite pour éviter un refus.....	23
a. Accumuler les témoignages de parcours difficiles.....	23
b. Le poids de la norme.....	23
c. Construire son argumentation.....	23
d. Attendre le meilleur contexte familial possible.....	25
e. Attendre des années pour en parler au gynécologue.....	25
4. Le tabou autour de la stérilisation volontaire.....	26
a. Un non-sujet de discussion.....	26
b. Un parcours solitaire.....	26
c. Choisir avec qui en parler.....	26
d. Se renseigner de manière informelle.....	27
5. Entourage familial.....	27
a. Le conjoint.....	27
b. La famille.....	28
6. Entourage médical.....	29
a. Le médecin généraliste.....	29
b. Le gynécologue traitant.....	29
III – Le parcours médical de contraception définitive	30
1. Une expérience médicale négative.....	30
a. Un évènement déclencheur en lien avec la grossesse.....	30
b. Une première consultation douloureuse.....	31
2. Trouver le bon gynécologue.....	32
3. Un délai « de réflexion » bien vécu.....	33
4. L'opération.....	33
IV – Conséquences et changements	33
1. Des effets indésirables bénins et bien vécus.....	33
2. Une libération et vers un renouveau.....	34
3. Suivi gynécologique après la stérilisation.....	35
4. Garder le silence malgré l'effet positif.....	36
5. Aucun regret persistant	37
6. Un vécu difficile du retour aux cycles naturels.....	38

Discussion	39
I – Résultats principaux et thèmes saillants	39
1. Schématisation du vécu du parcours	39
2. Concept d’impasse contraceptive	40
3. L’exclusion du médecin généraliste	40
4. Lutter contre l’ignorance	41
II – Forces, faiblesses et perspectives de l’étude	41
1. Scientificité et utilité	41
2. Population étudiée	42
a. <u>Prédominance des métiers du domaine de la santé</u>	42
b. <u>Âge de stérilisation et refus</u>	42
c. <u>Âge des participantes</u>	43
d. <u>Nulliparité</u>	43
3. Biais	43
a. <u>Biais liés à l’investigateur</u>	43
b. <u>Biais de mémorisation</u>	44
c. <u>Biais d’analyse</u>	44
d. <u>Biais de désirabilité sociale</u>	45
4. Perspectives	45
a. <u>Pour la recherche</u>	45
b. <u>Pour la pratique</u>	45
c. <u>Pour l’organisation des soins</u>	46
d. <u>Pour l’enseignement et la formation</u>	46
Conclusion	47
Bibliographie	48
Annexes	52

Liste des abréviations

FIV : Fécondation in vitro

GO : Gynécologue obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : *interpretative phenomenological analysis*, analyse phénoménologique interprétative

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecin généraliste

Introduction

État des lieux de la contraception définitive

En France, plus d'une femme sur dix entre 15 et 49 ans a vécu une grossesse non désirée dans les 5 années précédentes¹. La moitié (49,5%) s'est soldée par une IVG. On estime qu'une femme sur trois y aura recours dans sa vie². Les deux tiers (68,4%) des grossesses non désirées sont survenues malgré une contraception¹, marquant l'inadéquation entre le mode de contraception et la personne qui l'utilise.

La stérilisation à visée contraceptive, appelée aussi contraception définitive, consiste à interrompre les trompes utérines afin de prévenir de manière permanente une grossesse. C'est la contraception la plus fréquemment utilisée dans le monde puisque 24% des personnes contraceptées l'utilisent en 2019³.

La « norme contraceptive française »⁴ est l'injonction faite aux femmes hétérosexuelles à se contracepter et la nécessité d'adapter la contraception à l'âge de la vie. Prédomine d'abord l'usage du préservatif, seul ou associé à la pilule au début de la vie sexuelle, puis la pilule seule jusqu'à 45 ans et enfin le stérilet après avoir eu le nombre d'enfants souhaité, de 45 ans jusqu'à la ménopause. On compte en France en 2016, seulement 4,5% de femmes ayant eu recours à la contraception définitive, avec une part nettement plus élevée au-delà de 40 ans (0% avant 30 ans, contre 8,7% des 40-44 ans et 11% des 45-49 ans)¹. À l'inverse de pays comme le Mexique (37,1%), l'Inde (36%), le Brésil (21,4%), les États-Unis (19%) ou la Turquie (10,4%), la France est marquée par la prédominance des méthodes réversibles³.

En France, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée par l'article 26 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 du Code de la Santé Publique⁵, qui permet à toute femme de plus de 18 ans, sans mesure de protection juridique, d'y avoir accès. Contrairement à l'IVG, un-e médecin peut faire valoir sa clause de conscience pour refuser de pratiquer cet acte sans avoir à réorienter la patiente vers un confrère ou une consœur le pratiquant (chapitre 3 de l'article 26 de la loi susmentionnée).

Cette méthode doit être pratiquée par un-e gynécologue, après une première consultation d'information et un délai de réflexion obligatoire de 4 mois. Les techniques actuellement employées sont la ligature des trompes, leur électrocoagulation ou leur interruption par la pose d'anneaux ou de clips, par coelioscopie ou au cours d'une césarienne. Même si dans de rares cas une ré-opération ou une FIV permet à la personne stérilisée d'avoir de nouveau accès à une grossesse, cette méthode doit être présentée comme irréversible⁶.

Une autre méthode, appelée Essure, a été réalisée de 2002 jusqu'à son retrait en 2017, et consistait en la pose par voie vaginale de dispositifs médicaux en forme de ressorts dans les trompes, pour induire une fibrose en 3 mois. Son utilisation a été suspendue définitivement suite à des effets indésirables (douleurs, saignements pendant et après la pose...)⁷.

Des difficultés d'accès à la contraception définitive

En 2013, et à nouveau en 2019, la Haute Autorité de Santé recommandait de présenter tous les modes de contraception possibles lors de consultations de primo prescription comme de renouvellement⁸.

Les médecins présentent pourtant peu fréquemment la contraception définitive parmi les choix possibles. Dans une thèse de 2014⁹ ayant interrogé 2356 médecins généralistes (MG) dans 3

régions, seulement 21,1% des médecins l'abordent spontanément en consultation. Un autre travail de thèse interrogeant également des gynécologues retrouve que 12,8% de 188 MG et gynécologues du Maine-et-Loire¹⁰ parlent systématiquement de contraception définitive à leurs patientes.

Par conséquent, seulement 18% des femmes de plus de 40 ans connaissent la contraception définitive¹¹. L'entourage (familial et amical) est cité comme première source d'information (pour plus de 50% des répondantes), puis leur gynécologue, les médias et, enfin, leur médecin généraliste pour seulement 14% des répondantes. Cinquante-trois pourcents des femmes entre 40 et 50 ans s'estiment mal informées sur la contraception définitive, 19,4% l'envisagent et 63% souhaitent que leur médecin les informe davantage sur le sujet¹².

Malgré la possibilité légale pour toute femme majeure sans mesure de protection de recourir à une stérilisation, l'accès reste restreint selon des critères sans valeur juridique (âge, nombre d'enfants...)¹³. Selon l'enquête Stéri-Gyn¹⁴ menée par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale en 2007, 24% des gynécologues exigeaient une autorisation écrite du conjoint pour réaliser la stérilisation. Dans une thèse¹⁵ de 2013 interrogeant les pratiques de 37 gynécologues de Loire-Atlantique, près des deux tiers utilisent un critère d'âge (le plus fréquent étant 35 ans), la moitié refuse en cas de nulliparité et un tiers attend que la patiente ait 2 enfants. Seuls 5% des gynécologues acceptent les demandes de contraception définitive sans seuil d'âge ni de parité.

De plus, un risque de regret est souvent utilisé pour justifier un refus. L'impact psychologique de ce refus, celui d'une grossesse imprévue ou le regret d'être mère ne semblent pas considérés avec la même importance¹⁶. Le regret n'est que rarement défini dans les études le mesurant, alors qu'il peut pourtant varier d'une émotion passagère à une « *douleur permanente et invivable* ». Masella et Marceau¹⁷, au sujet du choix de stérilisation chez les nullipares, définissent ce regret comme un sentiment de nostalgie survenant dans des situations spécifiques ou des « *pincements de doute* ». Elles viennent questionner également le fait que l'on puisse remettre en question la demande de stérilisation d'une femme dite trop jeune, alors que l'on n'émètrait pas les mêmes réserves pour une femme souhaitant avoir un enfant jeune, les conséquences étant dans les deux cas irréversibles.

La HAS¹⁸ attribue ce positionnement à plusieurs facteurs. D'abord, une méconnaissance de la loi : seulement 15% des MG⁹ et 27% des gynécologues¹⁰ connaissent la loi de 2001. S'y ajoutent des préjugés sur la sexualité des femmes à l'approche de la ménopause et une norme sociale (le « *temps fertile prescrit* » s'étendrait entre 25 et 40 ans, excluant de cette vision les femmes de plus de 40 ans). Enfin, il persiste une résistance morale à l'idée de porter atteinte à l'intégrité d'un corps sain dans une optique préventive¹⁸.

Dans cet état des lieux de 2013, la HAS préconise alors de mieux informer les femmes et de former les médecins. Néanmoins, en 2016, deux tiers des médecins interrogé-es disent ne pas être intéressé-es par une formation sur le sujet, bien qu'estimant manquer de connaissances¹⁹.

À l'inverse de ces difficultés d'accès, on peut supposer que le rapport à la contraception définitive varie grandement selon le contexte social, certaines populations ayant été par exemple stérilisées contre leur volonté. Parmi celles-ci, on retrouve les résidentes des territoires d'Outre-Mer²⁰, les personnes handicapées et psychiatisées²¹, les gens du voyage²², les personnes trans²³... Ces catégories semblent continuer de faire l'objet d'un traitement différencié, comme le montrent certains témoignages²⁴.

Émergence de la question de recherche

Il existe une discordance entre la loi de 2001, les recommandations médicales, et les pratiques en vie réelle. Cette discordance peut être expliquée par plusieurs facteurs comme le système de soins, les professionnels ou les patientes.

Le point de vue des médecins généralistes et des gynécologues sur la contraception définitive a déjà été exploré dans plusieurs travaux de thèses et mémoires^{10, 15, 19, 25, 26, 27}, détaillant notamment les critères d'accès et les limites posées à l'accompagnement des patientes vers la contraception définitive. Le point de vue des femmes stérilisées volontairement manquait pour avoir une vision complète du phénomène.

L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu du parcours de contraception définitive, depuis le contexte ayant mené à la décision jusqu'à la réalisation concrète et ses conséquences, afin d'identifier des freins ou des points d'amélioration.

Méthode

Choix de l'approche

Une étude qualitative a été menée avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA).

La méthode qualitative apporte une exploration et une compréhension globale d'un phénomène. Celle-ci a été choisie car peu d'études s'intéressent au sujet du parcours de contraception définitive du point de vue des patientes concernées.

L'IPA a été utilisée car il s'agissait d'étudier le vécu d'un phénomène (le parcours de stérilisation volontaire) du point de vue de celles qui le vivent (approche phénoménologique) et de comprendre le sens qu'elles lui donnent dans leur singularité (approche idiographique).

Définition de la population recrutée

L'échantillon a été constitué de façon raisonnée, c'est-à-dire en sélectionnant les participantes de manière non-aléatoire. L'échantillonnage est dit « homogène », ciblant des personnes partageant une même expérience (ici, un parcours de stérilisation à visée contraceptive), tout en faisant varier les autres paramètres a priori indépendants du phénomène étudié (âge, lieu de vie, catégorie socio-professionnelle...).

Le recrutement s'est fait par réseau de connaissances, c'est-à-dire parmi les patientes et l'entourage professionnel de l'investigateur et de la directrice de thèse.

Le critère d'inclusion était : être une femme cisgenre, avoir obtenu une contraception définitive entre 2001 et 2021 en France (quelle que soit la méthode).

Les critères d'exclusion étaient : être mineure ou être sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice), non francophone.

Les personnes recrutées étaient toutes volontaires pour participer à l'étude et ont été informées du contexte de ce travail, du caractère confidentiel et anonyme des échanges et de leur droit à se rétracter (Annexe 1). Elles ont signé une autorisation écrite attestant leur consentement éclairé (Annexe 2).

Recueil des données et procédure

Avant tout entretien, l'investigateur a déconstruit ses a priori à l'aide des 7 questions (Annexe 3).

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels approfondis et ouverts, avec un guide d'entretien non-rigide.

Six entretiens ont été menés entre le 29 janvier et le 24 mars 2022, d'une durée moyenne de 66 minutes (entre 31 et 156 min). Tous ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone, doublé de l'application Android native « Magnéto » sur smartphone afin de pallier une panne ou une difficulté technique.

Les entretiens 1, 3 et 6 ont été conduits au domicile des participantes. L'entretien 2 a été conduit dans un bureau de consultation au sein de la structure de travail de la participante. Les

entretiens 4 et 5 se sont déroulés de manière distancielle via le logiciel de vidéo-conférence Zoom, caméras allumées, participantes à leur domicile.

Une première trame d'entretien a été rédigée (Annexe 4), secondairement corrigée après entretien avec une première patiente, afin de mieux correspondre à l'objectif principal (Annexe 5).

Le guide d'entretien abordait les thèmes suivants : histoire contraceptive, difficultés et facilitateurs rencontrés sur le parcours de stérilisation, rôle du ou de la MG dans le parcours, rôle de l'entourage.

Le nombre d'entretiens a été défini à partir de l'analyse des retranscriptions, lorsqu'une suffisance des données a été obtenue, c'est-à-dire quand le phénomène a semblé suffisamment décrit.

Une fiche contact a été donnée aux participantes pour répondre aux besoins que l'entretien aurait suscités.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur Word, en anonymisant les données sensibles, constituant les verbatim. Une copie a été transmise aux participantes qui le souhaitaient pour d'éventuelles corrections.

Analyse des données

Chaque entretien a été relu plusieurs fois afin de se familiariser avec le contexte de la participante, puis a fait l'objet d'un codage expérientiel dans une démarche de double herméneutique (l'enquêteur cherche à donner un sens en interprétant le sens que les personnes donnent à leur expérience). Tout segment de texte pertinent aux yeux de l'investigateur a été intégré à la première colonne d'un tableur Excel et apparié à une étiquette décrivant au mieux le vécu, le ressenti, les opinions et les représentations de la participante.

Les similitudes, connexions et liens logiques entre étiquettes ont permis de conceptualiser des thèmes, catégorie généralisante définie par plusieurs étiquettes (Annexe 6).

Les thèmes ont été extraits du tableur Excel afin de rapprocher les thèmes similaires entre eux. À l'issue de ce travail, les thèmes en lien avec la question de recherche ont été ordonnés sur un schéma, conçu avec l'outil Windows Paint. Le schéma permet ainsi de visualiser de manière chronologique le vécu de chaque participante depuis le contexte ayant permis de penser à la contraception définitive, jusqu'à sa réalisation et ses conséquences (Annexes 7 à 12).

Enfin, une lecture comparative des schémas individuels a permis de faire émerger les thèmes saillants recoupant chaque expérience, permettant de construire un schéma final.

La recherche a été déclarée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et enregistrée sous le numéro ID RCB 2022-A02125-38. Le chercheur s'engage à respecter la méthodologie de référence MR-001.²⁸ Une autorisation du Comité de protection des personnes (CPP) n'était pas requise étant donné l'absence d'intervention sur les participantes, le recueil écrit de consentement et l'anonymisation des données.

Résultats

I – Population et vocabulaire employé

1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des participantes sont détaillées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques des participantes

	Âge	Âge à la contraception définitive	Délai depuis opération	Chirurgie	Enfants	Activité professionnelle	Lieu de vie
P1	45 ans	36 ans	9 ans	Essure	3 (20, 18 et 16 ans)	Enseignante	Semi-rural
P2	57 ans	38 ans	19 ans	Ligature	2 (20 et 22 ans)	Infirmière	Rural
P3	44 ans	38 ans	6 ans	Essure	1 (20 ans)	Aide à domicile	Rural
P4	31 ans	30 ans	1 an 8 mois	Salpingectomie	0	Médecin généraliste	Urbain
P5	35 ans	33 ans	2 ans 2 mois	Salpingectomie	2 (5 et 8 ans)	Médecin du travail	Rural
P6	35 ans	34 ans	1 an 3 mois	Clips	3 (3, 12 et 15 ans) + 1 belle fille	AESH	Rural

2. Vocabulaire des verbatim

« **Pilule** » est le terme générique employé par les participantes, indifféremment des principes actifs œstro-progestatifs ou progestatifs purs, et renvoie principalement à la charge symbolique d'une prise quotidienne d'hormones.

« **Gynécologue** » est toujours genré au masculin dans les entretiens, les participantes n'ayant été suivies que par des hommes. Ce sera donc le cas dans la rédaction des résultats (sauf mention contraire).

