UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année :2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEURE EN MÉDECINE

ÉVALUATION DE LA CHARGE CONTRACEPTIVE AU SEIN DU COUPLE HÉTEROSEXUEL, DU POINT DE VUE DES FEMMES : ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2025 à 17h00
Au *Pôle Recherche*

Par Mathilde CAMERLYNCK

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseure :

Madame la Docteure Fanny SERMAN

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTES DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

DIU : Dispositif intra-utérin

AVC : Accident vasculaire cérébral

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

I. INTRODUCTION 7
1. Contexte 7
A. Histoire de la contraception 7
B. État des lieux 7
2. Introduction 8
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES 10
1. Type d'étude 10
2. Population 10
3. Recueil des données 10
4. Analyse des données 11
5. Aspect éthique et réglementaire 11
III. RÉSULTATS 12
1. Notion générale de la contraception 12
A. Appropriation personnelle de la contraception 12
a. Avoir sa propre définition 12