II – Parcours personnel précédant la décision

1. Vers l'impasse contraceptive

a. Avoir « tout essayé »

Toutes les participantes ont débuté leur parcours contraceptif par **la pilule**, avec le sentiment de **ne pas avoir pu choisir** et ont souhaité **se libérer des contraintes de la prise quotidienne**.

« J'avais l'œstro-progestative, celle qu'on donne à toutes les jeunes filles sans trop leur proposer c'qu'elles veulent. » (P6)

« Et puis d'être débarrassée de ce un truc à faire de prendre cette pilule tous les jours. » (P2)

« Devoir prendre un comprimé tous les jours à heure à peu près fixe, pour moi c'est un peu compliqué. » (P5)

Le **DIU au cuivre, mal toléré**, n'a pas permis à quatre des participantes de trouver une contraception non hormonale pérenne, quand il n'était tout simplement pas **refusé par la gynécologue**.

« Ça ne me convenait pas non plus puisque j'avais des saignements, mes règles étaient très longues, ça devenait quasiment deux semaines de règles sur le cycle. » (P1)

« J'ai été malade avec le stérilet. Euh des grosses grosses douleurs très très importantes. » (P3)

« C'était une gynéco tu sais un peu à l'ancienne, qui posait pas les DIU sur les nullipares, donc euh déjà à c'niveau là j'me suis dit « bon c'est mort ». » (P4)

Parmi les alternatives, **l'implant** est évoqué par 3 participantes : l'une d'elles ne l'a **pas toléré**, les deux autres n'ont **pas été autorisées à tester l'implant** par leur gynécologue, l'un y étant ouvertement opposé, l'autre ne l'ayant jamais proposé.

« J'avais des règles un peu tout le temps, c'était compliqué, j'étais plus souvent en période de règles qu'en période sans saignement. Donc euh c'était assez pénible. » (P5)

« Non, enfin mon gynécologue était vraiment contre l'implant. [...] Il m'a dit : « C'est pas bien dosé en fait. Il y a des femmes elles le supportent vraiment pas bien, c'est pas... ». Pour lui il est vraiment contre l'implant en fait. Donc j'ai pas tenté l'implant. » (P6)

« Mais tout ce qui est implant, DIU, fin jamais on m'a proposé ça. Jamais. » (P4)

L'anneau, pourtant bien toléré, a imposé à une des participantes **une logistique contraignante** du fait de son manque de disponibilité en milieu rural, conduisant à son arrêt.

« Les pharmacies n'en avaient même pas donc à chaque fois fallait que je le commande, donc si j'anticipais pas ils en avaient pas... » (P5)

Les préservatifs (externes), peu utilisés, sont vus avant tout comme **un risque d'échec** ou bien **une régression**.

« On a fait le choix d'utiliser le préservatif. Ce qui a été un échec puisque j'ai eu une grossesse accidentelle. » (P1)

« Le préservatif c'est bien quand on est... 'fin ou ado ou quand on change de partenaire 'fin voilà quoi pas stable quoi. J'dis : « Là j'suis mariée j'me vois pas... j'me vois pas remettre des préservatifs en fait. ». » (P6)

b. Vouloir arrêter les « hormones »

Le **rejet des hormones** est un argument indépendant des précédents.

« J'me suis dit de toutes façons j'veux plus d'enfants, donc j'ai pas vraiment envie de recommencer à prendre des hormones, comme ça... pendant encore une bonne vingtaine d'années. » (P5)

Plusieurs participantes font ainsi part d'**effets indésirables hormonaux, subis ou anticipés**.

« La pilule commençait vraiment à... 'fin j'avais plus de libido du tout, euh j'avais de l'acné tout le temps, j'avais pris du poids. » (P4)

« J'en avais un peu ras le bol de prendre la pilule malgré tout avec une petite idée derrière de ben pour la santé il peut y avoir un peu des conséquences. » (P2)

Plusieurs participantes souhaitent par ailleurs **retrouver leurs cycles naturels**.

« Se dire « ça sera plus naturel » finalement que de continuer à prendre une pilule. » (P2)

Certaines parlent du **tabagisme comme d'une partie de leur identité, incompatible avec la contraception hormonale**.

« Moi je suis fumeuse en plus, donc quand on est fumeuse, c'est pas l'idéal avec la contraception, c'est pas l'idéal. » (P3)

« En plus je j'suis quelqu'un qui fume alors la pilule avec la cigarette... on est mal vue hein ! » (P6)

c. Le poids de la charge contraceptive

L'idée même d'**arrêter la pilule** est évoquée comme une des motivations principales.

« Et j'ai plus à m'avalier encore pendant dix ans... plus de dix ans ou quinze ans une pilule tous les jours [...] J'en avais un peu ras le bol de prendre la pilule malgré tout. » (P2)

« Le fait de l'avalier tous les soirs en fait j'en pouvais plus. Finalement ce rituel... » (P6)

Certaines expriment le sentiment d'avoir payé le prix pour « **mériter** » une **contraception définitive**.

« De m'dire j'avais déjà pris 16 ans de pilule et que bon... c'était déjà pas mal. » (P2)

« Ayant été capable de [...] passer par une IVG c'est quelque chose dont je ne doutais absolument pas. » (P1)

La contraception réversible est perçue comme **une charge dont elles souhaitent se libérer**.

« Ah oui une charge mentale, oui ne plus l'emmener quand on part en week-end, ne pas l'avoir oubliée, partir en vacances trois mois faut surtout pas oublier la boîte euh... parce que justement le fait de ne pas vouloir avoir d'enfant c'est une contrainte de prendre des médicaments. » (P3)

« Ça fait vraiment une contrainte... 'fin voilà d'y penser tous les soirs euh... 'fin aller à la pharmacie, après ne plus voir qu'on a l'ordonnance... faut la renouveler et cætera j'trouve que vraiment c'est compliqué en fait. » (P6)

d. Dans l'impasse contraceptive

Toutes les participantes rapportent **une contraception insatisfaisante**.

Comme cité plus haut, l'insatisfaction provient parfois d'une mauvaise tolérance aux contraceptions réversibles.

Dans d'autres cas, l'insatisfaction n'est pas motivée par une mauvaise tolérance mais par un risque d'échec ou de survenue potentielle d'effets indésirables. La stérilisation a été envisagée alors de manière pragmatique comme un moyen de contraception alternatif fiable et sans effet indésirable.

Ces tentatives infructueuses de contraception finissent par aboutir à **un sentiment d'impasse contraceptive**.

« Puisque le stérilet ne me convenait pas, le... la pilule je savais ne me convenait pas non plus, et là je suis restée un moment sans contraception. [...] D'toutes façons ayant euh ayant euh fait le tour de la question au niveau des modes de contraception euh il restait plus que ça, dans mon cas. » (P1)

« Et j'arrivais pas à trouver une bonne pilule qui me convenait. [...] En fait au bout d'un moment [mon gynécologue] tournait en rond aussi, on tournait en rond, il trouvait plus rien, plus de solution. » (P6)

2. Le souhait de ne plus avoir d'enfants

La demande de contraception définitive fait systématiquement suite à **la certitude de ne plus vouloir d'enfant**.

« Et moi j'avais la certitude aussi de ne plus vouloir euh... l'absolument [se corrige] l'absolue certitude de ne plus vouloir d'enfant. » (P1)

« Enfin voilà on était vraiment catégoriques sur notre choix, de plus avoir d'enfant. Parce que mon conjoint en plus en a une aussi. Donc voilà ça nous en fait 4 quand même ! Et euh... et en fait voilà j'ai dit... « Non, stop ! ». » (P6)

La demande de contraception définitive est exprimée après **avoir eu le nombre d'enfants souhaité**, ou bien parce qu'on se pense **trop âgée pour en avoir un dernier**.

« Ayant déjà trois enfants, il était hors de question d'en avoir un quatrième. » (P1)

« J'savais que voilà j'en voulais deux j'en voulais pas plus, après j'ai attendu un peu parce que je pouvais pas me faire ligaturer tout de suite. [...] J'me suis dit : « D'façons je veux plus d'enfant ». Enfin c'était sûr, moi voilà j'ai eu deux enfants j'en veux plus. » (P5)

« J'ai 37 ans, j'arrive à un âge ou de toute façon fin c'est pas très raisonnable d'avoir un autre enfant. » (P2)

Quant à la participante nullipare, elle construit sa réflexion autour du risque du **« regret d'être mère »**, dont elle souhaite se protéger.

« Si on m'avait dit d'en faire et que je regrettais mais quel enfer quoi ! C'était vraiment [...] le haut de la pyramide du non-désir d'enfant, c'était que en fait tu pouvais en avoir voulu et ne plus en vouloir malgré le fait qu'ils soient déjà là. [...] Je pense que c'est un sentiment que j'aurais eu si j'avais eu des enfants, du regret d'être mère. » (P4)

L'une des participantes manifeste d'ailleurs le regret d'avoir été mère au début de sa vingtaine.

« Je reviendrais en arrière je ferais plus comme ça en fait. [...] Ben j'ferais pas mes enfants aussi jeune. » (P6)

3. Une réflexion longue et construite pour éviter un refus

a. Accumuler les témoignages de parcours difficiles

Les participantes font part d'**une appréhension du refus**, alimentée par les témoignages de leur entourage ou des réseaux sociaux.

« J'avais été aussi sur un site sur une page Facebook de meufs qui se donnent les noms des gynécos et tout, et qui racontaient un peu leur parcours et bon voilà, j'avais pas envie de vivre le truc de « j'aurais ma ligature des trompes mais à quel prix ? ». » (P4)

« Je connais plutôt des femmes qui auraient voulu le faire et à qui on a refusé. Que de personnes qui l'ont fait [...] qui me disent que effectivement elles aimeraient bien mais on leur dit bah toujours un peu pareil, vous êtes trop jeune ou vous avez pas d'enfants, on sait jamais etc. » (P5)

« J'ai d'autres amies qui ont mon âge [...] elles n'arrivent pas à se faire ligaturer les trompes en fait. [...] J'avais regardé des forums où [...] beaucoup de femmes témoignaient en disant : « J'y arrive pas. J'trouve pas quelqu'un qui a envie enfin qui veut me faire cette opération-là » et tout. Et j'me suis dit 'fin mince apparemment y'a pas que moi finalement. On se sent un peu rassurée en disant ben finalement ça vient pas de moi. » (P6)

b. Le poids de la norme

Les participantes prennent conscience de **sortir de la norme sociale**.

« Enfin je sais très bien que je fais un truc qui est faisable, qui est dans mon droit et qui finalement n'est pas si hors norme que ça entre guillemets puisque plein de gens le font. Il est hors norme sociale, mais en fait pas hors norme statistique. » (P4)

À ce titre, les rappels au cadre comme l'**injonction à la maternité** sont **particulièrement mal vécus**.

« Ah bah on a l'impression que la femme faut absolument qu'elle ait tout le temps des enfants, finalement. On a l'impression que c'est ça en fait, la femme DOIT faire des enfants. » (P6)

c. Construire son argumentation

Face à ce constat de **difficultés d'accès généralisées** et d'**obstacles d'ordre moral**, toutes témoignent d'**une détermination** afin de mener leur projet à bien.

« J'aurais trouvé un autre moyen de le faire. J'aurais pas arrêté le parcours, non. » (P4)

Certaines appuient leur **argumentation sur la législation**.

« J'avais préparé l'argumentaire sur les textes de loi qui disent qu'il faut au moins donner l'information, qu'il faut orienter, qu'il y a pas de limite d'âge et qu'il y a pas de nombre d'enfant, etc. » (P5)

D'autres font appel au **pragmatisme**, ne voyant **plus l'intérêt de poursuivre une contraception réversible**.

« Les enfants étaient fait euh j'avais plus de raison d'avoir besoin de donc euh j'me débarrassais de la pilule et... j'passais à autre chose. » (P2)

« Jveux plus d'enfant, donc j'ai pas vraiment envie de recommencer à prendre des hormones, comme ça... pendant encore une bonne vingtaine d'années. [...] Et puis dans la mesure où je suis certaine de mon choix, je vois pas l'intérêt de voilà de continuer à prendre, que ce soit la pilule ou autre, alors que je peux m'en passer. » (P5)

Une motivation de **décision pour elle-même**, attachée au principe d'autonomie et au droit à disposer de son corps, est majoritairement retrouvée dans les entretiens.

« Je voulais pour MOI que ça me concerne MOI et me protéger moi d'une autre éventuelle grossesse euh quoi qu'il puisse se passer après. » (P2)

« C'était pour mon confort personnel et pas pour ... pour quoi que soit à côté. » (P3)

« Disons que c'était vraiment la décision elle était pour moi et pas pour le couple que je formais avec que je forme avec ce mec en ce moment. C'était une décision pour moi et ma vie future et quelle qu'elle soit, quoi. » (P4)

Parmi les arguments, on retrouve également le fait de **vouloir se protéger des complications de la grossesse**.

« Et puis après [...] ton corps il est encore un peu... Avec le ventre, avec les vergetures... Et puis pour peu qu'on t'ait fait une épisio, bah putain ça fait mal, et puis les infections urinaires et puis les hémorroïdes [...] c'est des trucs qui sont pour moi évitables, parce que je ne veux pas d'enfant, alors autant les éviter. » (P4)

« [Mon gynécologue] me dit : « Après quarante ans il y a quand même des risques euh... pour les grossesses et cætera ». J'dis : « Oui oui mais euh... même avant ! ». J'dis : « Même avant on peut toujours aussi avoir des problèmes de grossesse, avoir un enfant handicapé euh... ». » (P6)

L'appréhension d'une grossesse imprévue a poussé la participante nullipare à se documenter sur toutes les solutions envisageables, de l'IVG à l'accouchement sous le secret.

« Mais même sous pilule j'avais quand même beaucoup de « pregnancy scare », quoi. Y'avait des moments je me suis dit : « Merde, ça s'trouve ça a pas marché », je faisais beaucoup, globalement tous les deux mois je faisais des tests de grossesse des beta en ville pour être sûre que j'étais pas enceinte. [...] Pour moi ça aurait été mais le monde qui s'effondre si j'avais un test de grossesse positif, quoi. » (P4)

Quant à celles qui ont **eu des enfants**, deux thèmes récurrents viennent renforcer leur **décision de contraception définitive** :

- celui de **les voir grandir et gagner en autonomie**,

« Puis on avançait, j'avancais dans ma vie de femme et lui il avançait dans... aussi il grandissait [...] mon enfant grandissait, je retrouvais ma jeunesse quelque part il était plus débrouillard. » (P3)

- et la prise de confiance **de la difficulté d'être parent**.

« Et c'est vrai que élever les enfants 'fin voilà, à notre époque c'est quand même pas évident. S'ils veulent suivre des études etc. 'fin voilà la vie est compliquée et chère et... faut... faut penser aussi à autre chose quoi. [...] J'ai eu ma fille très jeune, donc j'ai pas eu bah voilà j'ai pas eu beaucoup de jeunesse on va dire. J'étais tout de suite dans le rôle de maman etc. et après j'me suis retrouvée toute seule avec mes filles donc ça a été vraiment très dur. » (P6)

Parmi les objectifs partagés, revient souvent **la recherche d'une tranquillité**, permettant notamment de **mieux s'occuper de ses enfants**.

« Et donc bah je fais ça comme ça j'suis tranquille c'est définitif. » (P2)

« Quand j'ai eu ma petite c'était très compliqué d'écouter les grandes en fait. Elle nous pompait beaucoup d'énergie beaucoup de temps et ma grande m'avait fait la réflexion : « T'es plus là pour moi ». Oui j'lui dis : « Oui bah j'fais c'que j'peux en fait ! » 'Fin voilà c'était vraiment et quand j'me dis : « Ohlala oui elle me dit ça, il faut que je prenne du temps aussi pour elle ». » (P6)

« Un enfant ça s'élève, faut s'en occuper, faut faut faut l'éducation le travail, euh euh faut être disponible euh et moi j'étais pas donc j'en voulais plus. » (P3)

d. Attendre le meilleur contexte familial possible

Cinq des six participantes étaient **en couple jugé stable** lors de leur demande de contraception définitive.

« On s'est mariés en 2018 donc y'a eu la gestion du mariage, après on a acheté une maison. » (P5)

La solidité de la relation venant renforcer la conviction de **faire le bon choix**.

« J'ai rencontré mon copain actuel vraiment dans la foulée, et ça se passe vraiment HYPER bien avec lui, 'fin c'est un amour il est adorable, et tout, et j'veux quand même pas d'enfant, et c'est là que j'me suis dit : « En fait, si même avec un mec comme ça je veux pas d'enfant, c'est que vraiment j'en veux pas ». » (P4)

La participante qui n'était pas en couple au moment de sa stérilisation volontaire se trouvait dans une situation de séparation. Elle estime que la question de la contraception définitive n'a pas participé à la séparation, mais que toutefois son ex-conjoint y était opposé.

« J'me suis séparée pour des tas d'raisons [rire gêné] donc euh c'était pas forcément facile. Il était pas tellement d'accord et j'en ai pas t'nu compte. » (P2)

e. Attendre des années pour en parler au gynécologue

La décision de contraception définitive fait suite à **une réflexion pendant plusieurs années**.

« C'était une décision que j'avais quand même mur... euh murement réfléchi depuis longtemps hein. » [pendant 7 ans] (P2)

« C'est euh un non-désir d'enfant qui date depuis très très longtemps [...] je dirais autour de quinze-seize ans, où je savais que je voulais vraiment pas d'enfants. » (P4)

Quatre participantes ont pensé à la contraception définitive à l'issue de leur dernière grossesse, mais plusieurs ont **pensé qu'elles étaient trop jeunes pour être entendues**.

« Très tôt hein j'y ai pensé très très tôt, je devais avoir 26-27 ans, quand j'y ai pensé. Mais bon évidemment à cette époque-là c'était même pas la peine de poser la question puisque c'était non. » (P3)

Et la participante sans enfant dit **avoir attendu de nombreuses années avant d'évoquer le sujet auprès d'une gynécologue**.

« Je pense que dire à un médecin que j'avais pas d'enfant, c'était euh c'était pas concevable [...] en fait, commencer à parler de non-désir d'enfant à un médecin, je vais me prendre dans la figure que je suis trop jeune, que j'ai pas trouvé le bon... [...] En fait j'lui en avais jamais parlé parce que j'me dis : « En fait elle va m'dire non ». » (P4)

À l'inverse, une participante n'avait **pas pensé à la contraception définitive avant que son gynécologue la lui propose**, dans les suites d'une IVG.

« Le gynéco [...] qui a pratiqué mon IVG [...] c'est lui qui là m'a proposé directement la méthode Essure, m'a proposé la stérilisation. » (P1)

4. Le tabou autour de la stérilisation volontaire

a. Un non-sujet de discussion

Toutes les participantes parlent d'un **sujet tabou, qui n'est jamais abordé.**

« Et puis après non j'en ai pas parlé à d'autres personnes parce que c'est pas un sujet qu'on met sur la table... comme ça... » (P3)

« Après j'trouve qu'on n'en parle pas assez. De... De la stérilisation en fait des femmes, c'est vrai que j'ai l'impression vraiment que c'est mal vu et... et en fait non on nous en parle pas en fait. » (P6)

Ce silence autour de la contraception définitive crée **un manque d'information.**

« Euh je savais que, je connaissais le terme « ligature des trompes » mais euh sans... sans plus euh... comprendre de quoi... sans plus savoir exactement de quoi il en retournait, à qui ça pouvait s'adresser. » (P1)

« Bah en fait j'en avais entendu parler, mais j'pensais vraiment que c'était beaucoup pour les femmes qui avaient des soucis en fait euh... d'autres soucis. Et non je pensais pas qu'on pouvait... se faire ligaturer par envie. » (P6)

b. Un parcours solitaire

Presque toutes rapportent un état de solitude, d'isolement, lié au tabou et au fait de **ne connaître personnellement aucune autre femme stérilisée.**

« Non, j'ai jamais eu à partager avec quelqu'un qui... soit qui souhaitait le faire, soit qui l'avait déjà fait... Nan je me sens assez seule, dans ce... J'trouve qu'il y a peu de femmes, en tous cas autour de moi y'en a pas. Ou pas à ma connaissance. » (P1)

« On n'entend pas souvent dire des personnes euh ou alors est-ce que c'est par honte ou alors mais on n'entend pas beaucoup de femmes dire « je me suis fait ligaturer ». Pas beaucoup. » (P3)

La situation de **nulliparité** étant à ce titre **encore plus source de solitude.**

« J'ai jamais rencontré de personne qui avait les trompes ligaturées et nullipare, parce que c'était ça aussi. Des femmes qui avaient déjà trois enfants et qui avaient eu une ligature des trompes ça j'en avais rencontré plein ne serait-ce que mes patientes mais c'était pas pareil quoi. C'était pas le même genre de démarche. » (P4)

c. Choisir avec qui en parler

La plupart préfèrent garder le sujet pour elles, de **peur d'être questionnées ou critiquées.**

« C'était plein de choses qui faisaient que le moindre questionnement sur mon parcours allait me faire... Je vais pas dire douter mais euh allait me faire du mal, allait me faire penser que je suis en train de faire n'importe quoi... » (P4)

« Mais ça a pas été un sujet que j'ai abordé avec beaucoup de personnes hein. Honnêtement, même si quelqu'un aurait voulu m'en dissuader, c'était non. » (P3)

La participante sans enfant a ressenti davantage le **besoin d'être validée par ses pairs.**

« J'étais un peu en recherche de validation. De me dire que ça allait pas faire de moi un monstre, ça allait pas faire de moi une personne totalement à la marge. En vrai j'avais un peu besoin de validation aussi, dans ces réseaux-là féministes et militants, j'pense aussi. » (P4)

Ce qui n'est pas le cas des autres participantes qui ont préféré **ne pas chercher l'avis de leur entourage.**

« *Moi j'étais décidée donc euh j'ai pas cherché l'avis de qui que ce soit !* » (P2)

d. Se renseigner de manière informelle

Le sujet n'a **jamais été abordé par leur gynécologue** traitant avant qu'elles n'en fassent la demande.

« *Et au départ quand j'en ai parlé avec mon gynécologue il m'avait dit : « Mais ouais 'fin on en parle vraiment aux gens qui ont plus de quarante ans en fait. À partir de 40 ans on commence à en parler. Pour qu'elles se libèrent de la pilule, pour que voilà elles soient... » 'fin bon j'ai dit : « Oui ben quarante ans ! ». »* » (P6)

Certaines participantes relatent avoir dû **faire seules leurs propres recherches.**

« *C'est en cherchant sur internet les options que je pouvais avoir. Et en fait y'avait stérilet, donc au cuivre vraiment naturel, et la ligature en fait. Et donc.... Donc j'ai décidé de faire la ligature.* » (P6)

D'autres ont été **informées par des proches déjà stérilisées.**

« *Oui j' connaissais déjà, j'ai déjà eu dans mon entourage des personnes qui... qui ont déjà eu recours à ça. [...] Et toutes les personnes qui ont eu recours à ça se... en étaient satisfaites. [...] Oh ça m'a pas aidé, ça m'a conforté, surtout.* » (P3)

5. Entourage familial

a. Le conjoint

Dans ce système peu propice à la discussion, **le conjoint** peut prendre une place relativement importante, **comme confident**, ayant un rôle de **soutien** ou de **co-décisionnaire**.

« *J'en ai très très peu parlé, c'est resté euh c'est resté très interne à notre couple, quoi.* » (P1)

« *J'me suis dit c'est bon, j'pense que c'est l'bon moment, aussi parce que c'était c'est tellement un mec génial que je savais qu'il comprendrait.* » (P4)

« *J'ai... réfléchi avec mon mari. Si on voulait d'autre enfant etc. donc on s'est bien posé la question et donc on a dit que non.* » (P5)

Le partenaire a pu être questionné afin d'**anticiper les conséquences d'une contraception définitive.**

« *Mais là imagine qu'un jour tu veuilles un enfant, et que tu puisses en faire un, mais que moi je ne puisse pas et j'en fais pas 'fin qu'est-ce qui va se passer ?* » (P4)

« *J'ai dit à mon mari : « T'es sûr quand même ? Que tu voudras pas d'autre enfant ? » 'Fin voilà en fait finalement j'avais pas envie non plus de lui imposer ça.* » (P6)

Corolaire logique lié au recrutement des participantes, **la vasectomie n'a pas été réalisée :**

- le sujet **n'a pas semblé être abordable,**

« *Ça aurait pas été dans son sens, non non, j'pense qu'il se serait senti moins homme, j'pense.* » (P3)

- cela a été **discuté mais refusé**,

« Avant ça j'lui avait parlé de la vasectomie. J'lui avais dit : « Mais franchement, tu veux pas d'enfant, moi non plus, et qu'est-ce que tu penses de la vasectomie ? ». Alors bon bien sûr fallait pas toucher aux couilles de monsieur, donc il voulait pas du tout. » (P4)

- la proposition était **acceptée mais remise à plus tard**,

« Si si on en a parlé ensemble. D'ailleurs pour les mêmes raisons lui il va se faire vasectomiser aussi. C'est en projet, parce que lui aussi de son côté enfin voilà lui aussi il veut être tranquille de son côté. » (P5)

- la femme a **trouvé le parcours de vasectomie trop compliqué**.

« Ça a l'air assez compliqué parce que... apparemment ça marche pas tout de enfin immédiatement en fait. Apparemment il faut que la femme continue de prendre la pilule etc. Et faut que t'aïlles te faire des tests pour voir si tes sp... tes spermatozoïdes sont toujours viables ou pas etc. bah j'avais pas forcément envie d'lui imposer ça. » (P6)

b. La famille

Il a été **difficile d'aborder le sujet sereinement au sein de la famille** de plusieurs participantes.

« Au contraire familialement j'en ai très peu parlé parce que dans le même temps j'avais ma sœur qui était dans un parcours de euh... PME (sic) et donc c'était euh c'était pas du tout cohérent avec son parcours à elle. » (P1)

« Oui, [ma mère] était très... vous savez... avoir tous les enfants que le Seigneur voulait bien vous donner, ne pas avoir de rapport avant le mariage... Donc c'était pas du plus simple. » (P2)

« On a eu beaucoup euh de la part de nos deux familles beaucoup de remontrances, et de de d'incompréhension en fait des deux côtés. » (P4)

À l'inverse, **dans certaines familles**, il s'agit plutôt d'un **non-sujet**, relevant d'une décision personnelle.

« J'en avais parlé avec ma mère oui au départ, quand j'lui ai posé la question parce que fallait quand même que j'en parle avec quelqu'un de confiance, et ma mère m'avait dit : « bah tu fais comme tu veux, c'est toi qui choisis hein ». » (P3)

« Ça a été dit comme voilà un sujet comme un autre. C'était une information : « Tiens voilà je me suis faite opérer pour ça », sans plus. Il y a pas eu de réaction particulière non plus. » (P5)

L'inquiétude des mères des participantes s'est exprimée par **des questionnements plutôt mal vécus**.

« J'en avais parlé à ma mère euh à qui ça ne plaisait pas, alors qu'elle elle était ligaturée mais elle par obligation. [...] Elle aurait aimé avoir beaucoup d'enfants etc. Donc quand j'lui ai dit que je voulais faire ça elle était pas... » (P2)

« Quand j'ai commencé à en parler à ma mère elle était « ha ok d'accord » puis en fait quand elle parlait à ses copines au téléphone et que j'écoutais bah j'entendais qu'elle était pas si d'accord que ça. Que elle était « t'es sure que tu fais pas une connerie, t'es sure hein ? Mais si un jour tu rencontres un mec qui veut des enfants ? » alors voilà comme ça mon désir passe après celui d'un autre mec ? » (P4)

« Même ma maman quand j'lui ai dit que j'avais m'faire ligaturer : « Mais ah t'es sure ? ». Même elle, elle m'a dit : « Faut pas que tu regrettes ton choix, moi j'ai eu ma fille tard ». Et j'lui ai dit : « Ouais mais moi j'ai pas envie en fait ». [...] elle me dit après : « Si c'est ton choix c'est ton choix mais euh... ». » (P6)

Les **frères et sœurs** ont plutôt joué le rôle de **soutien**.

« Si y'a vraiment des personnes autour de moi avec qui y'a aucun jugement dans quoi que ce soit qu'on fasse, c'est vraiment mes deux sœurs. Donc euh j'leur ai dit : « Ah au fait, j'ai rendez-vous chez le médecin je vais me faire ligaturer les trompes. », « Ha ok cool, oh bah tu nous raconteras machin. ». Elles m'avaient proposé de venir me chercher à l'hôpital après... Vraiment c'était ... limite c'était un acte de la vie quotidienne quoi. Pour le coup vraiment aucun souci. » (P4)

« J'ai ma sœur qui a été surprise mais bon elle a que 23 ans et elle me dit : « Mais t'es sûre ? ». J'ai lui dis : « Oui oui ! ». Elle me dit : « Parce que c'est quand même très radical en fait », j'ai lui ai dit : « Oui oui je sais ! » [rit] donc elle était surprise aussi et finalement bon là elle a eu son bébé. Et elle me dit : « Finalement bah j'comprends un peu ta décision ». » (P6)

6. Entourage médical

a. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste n'a pas été consulté, exclu de fait du parcours de stérilisation.

« Mon médecin traitant, j'y vais si j'suis malade. » (P3)

Il n'est **pas perçu comme un interlocuteur possible pour les questions gynécologiques**.

« Après mon médecin traitant c'est plus celui de mes enfants que le mien [...] quand j'y vais c'est pour mes enfants, j'ai lui parle pas... J'ai lui parle pas forcément pour moi. Donc voilà j'me suis dit je vais prendre directement rdv chez le gynéco j'en parlerai avec le gynéco. » (P5)

Et a été **simplement informé** de l'opération prévue lorsque la décision était déjà prise.

« J'ai dû dire mais lui dire comme un fait avéré, j'ai pas eu d'discussion, d'échange, j'ai pas cherché à en avoir. » (P2)

b. Le gynécologue traitant

À l'inverse, plusieurs participantes ont **un lien fort avec leur gynécologue traitant**, auquel elles sont attachées et **envers lequel elles décident de rester « fidèles**.

« C'était quelqu'un de... j'allais dire bienveillant, c'est pas seulement bienveillant, c'était vraiment quelqu'un qui de de de sympathique [...] et 'fin voilà c'était un gentil bonhomme quoi, c'était vraiment quelqu'un de super sympa quoi. » (P2)

« J'aurais pu aller voir quelqu'un d'autre... Mais j'suis quelqu'un j'suis relativement fidèle donc euh j'suis fidèle à mes docteurs. » (P3)

Ce lien fort participe à la décision de poursuivre un suivi avec ce gynécologue **malgré les conditions imposées**.

« Il m'a dit que j'étais trop jeune, j'avais euh 33, 33 ans au moment où j'avais vraiment pris la décision, et il m'a dit non on en parlera dans 3 – 4 ans, on sait pas ce que l'avenir peut vous réserver, vous pouvez vous séparer, ou quoi que ce soit et avoir un désir de maternité, comme c'est irrémédiable on peut pas prendre la décision vous êtes trop jeune [...] c'est à partir de 36 ans. Avant 36 ans c'est pas autorisé. » (P3)

En effet, dans l'échantillon interrogé, **seuls les gynécologues traitants ont imposé des délais plus longs** (1 an, 4 ans) que celui prévu par la loi (4 mois). Les participantes opérées par un gynécologue n'assurant pas leur suivi ont pu bénéficier d'une contraception définitive dans le délai prévu par la loi.

Le gynécologue est parfois leur **seul interlocuteur**, dans lequel elles placent **une confiance complète**.

« Il m'a dit que lui il faisait plutôt des salpingectomies parce que c'était mieux justement vis-à-vis du risque de cancer ovarien que l'autre, je lui ai fait confiance. C'est son domaine c'est pas le mien, et s'il me dit que c'est mieux comme ça... » (P5)

La plupart des participantes n'ont **pas cherché d'autres informations** avant ou après la consultation, **ni cherché à avoir de second avis**.

« Non mais j'me suis pas renseignée... » (P3)

« Après j'aurais pu passer par d'autres moyens ! J'aurais pu aller voir quelqu'un d'autre... » (P3)

III – Le parcours médical de contraception définitive

1. Une expérience médicale négative

a. Un évènement déclencheur en lien avec la grossesse

Pour certaines participantes, c'est **une expérience de grossesse éprouvante** qui a précipité le parcours de contraception définitive.

Pour la première, en situation d'impasse contraceptive, c'est **une IVG très mal vécue**.

« Humainement c'est un autre dossier. C'est pas terrible hein. L'accueil humain de euh une femme qui vient pour une IVG c'est c'est hyper culpabilisant quoi. Ah ouais c'est très dégradant, très très dégradant, là on a l'impression de tomber au fond du trou quoi. Alors que bon... Ça va c'est pas un crime quoi. » (P1)

Pour la troisième, qui voulait plusieurs enfants, c'est **un accouchement compliqué et les problèmes de santé de son premier enfant**.

« J'ai eu un accouchement très difficile, donc ça m'a un peu refroidie, on va dire, mon fils a eu des problèmes de santé par la suite donc euh je j'me sentais pas... capable... de réassumer un parcours, non. » (P3)

Pour la sixième, en situation d'impasse contraceptive, les problèmes de santé de son dernier enfant ont été un argument de plus.

« J'ai eu ma dernière qui a eu aussi quelques soucis de santé en naissant en fait. C'était un bébé RGO [...] elle avait tout le temps l'œsophage qui brûlait etc. C'est très dur quand même à supporter... Voilà on aurait pas été un couple solide, j pense que ça aurait été compliqué quoi. » (P6)

Cette dernière a également souffert d'**une grossesse compliquée** et de **devoir accoucher par césarienne**.

« Ma p'tite dernière ça a été un peu compliqué, j'ai eu le placenta bas, en fait. Donc j'ai dû être alitée la moitié de la journée. Donc pas de travail, donc euh... ça a été un peu compliqué. [...] C'est les

césariennes que je vis pas forcément bien en fait. Déjà j'ai des césariennes systématiques parce que j'ai le bassin trop petit. Donc euh je savais que si y'avait un autre enfant, ça allait être encore césarienne et que j'aurais jamais la chance d'accoucher aussi naturellement donc euh... c'est quelque chose que j'avais pas forcément envie de revivre, en fait. » (P6)

Les participantes, marquées, prennent alors la **décision d'une contraception définitive**.

« C'est suite à cette IVG que s'est posée vraiment euh l'obligation de choisir une euh... contraception qui me convienne et qui soit fiable [...] peut-être que ça renforce justement le sentiment de culpabilité, un peu de honte, de pudeur, par rapport à ce qui s'est passé et du coup peut-être que ça facilite le choix derrière de dire « plus jamais ça » donc euh... prendre une décision radicale en termes de contraception. » (P1)

« Oui oui oui, il était hors de question pour moi de ravoir un enfant euh plus tard. » (P3)

b. Une première consultation douloureuse

Les autres participantes ont rencontré **une médecin ou gynécologue moralement opposé à la contraception définitive**.

« D'abord j'suis allée voir une gynéco [...] qui elle quand j'lui en ai parlé en fait s'est tout de suite braquée en disant : « Aucun médecin n'acceptera de vous faire ça ». » (P5)

Cette **consultation, vécue comme une déception ou une humiliation**, les a poussé à **mettre en place une stratégie pour ne plus vivre ça**.

« C'était une décision que j'avais quand même mûr... euh mûrement réfléchi depuis longtemps hein, et j'étais pas maître de mon corps j'me suis dit : « J'comprends pas pourquoi, j'ai des arguments qui étaient complètement corrects », je pense, et euh j'ai été un peu déçue quand même, j'ai été déçue. » (P3)

« J'me suis retrouvée comme une petite fille devant la maîtresse qui la gronde. » (P4)

« Elle m'a engueulée pendant toute la consultation donc euh j'étais pas forcément en très bonne disposition. » (P5)

« C'était quelqu'un déjà de très froid, et qui... comprenait pas du tout ma décision, en fait. [...] Il m'a dit : « Non c'est non, vous pouvez encore procréer enfin faire des enfants et... et on vous ligaturera pas les trompes, en fait ». Et ça a été vraiment non catégorique, en fait. J'étais pas écoutée en fait. J'étais pas du tout écoutée sur mon envie... Euh se faire opérer c'est pas rigolo et... Voilà, j'lui ai dit : « C'est vraiment un choix que je veux » et il m'a dit : « Faudra revenir quand vous aurez... quarante ans... ». » (P6)

Pour une participante, elle-même médecin, sa stratégie a été de parler de sa situation au médecin de ses enfants, qui a **mis à profit son réseau personnel**.

« Il m'a pas forcément fait de courrier, il m'a juste donné le nom de... d'un ami à lui en fait. » (P5)

Pour une autre, elle s'est tournée vers **un annuaire informel**, « [Gynandco](#) », créé par des patient·es pour faire une liste blanche de soignant·es féministes.

« J'suis allée voir la gynéco, que j'ai trouvé du coup sur le site Gyn&co. Parce que je savais que ça allait pas être facile et que j'allais pas pouvoir demander à tout le monde. » (P4)

Pour celle à qui son gynécologue lui a demandé de patienter « 3 ou 4 ans », elle lui **rappelle sa décision dès qu'elle en a l'occasion**.

« J'en parlais souvent, donc euh... pratiquement à chaque fois que je le voyais, tous les ans, j'lui disais « ça approche hein ! ». J'en remettais une couche oui, il me disait « oui mais pas maintenant ». » (P3)

2. Trouver le bon gynécologue

Ces stratégies ont permis de trouver le gynécologue qui a accepté leur demande.

Toutes les participantes se sont senties **vraiment écoutées, sans jugement**.

« Il m'a bien dit : « Même une heure avant l'intervention, si vous êtes plus d'accord ou quoi faut l'dire en fait », il m'a dit : « On peut tout annuler y'a pas de problème ». Donc voilà quelqu'un vraiment très à l'écoute. » (P6)

« Très très bien, il a pas spécialement posé de questions, juste le suivi gynécologique, une consultation normale quoi. J'ai dit mon souhait il m'a pas interrogée, y'a pas eu de questionnaire. Il a donné les informations on va dire légales sur les risques de l'intervention, sur l'existence de la vasectomie éventuellement pour monsieur, enfin des choses normales mais sans plus. Il m'a expliqué la procédure, avec les quatre mois de réflexion... Mais voilà, aucun jugement de valeur. Très bien. » (P5)

Avec le sentiment que **la maturité de leur décision était reconnue**, sans critère arbitraire tel que l'âge.

« C'était vraiment quelqu'un ouvert, même ouvert d'esprit finalement, parce que... Moi il m'a dit : « L'âge, peu importe, déjà vous avez quand même déjà trois enfants, vous avez du vécu, vous avez trois césariennes, 'fin voilà si vous êtes vraiment décidée y'a pas de problème ». » (P6)

L'attitude du gynécologue est jugée **professionnelle**.

« C'était judicieux et bien de sa part, et professionnel j'trouve, de d'attirer mon attention sur certaines choses qui pouvaient arriver et que peut-être justement m'éviter des regrets après, pour le coup, au cas où quoi. » (P2)

La méthode chirurgicale n'est pas discutée et l'allongement du délai de réflexion n'est pas contesté.

« Et c'est lui-même qui m'a tout de suite proposé Essure, de façon euh assez euh [marque une pause] franche quoi ? » (P1)

« Le gynéco nous disait que des fois y'a des risques de cancer ovarien quand on faisait juste la ligature, ça favorisait le risque de cancer ovarien, donc il préférait virer complètement les trompes à priori y'a moins de risque avec ça. » (P5)

« Il m'a demandé d'attendre une année pour être certaine que au cas où y'aurait mort subite du nourrisson, pour que je sois pas coincée après pour avoir un autre un autre enfant [...] effectivement j'étais pas à un an près malgré tout, j'ai pris ma pilule pendant un an supplémentaire, c'était pas un souci. » (P2)

3. Un délai de « réflexion » bien vécu

Une fois la demande acceptée par le chirurgien, la loi française prévoit un délai de réflexion de 4 mois.

Soulagées d'avoir été entendues, l'attente est vécue positivement.

« J'attendais gaiement quoi. J'étais un peu impatiente sur la fin. Mais après les quatre mois ils sont passés tranquillement quoi. » (P4)

Cela est perçu comme **une simple formalité**.

« Je savais que ça faisait partie de la procédure. Première consultation, quatre mois de délai, deuxième consultation, donc euh...C'était assez neutre pour moi. » (P5)

Mais l'attente est parfois vue comme **une contrainte supplémentaire**.

« J'avais même vraiment hâte, j'me suis dit : « Mais dis donc 4 mois c'est long en fait ! ». [...] Finalement on se remet beaucoup en question quand ils nous disent il y a quatre mois de réflexion, bah c'est à ce moment-là qu'on se pose le plus de questions j'ai l'impression. » (P6)

4. L'opération

Réalisée en ambulatoire, la chirurgie est vécue comme **un geste bref, simple**.

« Une opération sous cœlioscopie, très rapide, hein. » (P4)

« Bah très bien, ça a été fait en ambulatoire. Donc j'suis entrée le matin j'suis ressortie le soir. Donc euh voilà ça s'est bien passé. » (P5)

« Oui presque anodin, presque presque presque, sous anesthésie générale mais, presque anodin puisque j'veus dit tout s'est bien passé. » (P3)

L'équipe soignante travaillant avec le chirurgien **est idéale** sur le plan humain.

« Tout au long du parcours sauf au début, tout le monde a été comme je voulais. Voilà. J'avais pas de questions, et personne m'en a posées c'était exactement ce que je voulais. » (P4)

« L'équipe à l'hôpital était vraiment très bien, j'trouvais, m'a accompagnée au bout jusqu'au bloc, être très rassurant, si vous avez des questions... Aucun souci là-dessus. » (P5)

IV – Conséquences et changements

1. Des effets indésirables bénins et bien vécus

Dans les suites immédiates de la chirurgie, plusieurs participantes ont vécu **des complications plutôt bien tolérées**, comme :

- des douleurs post-cœlioscopie (secondaires à l'insufflation de gaz dans l'abdomen),

« J'ai eu des douleurs post-cœlio donc des épaules et tout pendant j'sais pas deux jours pas plus. » (P4)

- une infection des fils de suture,

« J'ai juste eu une petite infection au niveau des fils, à la peau, mais bon voilà après antibiotiques, enlever les fils et c'était bon quoi. » (P5)

- des douleurs post opératoires plus longues,
« J'ai un petit peu douillé quand même parce que j'ai eu quand même mal [...] un bon mois [...] mais en [en comparaison avec] mes règles, vu les douleurs que j'ai, celles-ci elles étaient vraiment anodines hein, elles étaient très supportables, j'ai même pas pris de médicament. » (P3)

- une hypertrophie des cicatrices.
« Les cicatrices de cœlio j'm'en suis pas très bien occupée, enfin j'ai mis la crème qu'on m'a donnée et euh mais j'voyais pas trop la différence, et en fait elles sont restées un peu chéloïdes pendant pas mal de temps, c'est que assez récemment [au bout d'un an] qu'elles se sont vraiment tassées et qu'elles sont devenues un peu plus plates. » (P4)

Ainsi qu'un effet inattendu, dont une aurait souhaité être prévenue, la **disparition du nombril**.
« Je savais pas que quand tu faisais une cœlio eh bah en fait t'avais ton nombril, il n'existe plus en fait. Et genre en fait j'ai été assez surprise de ça. [...] Après la cœlio, eh bah ça fait vraiment un trou où j'pouvais mettre mon doigt dedans. C'est hyper ridicule j'm'entends parler, mais en fait ça m'a un peu j'me suis dit un peu « merde, on m'a pas dit ! » quoi. Et donc du coup c'est bah des fois je mets mon doigt dans mon nombril et j'dis « putain bah j'ai plus d'nombril quoi ! ». » (P4)

2. Une libération et vers un renouveau

Toutes les participantes décrivent un **sentiment de soulagement**, de **libération**.
« Ah moi ça a été un soulagement ! Un soulagement de... de... comment dire... c'était sécurisant, en termes de qualité de contraception, c'était du 100%. » (P1)
« Après j'ai dit : « Oh ! J'suis libérée, enfin ! ». » (P6)
« Donc euh c'est quelque chose que aujourd'hui je vis très très bien, parce que c'est quand même hyper libérateur [...] c'est quand même vachement soulageant. » (P4)

L'une d'elles a pu ressentir un bref **doute sur l'efficacité** de l'opération.
« C'est simplement ça j'me suis posé la question. Et puis quand j'ai vu au fil des mois que... y'avait pas de grossesse j'me suis dit bon ben... oui ça marche. » (P3)

Toutes finissent par se sentir enfin en **sécurité vis-à-vis d'une grossesse imprévue et protégées des effets indésirables**.
« J'étais soulagée et c'était mais terminé quoi. La question de la contraception, euh les risques de désir [se corrige] euh de grossesse non désirée tout ça c'est un chapitre c'était derrière ça. Comme une page qui se tournait. » (P1)
« Et puis je savais qu'il n'y aurait plus d'effets secondaires. » (P1)

Les **difficultés de la parentalité semblent derrière soi**.
« Plus le temps passe et plus je vois mes enfants grandir et plus j'suis contente de m'dire que j'suis... 'fin voilà que j'sois plus confrontée aux tout p'tits bébés, avec les bibis les couches les machins donc non. » (P5)

La **contraception est enfin démedicalisée**.
« Pour plus prendre de comprimés, déjà aussi, à la base, parce que ça reste quand même un médicament, hein, la contraception. » (P3)

Deux participantes évoquent le souci de **préserver leur rapport au corps**.

« J'ai un rapport à mon corps aussi qui a beaucoup changé entre il y a dix ans et aujourd'hui. [...] Mais un truc de se dire « tain mais mon corps il va changer et j'ai pas du tout envie de ça ». » (P6)

« On s'sent quand même femme, c'est pas le fait de... de n'plus avoir de n'plus pouvoir avoir d'enfant qu'on n'est pas femme. On a nos règles quand même. [...] J'me sens toujours femme pareil. Ça n'a absolument rien changé. » (P3)

Toutes les participantes parlent d'avoir pu tourner la page, **passer à une autre d'étape de vie**.

« C'était une autre étape quoi. [...] J'passais à autre chose. » (P2)

Se savoir définitivement contraceptée a permis de **se recentrer sur soi** et un **retour à la vie de couple**.

« Une nouvelle vie oui oui, retrouver un peu celle d'avant ! Y'a un moment où on est maman, un moment où on est femme. » (P3)

« Nous on a envie aussi de profiter, aussi, de notre vie... de couple. Et pas que de parents en fait. » (P6)

3. Suivi gynécologique après la stérilisation

N'étant plus contraintes à la périodicité des renouvellements de contraception, **certaines participantes relatent un espacement voire un arrêt du suivi gynécologique**.

Les causes sont multiples, car y participent également la désertification médicale avec le départ en retraite du gynécologue traitant (2 cas) et des déménagements en zone rurale sous-dotée (2 cas).

Ce changement d'habitude peut être vécu sur le mode de la culpabilité, avec **la crainte d'être vue comme une mauvaise patiente**.

« Elle a pris sa retraite et euh donc j'ai jamais, j'ai jamais reconsulté euh depuis euh depuis plus de dix ans maintenant [...] ici [en semi-rural] j'ai pas retrouvé de gynécologue. Et donc j'avais juste le suivi des frottis... à l'hôpital. Mais c'est pas pareil qu'un gynécologue en ville, en libéral quoi. [...] Comme y'a pas de prescription, euh, je ne... je n'ai pas à retourner voir un gynécologue et du coup j'ai tendance à laisser, j pense, trop de temps, y'a quand même les frottis à faire, y'a une surveillance à faire... Et ça c'est moins bien fait que du temps où j'allais régulièrement voir une gynécologue pour avoir mes prescriptions de contraception, tout ça. Du moment où on en passe par la stérilisation, le suivi gynécologique est moins... » (P1)

Cette modification est **source de responsabilisation et d'autonomisation** concernant leur suivi.

« Ça repose de ma volonté, faut y penser, faut se dire « tient ça fait combien d'années que j'ai pas fait un frottis ? » et au final euh y'a personne qui va me rappeler en disant : « Attention c'est le moment ! ». » (P1)

Pour l'une d'entre elles, au contraire, qui avait interrompu son suivi gynécologique à la naissance de son dernier enfant, **la stérilisation a été l'occasion de reprendre un suivi régulier**.

« Du coup je continue à voir le gynéco qui m'a opéré. » (P5)

4. Garder le silence malgré l'effet positif

Bien qu'ayant souffert de ne connaître aucune femme ligaturée, les participantes **gardent le silence** sur leur démarche à leur tour.

D'une part, pour **se protéger des critiques et des questions intrusives**.

« Enfin c'est pas la honte, mais moi j'ressentirai du malaise à leur dire ça, parce que je sais que ça va poser plein de questions [...] Parce que j'ai un peu peur des réactions. J'ai un peu peur d'être vue comme une marginale. » (P4)

D'autre part, car c'est un sujet perçu comme **intime** et relevant d'**une décision** et d'**une démarche personnelle qu'il ne faudrait pas influencer**.

« Si quelqu'un aborde le sujet avec moi y'a pas de soucis hein je vais je vais lui en parler, mais après c'est pas moi qui vais demander à quelqu'un « bah toi t'es ligaturée ou... ? ». Non parce que ça reste intime [...] ça nous regarde pas ce que les gens font de leur vie, de leur corps... » (P3)

« Non parce que j'veux pas influencer, c'est une décision personnelle. Je pense qu'une femme doit prendre cette décision en son âme et conscience et pas être influencée par quelqu'un d'autre. » (P3)

Plusieurs participantes déclarent pourtant avoir **l'envie d'en parler**.

« Si ça s'trouve là dans mes collègues y'en a une ou deux qui ont ce désir-là ou qui l'ont fait et j'en sais rien, en fait. C'est c'est c'est juste j'aimerais trop en parler avec elles, j'aimerais trop leur dire que voilà je me suis fait... j'ai fait ça et voilà ça m'a libérée et que je suis bien et tout. Mais la peur de leur réaction ou la peur de l'incompréhension, bah prend le dessus. » (P4)

« Et finalement bah voilà quelqu'un qui te dit : « J'ai envie de me faire ligaturer », nous quand on a réussi à le faire ben là on a envie de se dire : « Voilà, tu peux le faire ! » en fait. Et finalement elle me dit « ça fait du bien de trouver quelqu'un de de ton du même âge et pour en parler quoi ». » (P6)

Une participante a pu **en parler avec ses amies**, qui ont à leur tour débutées une réflexion sur le sujet.

« Je crois que j'ai deux trois copines qui ont qui se sont lancées aussi. Après je sais pas si l'intervention a été faite ou pas. Qu'avaient dit que ça les intéressait et qui allaient peut-être y réfléchir. [...] Peut-être que le fait de savoir que moi j'l'ai fait ça a pu lancer la réflexion. » (P5)

Une des raisons amenant à garder le silence est une **culpabilisation vis-à-vis des femmes infertiles**.

« Dans le même temps j'avais ma sœur qui était dans un parcours de euh... PME (sic) et donc c'était euh c'était pas du tout cohérent avec son parcours à elle. [...] Je sais même pas si au jour d'aujourd'hui elle est au courant ma sœur, que euh que j'ai traversé ça euh il y a dix ans. » (P1)

« Là j'travaillais avec une ATSEM, qu'a trente ans et qui n'a pas d'enfants. [...] Je soupçonne qu'elle a des soucis en fait pour en avoir parce que voilà elle m'en parle un peu mais vaguement. Et donc voilà j'ai pas envie de lui dire « j'me suis fait ligaturer ». Parce que je me dis : « Mince ça s'trouve elle arrive pas à avoir d'enfant et moi euh... » et euh je sais pas j'ai pas envie d'aborder le sujet avec elle en fait. » (P6)

Aborder le sujet en famille a été source d'**appréhension**, qui s'est **vite dissipée** une fois le parcours réalisé.

« Y'a très culturellement la culture de « il faut se marier, avoir des enfants », c'est des choses qui sont assez naturelles dans la vie d'une femme. J'ai un petit peu appréhendé, j'étais pas très joueuse, et au

final j'crois que mon père lui en a reparlé derrière parce que ça s'est plutôt bien passé... En fait une fois que c'était fait, une fois qu'il y avait pas trop de retour en arrière possible, bah les gens se sont dit : « Bah pfff ok bah c'est fait d'façons maintenant c'est comme ça, c'est pas ça ne change pas qui tu es et ce que tu fais de ta vie ». » (P4)

5. Aucun regret persistant

Le regret, crainte majeure de l'entourage familial et médical, est ici presque absent, sinon **seulement fugace**.

Il est ressenti dans des occasions particulières, comme la **mise en couple avec un nouveau compagnon**.

« Et c'est vrai que j'en ai aucun regret, mais le fait de changer de conjoint euh avec mon nouveau mari, [...] on a pensé à un moment bon on savait que c'était pas possible mais il est pas exclu que si j'avais pas eu ça, on ait eu un enfant à ce moment-là. » (P2)

Une **naissance dans l'entourage** pouvait réactiver ce sentiment de regret.

« J'ai p't-être eu à une ou deux reprises un petit sentiment de de... comment dire. L'impression d'avoir fait une connerie quand même. [...] C'est un sentiment qui est arrivé à deux moments principaux, c'est quand des copines ont eu des bébés, voilà. C'était assez évident que je me pose cette question à ce moment-là et puis en fait c'est très très vite reparti. » (P4)

Les participantes qui traversent des épisodes de regret **restent satisfaites de leur décision**, évinçant ce sentiment **en repensant aux difficultés qu'elles ont pu vivre avec leurs enfants**.

« Aujourd'hui on a AUCUN regret au contraire hein euh mes enfants sont élevés, euh on se verrait pas avec un ado encore maintenant... On est contents que ça soit fait [rit] y'a pas de regret par rapport à ça. » (P2)

« Des fois j'ai quand même cette envie de grossesse, mais j'me dis : « Mais nan » enfin ça reste pas déjà tout le temps dans notre ventre. Parce que finalement on pourrait en faire plein comme ça mais les enfants grandissent et y'a autre chose après en fait. Euh... faut pouvoir suivre, hein. Et ça j'trouve ça très compliqué, en fait. » (P6)

Pour la participante nullipare, deux réflexions lui ont permis d'avancer en écartant le risque de regrets :

- d'abord celle de **chercher son bonheur autrement que dans la parentalité**

« On s'est dit mais en fait on peut vivre plein d'autre moments forts qui soient pas dépendants... enfin qui soient pas engageants comme avoir un enfant, quoi. » (P4)

- et celle de **repenser la notion de « faire famille »**.

« Le fait d'être géniteur biologiquement, ne fait pas... c'est pas ça qui fait une famille. Une famille c'est autre chose. Ça peut être d'autres liens, ça peut être deux personnes avec un chien bah c'est déjà une famille, quoi. [...] Moi j'me suis dit on peut réinventer un petit peu les schémas familiaux, les schémas de bonheur familial ou avec une personne ou plusieurs et plusieurs genres et plusieurs sexes, et des animaux pourquoi pas, et voilà. Pour moi ma famille c'est moi et mon chien, quoi. » (P4)

Si **regrets** il y a eu, ceux-ci sont surtout **exprimés par les proches**, comme les enfants ou un nouveau conjoint

« Après effectivement le plus petit des fois il me dit qu'il aurait aimé avoir un petit frère ou une petite sœur et j'ai lui dis que c'est plus possible et que de toute façon même si ça avait été possible il y en aurait pas eu. Mais euh voilà c'est pas un sujet plus que ça. » (P5)

« C'est surtout mon mari qui parfois dit encore, même s'il a pas de regret, euh « j'aurais bien aimé voir ce que ça aurait fait un enfant de nous deux ». » (P2)

6. Un vécu difficile du retour aux cycles naturels

Deux participantes, qui avaient jusque-là bénéficié d'une contraception hormonale, ont découvert que leurs **cycles** étaient particulièrement **douloureux** et **hémorragiques** une fois la stérilisation effectuée.

L'une a dû **reprendre la pilule** progestative, qui n'a pu apporter de soulagement.

« Ils m'ont donné une un p'tit comprimé pour pas être malade, parce que moi j'suis très malade quand j'ai mes règles, et euh ça a pas marché. [...] C'était la catastrophe, oui oui. Oui oui. Donc j'ai arrêté et puis bah maintenant voilà, quand j'ai mes règles et puis j'ai mal au ventre et on fait avec. » (P3)

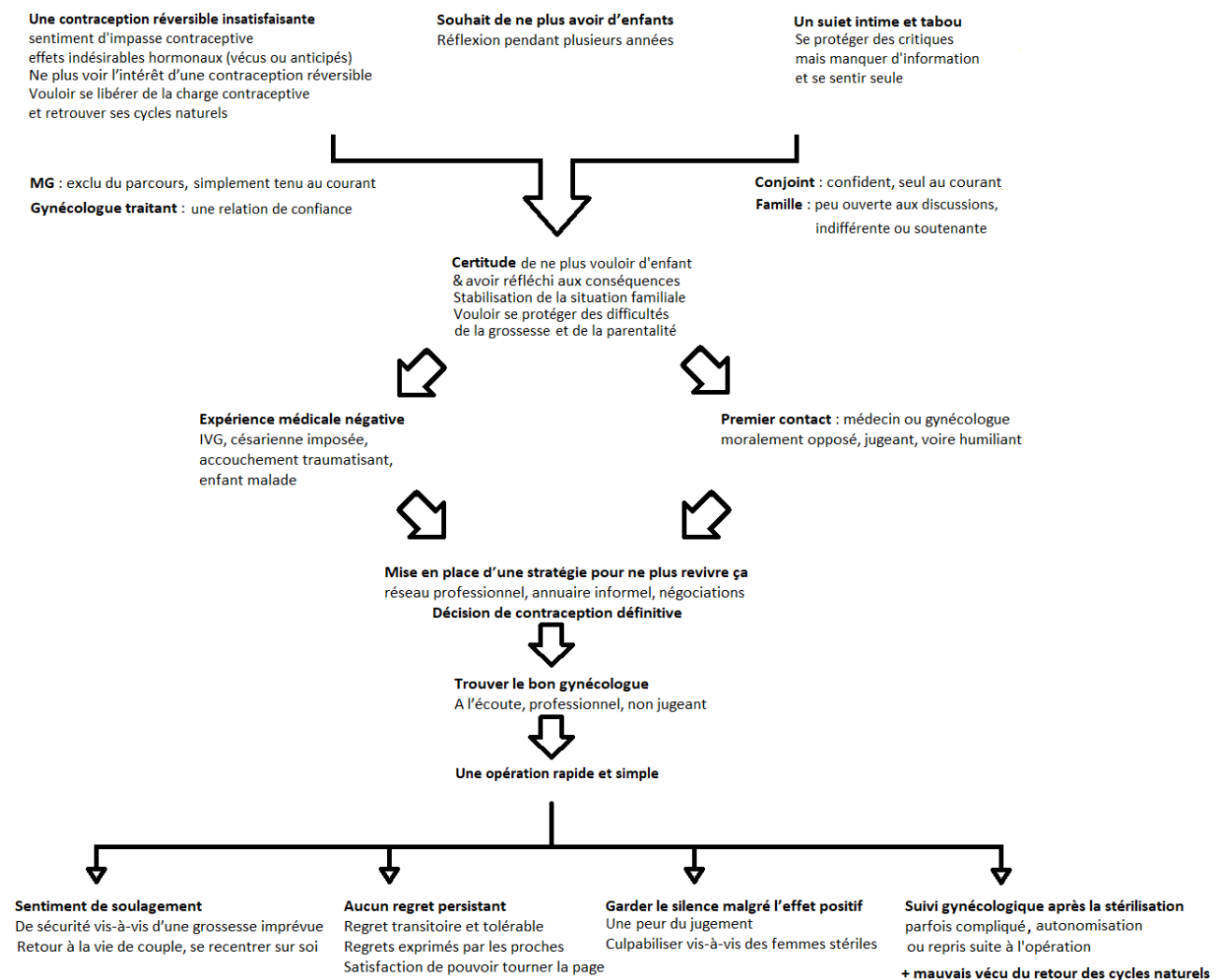
L'autre, refusant de reprendre « la pilule », s'est vue **proposer une chirurgie** par thermocoagulation de l'endomètre (non réalisée au jour de l'entretien).

« J'vais m'faire opérer à nouveau parce que du coup bah mon cycle est devenu naturel mais en fait j'ai des règles très... hémorragiques en fait. Donc euh c'est... ça me fatigue énormément. [...] C'est que j'connaissais pas avec la pilule avant. [...] Quand j'suis en hémorragie euh... 'fin aller au travail c'est très compliqué. 'Fin j'ai dû même l'expliquer aux maîtresses avec qui je travaille parce que je quitte la classe en fait. J'suis obligée d'aller me changer donc euh... voilà. J'ai expliqué etc donc euh... Voilà ils vont m'opérer quoi. » (P6)

Discussion

I – Résultats principaux et thèmes saillants

1. Schématisation du vécu du parcours



Grâce à cette modélisation résumant les vécus partagés par la majorité des participantes, on constate que le parcours de contraception définitive peut être divisé en deux temps.

Un premier temps de réflexion, qui se construit sur plusieurs années jusqu'à la certitude de la décision. Le temps joue dans cette réflexion un rôle de renforçateur, confirmant le souhait de passer à une autre étape de vie.

La difficulté à trouver une contraception à la fois efficace et sans effets indésirables amène les participantes à conclure qu'il n'y a pas de meilleure alternative que la contraception définitive.

La réflexion se fait seule ou au sein du couple, tant le sujet paraît tabou en société.

L'entourage, le gynécologue traitant et parfois les témoignages d'autres personnes stérilisées viennent compléter une réflexion personnelle déjà bien avancée.

C'est un évènement médical négatif qui vient motiver l'action. Qu'il s'agisse de difficultés médicales (un enfant demandant beaucoup de soins, une IVG réalisée par des soignants moralisateurs)

ou d'une première consultation chez un-e médecin choisi-e au hasard qui juge et blesse, ce déclencheur subi amène les participantes à chercher activement à ne plus le revivre.

Le deuxième temps du parcours est celui débutant par la rencontre avec le gynécologue qui accepte la demande. Ce premier rendez-vous, vécu très positivement, donne l'impression d'avoir enfin été entendue et comprise. Le reste du parcours se déroule alors sans difficultés, dans une forme d'impatience et de contentement. Le geste chirurgical prend très peu de place dans le récit du vécu, tant il est bref et simple.

Après des complications bénignes et résolutives, prédomine un sentiment de libération, de pouvoir enfin passer à une nouvelle étape de vie en laissant derrière soi la charge contraceptive et l'angoisse d'une grossesse imprévue. Le regret n'est pas tabou, celles qui en parlent font état d'un sentiment fugace et très supportable, vite éclipsé par le soulagement et la conviction d'avoir fait le bon choix. Le retour de règles hémorragiques mal tolérées vient pour certaines nuancer le résultat. Malgré la satisfaction ressentie, il reste difficile d'aborder le sujet et la plupart évitent d'en parler de crainte d'être jugée, entretenant le silence autour de la contraception définitive.

2. Concept d'impasse contraceptive

En analysant chaque situation où la participante ressentait un sentiment d'impasse contraceptive, on remarque qu'il s'agit bien d'un sentiment et non d'une réalité matérielle. En effet, plusieurs alternatives étaient possibles mais n'ont pas été essayées. Les participantes n'étaient soit pas informées que ces alternatives existaient, soit leur gynécologue les leur refusait, et elles ont dû chercher seules une solution.

Ces données sont compatibles avec les études relevant le manque d'information des patientes (citées ci-dessus) et celles mettant en évidence une absence d'information systématique sur la contraception définitive en consultation par la majorité des médecins et gynécologues interrogés. On retrouve ainsi un taux de médecins n'abordant pas systématiquement le sujet entre 78.9% (Romero⁹, 2014) et 95.7% (Denis²⁶, 2014).

Conformément aux recommandations de 2019 de la HAS, il paraît raisonnable d'à la fois souhaiter que la contraception définitive soit présentée comme une possibilité, mais également que toutes les contraceptions réversibles aient été présentées et proposées. Le choix de contraception serait alors fait de manière plus éclairée et le sentiment d'impasse pourrait être limité.

3. L'exclusion du médecin généraliste

Il paraît intéressant de relever que la totalité des participantes n'a eu d'échanges médicaux qu'avec son gynécologue traitant. Le médecin généraliste y fait figure d'intervenant ponctuel, pour les épisodes aigus et le sujet de la contraception définitive n'est abordé que lorsque la décision est prise. Aucune participante n'a fait mention d'un recours aux sages-femmes, pourtant potentiellement responsables du suivi gynécologique et contraceptif depuis 2009²⁸.

Étant donné la raréfaction des gynécologues médicaux et le report du suivi gynécologique vers les sages-femmes et les médecins généralistes, on peut faire l'hypothèse que ces dernier-es vont prendre une part de plus en plus importante dans l'initialisation du parcours de contraception définitive. Du point de vue des généralistes interrogé-es dans le travail de thèse de Céline DELOBELLE²⁷,

les MG ont un rôle central à jouer, de par leur devoir d'information et un suivi propice à la connaissance de la patiente, au soutien de sa réflexion et à la création d'un lien de confiance. La loi⁵ stipulant que le premier entretien d'information doit être réalisé par un-e médecin, sans mentionner explicitement le ou la gynécologue responsable de l'intervention chirurgicale, on peut imaginer des parcours où un-e médecin généraliste ferait cette consultation initiale en coordination avec un-e gynécologue, permettant de dégager du temps médical et de coordonner le parcours de soins. Une révision de la loi de 2001 serait nécessaire pour que ce premier entretien puisse être réalisé par des sage-femmes.

4. Lutter contre l'ignorance

Le tabou en société, le manque de connaissances sur la contraception définitive, l'absence d'information par leur gynécologue et le fait de ne connaître aucune femme ligaturée alimentent une ignorance autour du sujet.

Dans notre travail, on remarque que la participante la mieux informée, médecin, a pu mettre à profit ses connaissances pour vivre le parcours d'une façon neutre, très peu chargée émotionnellement.

Ces données sont congruentes avec l'état des lieux des pratiques contraceptives de la HAS¹⁸ (citant le manque d'informations parmi les freins à une contraception adaptée) et les travaux de thèse de Virginie Hallès¹² (53,5% des femmes ne se sentent pas assez informées) et de Noémie Servasier²⁹ (les participantes ressentent un manque d'information complète, accessible et adaptée).

Ce constat nous amène à penser qu'une information diffusée à large échelle pourrait permettre d'amorcer une levée du tabou et de favoriser l'émergence de discussions entre les personnes concernées, leur gynécologue et leur médecin.

II – Forces, faiblesses et perspectives de l'étude

1. Scientificité et utilité

Ce travail est original dans la mesure où aucune recherche ne s'était portée sur le vécu du parcours de contraception définitive. Il a pu permettre l'émergence de concepts comme le sentiment d'impasse contraceptive.

L'approche qualitative est la plus adaptée pour explorer un vécu jusque-là inconnu. Le choix de l'analyse interprétative phénoménologique est pertinent dans l'étude de vécus singuliers partageant une expérience commune afin de faire émerger des concepts transversaux.

La qualité des entretiens a été assurée par une formation préalable de l'investigateur aux techniques de communication (attitude de neutralité empathique, questions ouvertes, reformulation interprétative, relances et reflets), par la passation d'entretiens en tant que participant, par des conditions d'entretien idéales (au domicile et sans limite de temps quand cela était possible) et un guide d'entretien suffisamment souple. La formulation des questions et des relances a été faite de manière à ne pas suggérer une réponse à la participante. Lorsque cela a pu être le cas (relance interprétative) les participantes ont pu répondre par la négative ou préciser leur pensée, limitant le risque de surinterprétation.

La pertinence des résultats a été vérifiée par un retour sur le terrain via un échange avec une des participantes à qui le schéma avait été préalablement transmis, confirmant la cohérence du modèle proposé par rapport à ses représentations.

On peut faire l'hypothèse que ce travail de recherche sera utile aux personnes en cours de parcours de contraception définitive, afin de comparer leur vécu et sortir du sentiment de solitude. Il pourra également permettre aux médecins d'améliorer leurs pratiques dans l'accompagnement des patientes vers la contraception définitive, en réaffirmant notamment leur rôle dans le suivi gynécologique.

2. Population étudiée

Bien que l'échantillon ne fût pas tenu d'être représentatif de la population concernée, il est intéressant de noter quelques particularités.

a. Prédominance des métiers du domaine de la santé

La prédominance des métiers du domaine de la santé chez les participantes nous interroge. En effet, la moitié des six participantes sont soignantes : 2 sont médecins, une est infirmière. Plus largement, 5 participantes sur 6 travaillent dans les métiers dits de « care »³⁰ puisqu'une est accompagnante auprès d'élèves en situation de handicap, et la seconde est aide à domicile. La dernière ne travaille pas dans le soin mais est mariée avec un pharmacien d'officine.

Plusieurs participantes évoquent les bénéfices de leur statut de soignantes : réseau professionnel, connaissances sur les méthodes de contraception et sur les critères habituellement attendus par les gynécologues pour une stérilisation. On peut faire l'hypothèse que ce savoir leur a permis de passer des obstacles que d'autres femmes moins informées n'ayant pu aller au bout du parcours. Une étude qualitative interrogeant des femmes non-soignantes pourrait faire émerger un vécu différent.

b. Âge de stérilisation et refus

L'âge moyen à la contraception définitive est dans notre étude de 34.8 ans (âge médian : 35 ans).

La thèse de Marion COMBLET³¹ retrouvait un âge moyen de contraception définitive (Essure) à 41,1 ans (patientes opérées entre 2005 et 2011). Un éditorial de la revue Gynécologie Obstétrique & Fertilité, écrit par Pr Henri MARRET, cite également un âge moyen de pose d'Essure à 41 ans en France³².

La thèse de Catherine THEBAULT – LE ROHELLEC¹⁵ interrogeait 37 des 45 gynécologues de Loire Atlantique pratiquant la contraception définitive féminine en 2012, questionnant l'usage de critères tels que l'âge ou la parité. Il en ressortait que 59.5% des gynécologues utilisaient un critère d'âge pour accepter une demande de contraception définitive, le seuil le plus fréquemment utilisé étant 35 ans.

La moitié des participantes interviewées est donc en dessous de l'âge à partir duquel la majorité des gynécologues acceptent d'opérer. Cela concorde avec le vécu de ces 3 patientes. Deux d'entre elles ont particulièrement mal vécu la première consultation de demande de contraception définitive face à un refus vécu comme non justifié.

La troisième a aussi mal vécu ce refus, puisqu'enceinte de son dernier enfant lors de sa demande (33 ans), il lui a été opposé que son nouveau-né pourrait mourir et qu'elle regretterait de ne pas pouvoir le remplacer.

c. Âge des participantes

Les participantes sont âgées de 30 à 57 ans, avec un âge médian de 39.5 ans. Selon le baromètre Santé Publique France de 2016¹ seules 4.5% des femmes de 39 ans utilisent la contraception définitive, contre 8.7% des 40-44 ans et 11% des 45-49 ans. Une des forces de ce travail est donc d'avoir pu interroger des participantes sur une grande variation d'âge et d'avoir pu recruter des participantes stérilisées jeunes malgré leur faible prévalence en population générale.

d. Nulliparité

La présence d'une participante nullipare a permis de mettre en évidence plusieurs différences dans le vécu du parcours.

Tout d'abord, une réflexion plus longue (quinze ans) et plus précoce, l'absence d'impasse contraceptive, une conscience plus forte d'affronter un interdit, un sentiment de solitude exacerbé, une opposition de l'entourage plus marquée et enfin l'impossibilité d'en parler qui renforcent un sentiment de vulnérabilité et rendent d'autant plus pertinent la place d'un-e médecin traitant-e ouvert-e et bienveillant-e sur la question. S'y ajoutent des questionnements sur le changement du rapport au corps, la crainte du regret d'être mère, une opposition entre présent (qualité de vie) et futur (hypothétique regret impossible à prévoir) et des questionnements sur des alternatives à la famille nucléaire traditionnelle qui n'apparaissaient pas dans les autres entretiens. La notion d'évènement déclencheur était moins présente, la décision étant plutôt prise lorsque la situation (entourage préparé, couple stable et affirmé, situation professionnelle assurée) s'y prêtait le mieux.

Un très récent sondage de l'institut Ifop³³ révèle que 30% des femmes de 18 à 49 ans en capacité de procréer ne veulent pas d'enfants, un chiffre multiplié par 6 entre 2006 et 2022. De plus, une étude de 2020³⁴ sur les demandes de contraception définitive des femmes de moins de 35 ans relève l'importance de considérations d'ordre écologiques dans leur choix de stérilisation. En effet, 20.3% motivent leur choix en citant le changement climatique et l'impact écologique d'une naissance.

Devant l'émergence des concepts spécifiques cités ci-dessus et l'évolution sociétale autour du non-désir d'enfant, il paraît pertinent d'étudier les parcours de contraception tubaire des personnes nullipares afin de mieux cerner leurs particularités et leurs besoins d'accompagnement.

3. Biais

a. Biais liés à l'investigateur

Malgré l'invitation en début d'entretien à se sentir libre d'aborder sans crainte de jugement tous les sujets, la position sociale de l'enquêteur (perçu comme homme, médecin, blanc, de classe aisée, sans handicap) a pu influencer le discours des participantes. Il est probable qu'un même travail de recherche mené par une personne d'un autre profil social aurait donné des résultats différents.

Il serait notamment intéressant d'analyser les échanges que les patientes ont pu avoir entre elles dans des situations plus horizontales telles qu'un groupe de parole, forum, réseaux sociaux ou bien d'utiliser la méthode de focus group.

Plusieurs stratégies ont pu être développées lors des entretiens afin de réduire l'impact de ces facteurs : entretiens au domicile des participantes plutôt qu'en cabinet médical, vêtue « décontractée » non professionnelle, adaptation du questionnaire sur un format « discussion », développement d'un lien de confiance à l'aide de techniques de communication (neutralité bienveillante, écoute active, reformulations, validation du ressenti), information de confidentialité et d'anonymat complets, possibilité de retirer son consentement à tout moment (y compris une fois l'entretien terminé), garantie de pouvoir tout entendre sans jugement, transparence vis-à-vis de l'objectif de l'entretien, de l'enregistrement et de la relecture des transcrits.

Au fur et à mesure de la passation des entretiens, il est apparu que plus la discussion approfondissait des sujets initialement impensés (liens avec les autres soignant-es, sentiment d'isolement, rapports avec les collègues de travail...), plus l'entretien devenait informel (discussion plutôt que questionnaire) et plus le rendu devenait riche d'informations et de précisions. La manière de conduire l'entretien, rebondissant sur des sujets abordés spontanément par les participantes tout en s'éloignant du questionnaire initial, a pu permettre le développement d'autres axes d'analyse que ceux initialement pensés, sans qu'il soit possible de les détailler dans un questionnaire final (chaque entretien dépendant ainsi des thèmes abordés par la participante). De cette façon, les participantes ont orienté la discussion vers des sujets qui n'avaient été initialement pas anticipés et permettant de conclure à des résultats plus proches du vécu réel des participantes.

b. Biais de mémorisation

Un défaut de mémorisation du vécu des événements remontant à plusieurs années a pu entraîner un biais d'information.

Une façon de diminuer ce biais aurait pu être de ne recruter que des personnes ayant eu une stérilisation dans l'année précédente. Ce critère n'a pas été retenu afin d'explorer une plus large diversité de parcours.

c. Biais d'analyse

Bien qu'ayant réfléchi à ses propres *a priori* à l'aide des « 7 questions » (Annexe 3), l'investigateur a pu surestimer l'impact de certains événements relatés par les participantes ou bien ignorer certaines expériences pourtant marquantes pour les participantes. Un codage intégral a pour cette raison été réalisé, afin de ne pas omettre des parties de verbatim significatives. La méthode de codage a été affinée à l'aide d'échanges avec plusieurs internes en cours de rédaction d'une thèse qualitative, et validée par la directrice de thèse. Une triangulation par confrontation au codage d'autres chercheurs indépendants n'a pu être pratiquée en raison de contraintes temporelles.

Une façon de diminuer la subjectivité de l'analyse aurait été de pratiquer un double codage pour tous les entretiens.

d. Biais de désirabilité sociale

Ce biais est défini par le fait de vouloir se présenter sous un jour favorable (Hays, 1989) et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir (Fisher, 1993).

Plusieurs participantes ont pu donner une image de « bonne patiente », c'est-à-dire observante, respectant les prescriptions du gynécologue sans chercher de deuxième avis, considérant que l'avis du soignant prime sur le sien, ne le questionnant pas, adhérant à la culture du suivi gynécologique et à la norme procréative³⁵.

On peut faire l'hypothèse que le fait d'être interrogées par un médecin a pu amener les participantes à adapter leur discours en fonction des attentes supposées, à minorer les expériences négatives ou les critiques du monde médical.

4. Perspectives

a. Pour la recherche

- Vécu des parcours de stérilisation volontaire des femmes nullipares

La participante ne voulant pas d'enfant décrit un parcours en partie différent des autres. Une étude portant uniquement sur des personnes sans enfant permettrait d'approfondir les spécificités de leur parcours de contraception définitive afin de mieux cerner leurs besoins d'accompagnement

- Vécu des parcours de contraception tubaire définitive interrompus

L'objectif de notre recherche étant d'étudier le vécu du parcours complet de contraception définitive, les personnes ayant interrompu leur parcours n'ont pas été incluses. Devant la complexité du parcours mise en évidence par ce travail, il semble probable que certains parcours n'aient pu aboutir, soit suite à un changement d'avis, soit faute de médecin acceptant la demande ou tout autre obstacle qu'il reste à découvrir dans une étude dédiée.

b. Pour la pratique

- Suivi gynécologique

Comme constaté dans les différents entretiens, le suivi gynécologique des femmes ayant réalisé un parcours de contraception définitive peut être sujet à une désorganisation et requiert une autonomisation de la patiente. Le médecin généraliste n'est ici pas envisagé comme un acteur possible du suivi gynécologique. Une vigilance, tant du côté des gynécologues traitants que des médecins généralistes, paraît nécessaire après une stérilisation, notamment concernant la réalisation de frottis cervico-utérins et la prise en soins de troubles du cycle menstruel. Ces deux points, ainsi que le rappel du rôle du médecin traitant, pourraient être mentionnés dans le livret d'information à destination des patientes remis lors d'une stérilisation tubaire.

- Contraception masculine

La connaissance et l'utilisation des méthodes de contraception dites masculines pourrait permettre à certains couples de sortir de l'impasse contraceptive. La vasectomie notamment ne conviendrait pas à toutes les situations, les participantes évoquant d'abord un parcours pour soi. Pour autant, la présenter de façon détaillée et en parler aux conjoints, viendrait pallier le manque d'informations ressenti par les participantes.

c. Pour l'organisation des soins

- Première consultation d'information

Comme évoquée précédemment, une modification des pratiques pourrait conduire les médecins généralistes et les sages-femmes à réaliser le premier entretien du parcours. Les informations délivrées pourraient être standardisées par la remise d'un livret d'information tel que celui créé par la Direction Générale de la Santé en 2007 et mis à jour en 2017³⁶, dans une version actualisée (une partie des faits cités étant obsolète).

- Création d'un réseau de soins

La constitution d'un annuaire formel de gynécologues pratiquant la contraception définitive permettrait d'orienter plus efficacement les patientes et de faciliter les échanges entre professionnels.

d. Pour l'enseignement et la formation

Constatant une information incomplète sur la contraception, il paraît important d'insister lors de la formation initiale et continue sur la nécessité de présenter aux patient·es toutes les options contraceptives disponibles de manière à leur permettre un choix le plus éclairé possible. Notre travail a mis en évidence des craintes de faire face à un refus, conduisant à attendre plusieurs années et à avoir le plus d'arguments possibles avant d'en parler à un·e soignant·e. Aborder la contraception définitive de manière systématique permettrait ainsi de montrer que c'est un sujet dont on peut discuter, désamorçant ainsi ces craintes.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière un parcours marqué d'abord par un sentiment d'impasse contraceptive, amenant les participantes à chercher activement une solution. Ayant conscience de transgresser une norme sociale, elles cheminent le plus souvent seules tant le sujet peut être difficile à aborder. Une résistance morale de la part de leur entourage comme du monde médical pousse les participantes à élaborer une stratégie qui leur permettra d'accéder à la contraception définitive. Lorsqu'ils sont mentionnés, les regrets sont largement surpassés par les bénéfices : le soulagement et le sentiment de liberté permettent aux participantes de passer à une autre étape de la vie, l'esprit tranquille.

Les difficultés soulevées par les participantes amènent à repenser le parcours de soins, questionnant la place des médecins généralistes et appelant à créer des réseaux de soin pour standardiser les pratiques et mieux orienter les patientes. Une information systématique sur la contraception définitive et la communication à large échelle sur le sujet pourrait permettre de lever le tabou et déclencher des réflexions.

Bibliographie

1. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
2. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population & Sociétés. 2015 ;518(1) :1-4. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2015-1-page-1.htm> « À partir de la répartition des IVG selon le rang, à chaque âge et pour chaque année, on peut décomposer l'indicateur conjoncturel en nombres moyens de premières IVG et d'IVG répétées par femme (figure 6). D'après cette estimation, le nombre de premières IVG par femme est de 0,33, ce qui signifie que 33 % des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. » Ce calcul se base sur celui de l'indicateur conjoncturel, nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme au terme de sa vie féconde selon les taux de recours par âge, qui était à 0,53 en 2011 et actuellement (2020) à 0,55.
3. INED – Quelles sont les méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde – 30/04/2020. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/methodes-contraception-les-plus-utilisees-monde/>
4. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés contemporaines. 2006 ;61(1) :91-117. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.html>
5. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, article 26 du CSP. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001142574
6. HAS – Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme, 17/09/2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
7. ANSM – Information suite à l'arrêt de la commercialisation en France par la société Bayer Pharma AG du dispositif de stérilisation définitive Essure – Communiqué 18/09/2017. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/information-suite-a-l-arret-de-la-commercialisation-en-france-par-la-societe-bayer-pharma-ag-du-dispositif-de-sterilisation-definitive-essure-communique>
8. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes – Recommandations de Bonne Pratique 17/09/2019 HAS. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
9. Romero M. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? : enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2014.
10. Morinière C. Contraception définitive : connaissances et pratiques des praticiens extrahospitaliers du Maine-et-Loire [Mémoire de sage-femme]. [Angers, France] : Ecole de sage-femmes ; 2017.

11. Cudennec E. La contraception des femmes de plus de quarante ans en Loire-Atlantique : étude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2012.
12. Hallès V. Déterminants de la faible utilisation de la contraception définitive chez les femmes françaises de plus de quarante ans [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard ; 2017.
13. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand G, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs [Internet]. 2020 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02892009>
14. Serfaty D, Letombe B, La stérilisation féminine en France : qu'en pensent les gynécologues ? Résultats de l'enquête Stéri-Gyn. Genesis ; Novembre 2008, n°135, pp 20-22
15. Thébault-Le Rohellec C. Prise en charge d'une demande de contraception définitive en médecine générale : comment accompagner les patientes ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2013.
16. Orna DONATH, *Le regret d'être mère*, Odile Jacob, 2019.
17. Masella MA, Marceau E. La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans : dilemme éthique et déontologique. Canadian Journal of Bioethics. 20 juill 2020 ; 3 (1) : 58-69.
18. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 août 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
19. Duparchy AL. Vision des médecins généralistes de la contraception définitive féminine [Thèse d'exercice]. [France] : Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2016.
20. VERGÈS Françoise, *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Albin Michel, 2017.
21. Stérilisation des personnes handicapées mentales. Extraits de la documentation UNAPEI. Contraste. 2005 ;22-23(1-2) :273-84. [Cité le 27 aout 2022]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2005-1-page-273.htm>
22. Cour européenne des droits de l'homme. Fiche thématique – Roms et Gens du voyage. Disponible sur : https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Roma_FRA.pdf
23. La CEDH condamne la France pour les obligations imposées aux transgenres pour changer d'état civil. Le Monde.fr [Internet]. 6 avr 2017 [cité 4 sept 2022] ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/04/06/la-cedh-condamne-la-france-pour-les-obligations-imposees-aux-transgenres-pour-changer-d-etat-civil_5106895_3224.html
24. FROIDEVAUX-METTERIE Camille, *Un corps à soi*, Seuil, 2021. Pp. 298-299.

25. Cadot M. Pratiques et représentations de médecins généralistes à l'égard de la contraception définitive féminine : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France] : Université européenne de Bretagne ; 2014.
26. Denis R. Contraception définitive féminine en médecine générale, Enquête auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne (94) [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France] : Université de Paris-Sud. Faculté de médecine ; 2014.
27. Delobelle C. Stérilisation féminine : la place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2020.
28. Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement Méthodologie de référence MR-001 | CNIL [Internet]. [Cité 1 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-001-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-avec-recueil-du-consentement>
28. Les sage-femmes sont autorisées à prescrire les contraceptifs depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009 Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
29. Servasier N. Quelle est l'opinion des femmes sur la stérilisation à visée contraceptive ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers ; 2016.
30. « Il n'existe pas de définition complète, exhaustive et satisfaisante du *care*, il concerne d'abord la prise en compte des soins aux personnes âgées, malades, dépendantes, mais beaucoup plus largement aux enfants et aux personnes qui partagent notre vie quotidienne. Mais le *care* renvoie aussi à un certain nombre d'activités à la limite du domestique, du sanitaire et du social, dans lesquelles des femmes accueillent et aident les personnes en perte ou insuffisance d'autonomie » Cresson G, Gadrey N. Entre famille et métier : le travail du care. Nouvelles Questions Féministes. 2004 ;23(3):26-41.
31. Comblet M. Etude du regret après stérilisation tubaire par dispositif ESSURE[®] [Thèse d'exercice]. [France] : UPEC. Faculté de médecine ; 2014. À noter que le remboursement d'Essure a été restreint entre 2010 et 2012 aux femmes de plus de 40 ans et à celles ayant des contre-indications majeures aux contraceptions réversibles ou ayant des pathologies contre-indiquant la grossesse. Cette courte restriction ne devrait pas avoir impacté outre-mesure les résultats de la thèse de M. COMBLET, s'étendant sur une période de 7 ans.
32. Marret H. Y a-t-il un âge limite à la stérilisation volontaire féminine ? Gynécologie, obstétrique & fertilité. 2013 ;41(1) :1-3.
33. Un enfant si je veux ! Décryptage de notre sondage exclusif - Elle [Internet]. elle.fr. 2022 [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.elle.fr/Societe/News/Un-enfant-si-je-veux-Decryptage-de-notre-sondage-exclusif-4063581>
34. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand G, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs [Internet]. 2020 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02892009>

35. « [La norme procréative] définit le « bon moment de la maternité » : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » (Le Van, 1997), après, comme « tardives », donc « à risque » (Langevin *et al.*, 1982). La perspective planificatrice implique également la limitation du nombre d'enfants et l'espacement entre les naissances. Mais surtout, puisque la possibilité de choisir quand va arriver l'enfant, il faut créer les conditions les plus favorables à son accueil : un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement, cette naissance s'inscrivant dans un projet parental, et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents. »

Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*. 2006 ;61(1) :91-117. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.html>

36. Stérilisation à visée contraceptive – Livret d'information [Internet] Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf

Annexe 1 : Fiche d'information à destination des participantes

FICHE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTES

○ **Qui suis-je ?**

Pierre GRILLON, étudiant en doctorat de médecine générale à l'université de Tours.

○ **Quelle est cette étude ?**

Il s'agit d'un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale visant à explorer le vécu des femmes dans leur parcours de stérilisation volontaire, sous la direction de Dr Émeline Padeloup.

○ **De quoi s'agit-il ?**

Participer à un entretien individuel d'environ une heure (adaptable).

Le lieu de l'entretien sera selon votre choix, dans un endroit calme (chez vous, lieu public, cabinet médical...), et pourra se réaliser par visio si vous le souhaitez.

Cela portera sur votre expérience pendant le parcours de stérilisation volontaire (Essure, ligature des trompes). Il n'y a pas de mauvaise réponse ni de jugement de valeur, le but étant de pouvoir évoquer tout ce qui vous paraît important.

L'échange sera enregistré par un dictaphone afin d'aider à la retranscription, et sera effacé après usage.

La confidentialité et l'anonymat de vos réponses est garanti, votre accord est nécessaire et peut être retiré à tout moment, même pendant l'entretien ou après.

○ **Pourquoi participer ?**

Le but de cette recherche est de mettre en avant votre parole, pour connaître la réalité du parcours de stérilisation volontaire et aider les médecins à mieux accompagner les patientes suivantes.

Merci d'avance pour votre confiance

Annexe 2 : Fiche d'accord de la participation à l'étude

Je, soussignée, donne mon accord pour participer au travail de thèse de Pierre GRILLON.

J'ai été informée des modalités de participation à ce travail et de la possibilité de librement retirer mon accord à tout moment.

A, le / /

Signature

Annexe 3 : Les 7 questions

Christophe Lejeune. Manuel d'analyse qualitative –Analyser sans compter ni classer. 2ème édition. Edition De Boeck supérieur. 2019.

- Quelle est ma question initiale ?
- Comment en suis-je venue à me poser cette question ?
- Si j'étais moi-même interrogée, quelles serait ma réponse ?
- Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?
- Quelles sont les réponses que j'attends des participants ? celles qui sembleraient aberrantes ?
- Quelle est finalement ma question de recherche ?

Annexe 4 : Guide d'entretien tel que rédigé avant le premier entretien

Bonjour, je m'appelle Pierre GRILLON, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse. Cet entretien sera anonymisé et enregistré avec votre accord pour en faciliter l'analyse, l'enregistrement sera supprimé ensuite.

Ce qui m'intéresse, c'est la manière dont vous avez vécu les choses, ce que vous avez pu ressentir pendant votre parcours, donc il n'y a pas de mauvaise réponse, je suis prêt à tout entendre et on peut prendre le temps.

Tout d'abord, avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien, sur ma thèse ?

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement.

Pour commencer, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ? *métier, âge, ville/campagne, type de contraception définitive*

AVANT LE PARCOURS :

Qu'est-ce qui vous a amené à prendre la décision d'une ligature des trompes ?

(Thèmes de relance possible : motivations, représentations de la stérilisation, comment en a entendu parler, cheminement mental...)

LE PARCOURS :

Racontez-moi comment vous avez vécu votre parcours, depuis le moment où vous avez fait la demande de contraception définitive jusqu'à la chirurgie ? *(Délai, facilitateurs, freins rencontrés, rôle du MG et de l'entourage dans la prise de décision, si vous pouviez changer quelque chose dans votre parcours, qu'est-ce que ça serait ?)*

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Connaissez-vous quelqu'un que je pourrais interroger pour ma thèse ?

Annexe 5 : Guide d'entretien après corrections

Bonjour, je m'appelle Pierre GRILLON, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse. Cet entretien sera anonymisé et enregistré avec votre accord pour en faciliter l'analyse, l'enregistrement sera supprimé ensuite.

Ce qui m'intéresse, c'est la manière dont vous avez vécu les choses, ce que vous avez pu ressentir pendant votre parcours, donc il n'y a pas de mauvaise réponse, je suis prêt à tout entendre et on peut prendre le temps.

Tout d'abord, avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien, sur ma thèse ?

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement.

Pour commencer, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ? *métier, âge, ville/campagne, type de contraception définitive*

Pourriez-vous me raconter votre parcours de contraception et comment vous êtes arrivée à la contraception définitive ?

échanges au rythme de la discussion, reformulations ouvertes et relances sur les sujets abordés par la participante pour faire préciser le vécu, écarter tout risque de mauvaise compréhension, en veillant s'il est possible d'aborder la place des proches (conjoint, parents, enfants, fratrie, entourage amical...), des soignants (gynécologue & MG), le vécu du délai, de l'opération et des conséquences.

Dans le parcours de ligature, si vous pouviez revenir en arrière, qu'est-ce que vous feriez différemment avec les connaissances que vous avez maintenant ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 6 : Exemple d'utilisation d'un tableur pour l'étiquetage

Verbatim	Etiquetage expérientiel	Thème
Si je sens qu'elles sont ouvertes à la discussion p't être que j'leur dirais. Mais genre là tout de suite, même le fait de ne pas vouloir d'enfant c'est un truc j'ai l'impression que je ne peux pas dire.	Je ne me sens pas à l'aise pour parler de non-désir d'enfant avec mes collègues	Le tabou de la non-parentalité

Annexe 7 : schéma explicatif P1

Se sentir dans l'impasse contraceptive

Ne pas tolérer la pilule (imposée en 1ère contraception, puis choisie par défaut après le 1er accouchement)

Ne pas tolérer le DIU (choisi car sans hormones, entre la 2ème et la 3ème grossesse)

Enchaîner les grossesses sans difficulté

puis se sentir dans l'impasse contraceptive

Impliquer le conjoint en revenant aux préservatifs

Tout en ayant la certitude de ne plus vouloir d'enfant

Être une bonne patiente en remplissant les critères

3 enfants, puis une IVG, avoir essayé toutes les alternatives bon âge (36 ans) et "contexte de vie"

mais n'avoir pas été informée sur la possibilité d'une CD ni par les soignants, ni par l'entourage (tabou)

Le MG exclu du parcours,
un premier recours ponctuel,
sans suivi, ni pratique gynéco

échec : grossesse involontaire

évidence de l'IVG
mais très mal vécue

(avoir du se justifier, se sentir jugée coupable, humiliée)
responsable d'un mal être pendant plusieurs mois
prouvant la détermination à ne plus vouloir d'enfant

Opportunité de rediscuter la contraception

Devoir choisir une contraception fiable

orientée franchement vers Essure

présentation partielle et succincte

mais confiance dans le gynécologue

trouver normal le questionnement

Garder le secret, sauf pour son mari

Ne connaître aucune femme stérilisée

Ne pas en parler à sa famille, même dix ans après

pour ne pas avoir à parler de son IVG

Culpabilité vis à vis de sa sœur infertile

Se sentir seule, regretter le silence autour de la CD

Stérilisation providentielle

"conséquence directe" de l'IVG
dans les mois qui ont suivi
comme une "évidence"

pour se protéger d'une nouvelle IVG

"plus jamais ça"

soulagement d'être en sécurité

protégée des effets indésirables

Se sentir responsable de son suivi gynécologique

après un déménagement à la campagne

du départ à la retraite de la gynécologue traitant

et l'absence de consultations de contraception

avoir besoin d'une relation de confiance

avoir peur de devenir une mauvaise patiente,

espçant trop ses rdv de suivi

Aucun regret

Tourner la page des "années bébé"

Rassurée par le côté définitif

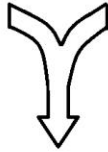
Aucun moment de doute

Passer à une autre période de vie

Annexe 8 : schéma explicatif P2

Un parcours contraceptif idéal

Pilule efficace et bien tolérée ,
débutée dès le début de la vie sexuelle
Une bonne observance des prescriptions
Grossesse volontaire dès l'arrêt de la pilule
Suivi gynécologique ininterrompu



Une patiente spéciale

Être soignante : mieux informée que la moyenne
S'être souciée très tôt de la contraception (16 ans)
contre l'avis de sa mère, isolée à la campagne
environnement croyant anti-IVG et anti-contraception
Avoir eu ses enfants tardivement (37 ans)
Penser à la contraception définitive depuis plusieurs années
mais attendre pour éviter de se heurter à un refus
L'expérience neutre d'une fausse couche tardive sur
syndrome polymalformatif, "laisser la nature faire" pour
ne pas porter la responsabilité de l'arrêt d'une grossesse
hypermédicalisée contre sa volonté, bien s'en remettre
S'opposer à la médicalisation de la grossesse suivante

Période de bascule

Divorce

La contrainte de la prise quotidienne de pilule, en avoir "ras le bol"
Anticiper les effets indésirables des hormones
Trouver déraisonnable d'avoir un enfant après 40 ans
Accoucher du dernier enfant
Un problème de santé autre nécessitant une coelioscopie



Un parcours solitaire

Ne connaître aucune autre femme concernée
Être décidée, ne pas vouloir d'avis des proches ni du MG
Difficulté d'en parler à son mari en contexte de séparation
Ne pas pouvoir parler de vasectomie
En parler à sa mère, ligaturée contre son gré pour raisons
médicales, regrettant de ne pas avoir eu d'autres enfants



Décision de ligature

Pragmatique (1 coelioscopie pour 2 chirurgies
ne plus avoir de raison de préserver sa fertilité)
Vue comme seule alternative aux hormones
Définitive donc rassurante ("être tranquille")
Pour passer à une autre étape de vie
Se libérer de la charge contraceptive ("ne pas avoir à faire attention")
Retrouver ses cycles "naturels"
Un geste pour soi-même, se protéger d'une éventuelle grossesse
Méritée après 16 ans de pilule



Accord conditionnel du gynécologue

N'en avoir discuté qu'avec le gynécologue
Délai d'un an au prétexte qu'une MIN pourrait arriver
Trouver professionnel d'avoir été informée
et rassurant que le délai soit allongé, pour s'assurer de sa certitude
Accepter ces conditions, ne pas demander de 2ème avis,
mais trouver ces craintes (MIN, refaire sa vie) déconnectées des siennes
& penser qu'on l'aurait fait sans délai si ça avait été possible
Accepter plus facilement de reprendre la pilule pour patienter
Ne pas changer d'avis malgré l'information sur le risque de regret
Ne pas avoir cherché d'autres informations ni pensé aux effets indésirables
ou au risque d'échec, avoir complètement confiance
Ne pas se sentir concernée par les témoignages négatifs sur les clips



Perturbations du suivi gynécologique
ruralité et départ à la retraite
de son gynécologue de confiance
Être déçue du nouveau gynécologue



Réalisation du geste (clips)

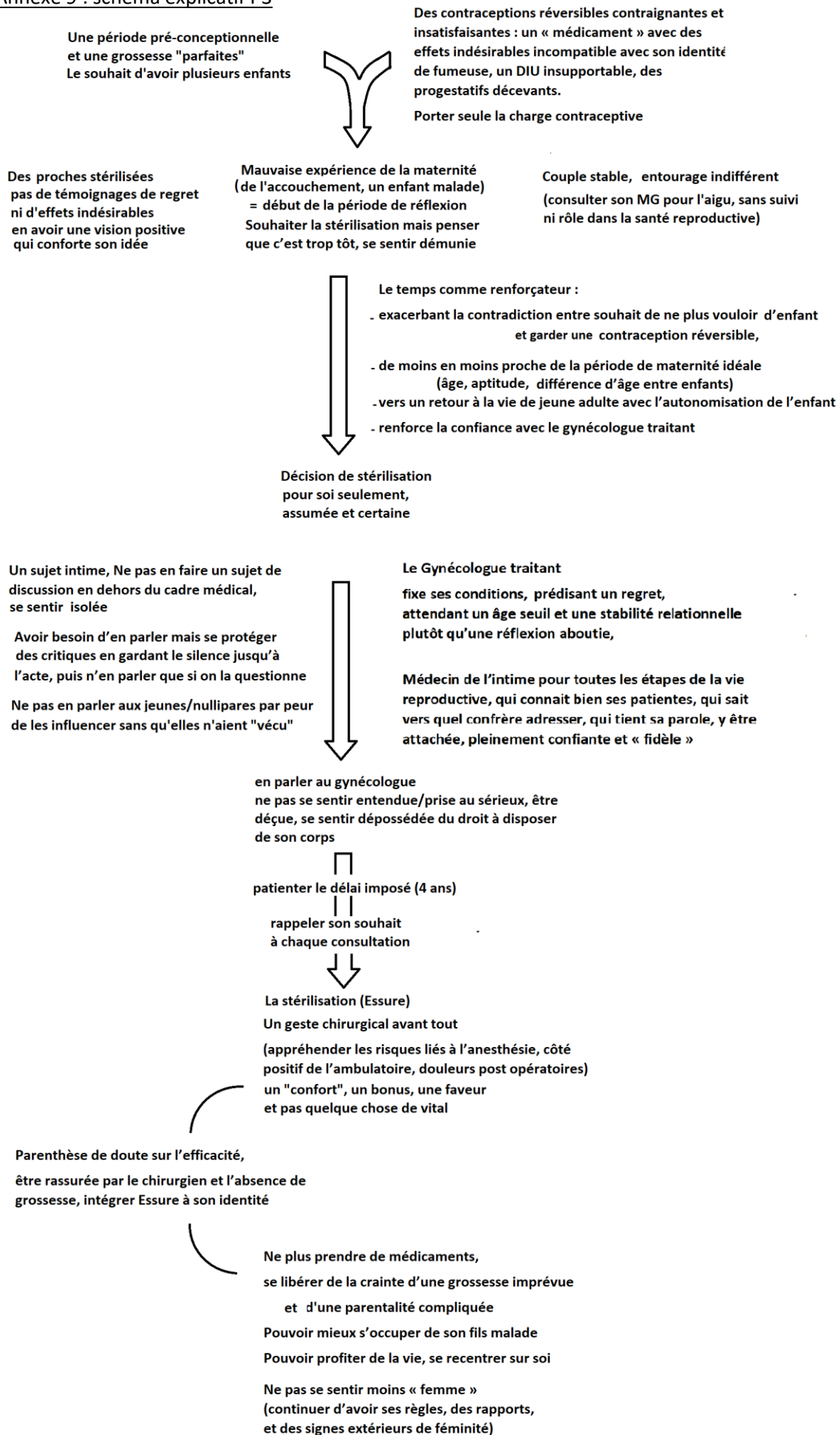
Avoir choisi la date, et fait confiance au gynécologue pour la méthode et
le choix de l'autre chirurgien
Anodin, rapide, non compliquée, en même temps qu'une autre chirurgie



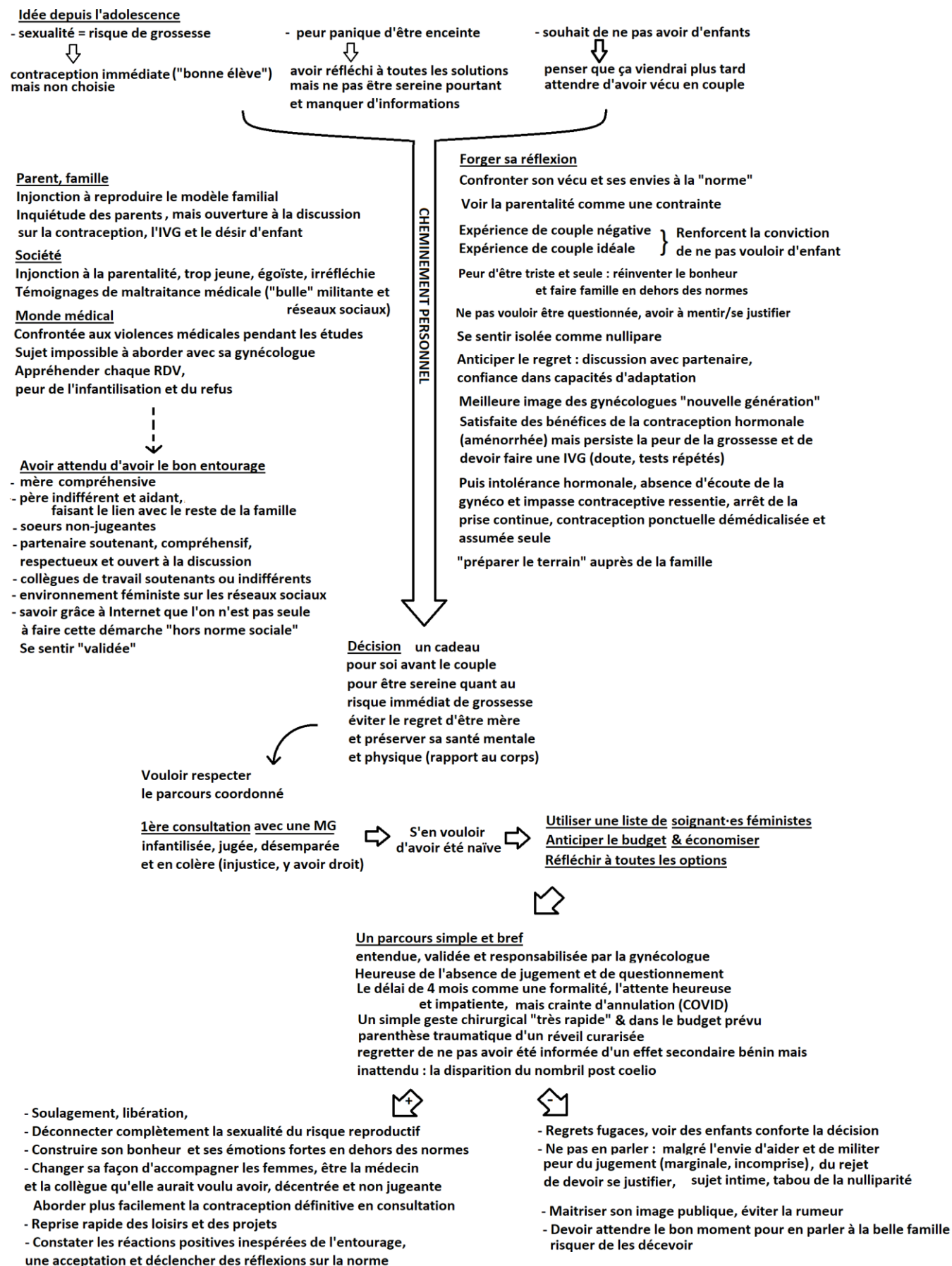
Changer de conjoint

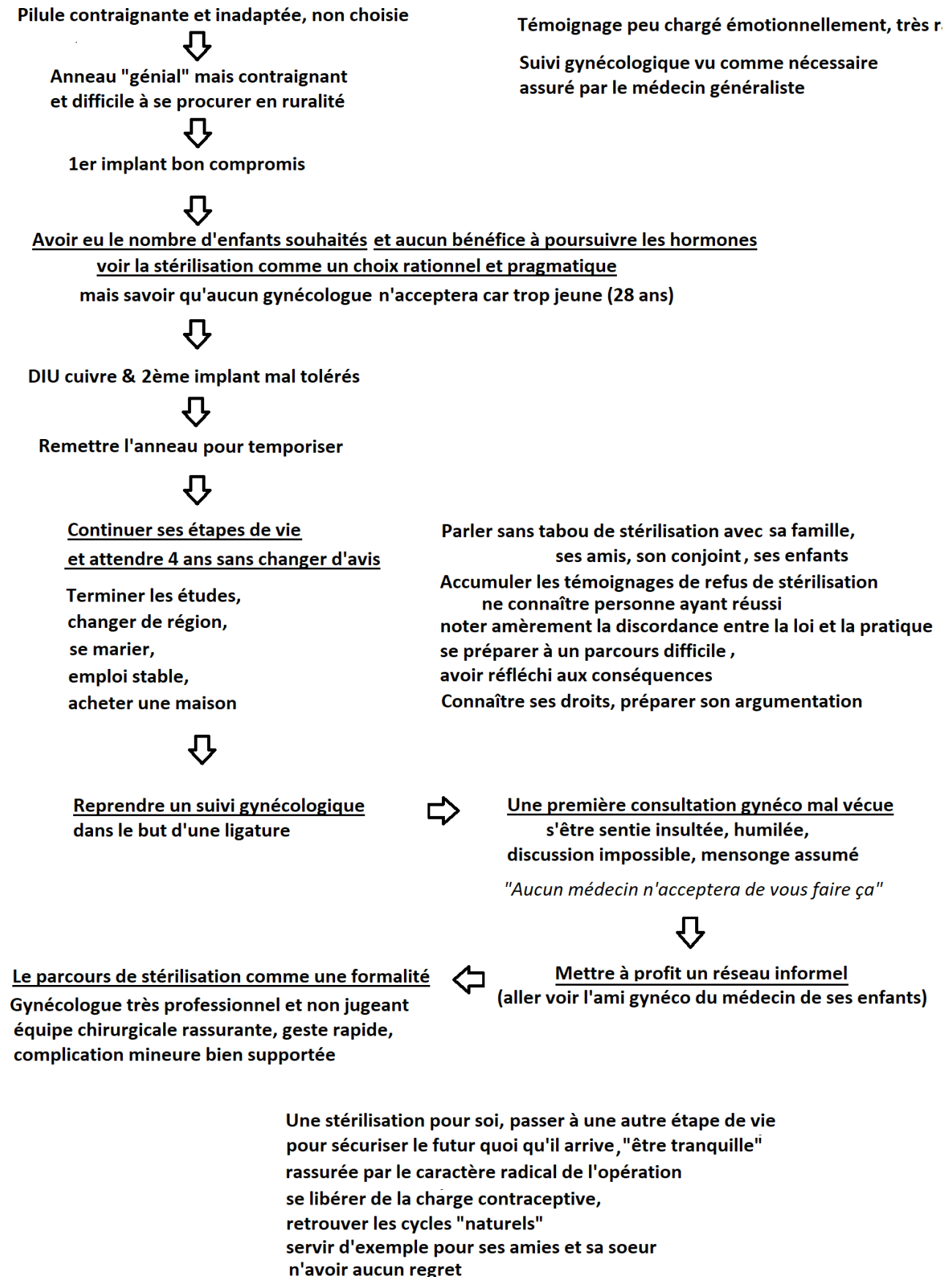
Penser à avoir un enfant avec
Reconnaître que le gynécologue ne s'était pas trompé
Mais être protégée par la ligature d'une décision irréversible
Aucun regret de ne pas avoir eu d'enfant avec,
ni un ado à élever maintenant
Un regret transitoire exprimé par le nouveau conjoint
Regret des enfants de ne pas pouvoir avoir de petit frère/sœur, discussion simple
Être informée par son MG des possibles solutions, sans aller plus loin

Annexe 9 : schéma explicatif P3

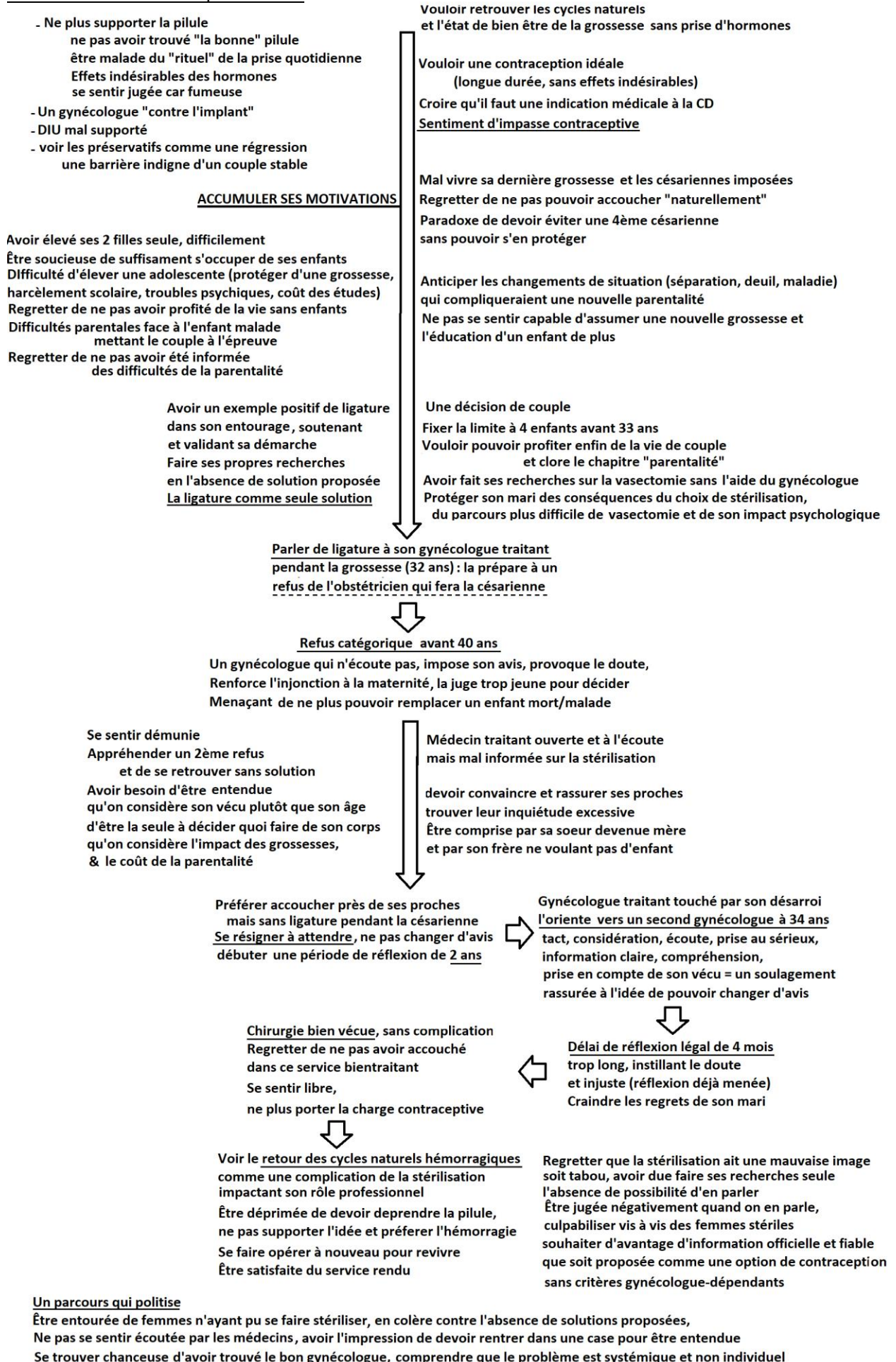


Annexe 10 : Schéma explicatif P4





Annexe 12 : Schéma explication P6



Annexe 13 : Accès à des documents

Des extraits du carnet de bord et l'ensemble des verbatim des entretiens sont accessibles en lecture seule via ce lien : https://www.dropbox.com/sh/oduyk6tbmze233k/AACAgW-H510xr0Em_ONl0N4_a?dl=0

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a central vertical stroke, resembling a stylized 'Z' or 'B'.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

GRILLON Pierre

50 pages – 1 tableau – 7 schémas

Résumé :

Introduction

Autorisée à toute femme majeure depuis la loi du 4 juillet 2001, la stérilisation à visée contraceptive reste peu pratiquée en France et beaucoup de médecins n'en parlent pas spontanément. Les femmes se sentent mal informées et peuvent se heurter à un refus si elles ne correspondent pas à certains critères arbitraires (âge, nombre d'enfants...). Constatant l'écart entre la loi de 2001, les recommandations professionnelles et les pratiques actuelles, nous avons décidé d'explorer le vécu du parcours de contraception tubaire définitive.

Méthode

Une étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative a été menée par le biais de six entretiens individuels approfondis. Les participantes, stérilisées entre 2001 et 2021, ont été recrutées parmi l'entourage professionnel et les patientes de l'investigateur et de la directrice de thèse.

Résultats

Le vécu du parcours de contraception définitive se divise en deux étapes. La première est celle de la réflexion, qui se construit sur plusieurs années et dans la solitude. Marquées par une expérience médicale négative, un sentiment d'impasse contraceptive ou une première demande refusée sans explications, les participantes élaborent une stratégie pour ne plus se retrouver dans cette situation et trouver le gynécologue qui réalisera la contraception définitive. Le médecin généraliste n'est pas perçu comme un interlocuteur et est simplement informé une fois la décision prise. La deuxième étape du parcours est très brève et bien vécue : c'est une consultation, le délai de réflexion, l'opération et enfin le soulagement, la liberté de passer à une autre étape de vie, l'esprit tranquille.

Discussion et conclusion

Ces résultats démontrent un vécu globalement positif à partir du moment où la demande a été acceptée et la partie médicale du parcours effectivement initiée. Le mauvais vécu est lié au sentiment de solitude induit par le tabou, le jugement moral et un manque d'informations. Aborder le sujet en consultation, informer à grande échelle, créer des réseaux de soins et un annuaire formel des gynécologues acceptant les demandes de contraception définitive seraient des pistes d'améliorations.

Mots-clefs : Contraception définitive ; Stérilisation tubaire ; Gynécologie ; Médecine générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Membres du Jury : Dr Isabelle ETTORI-AJASSE ; Dr Ludivine BARBEAU ; Dr Nathalie TRIGNOL

Directrice de thèse : Dr Émeline PASDELOUP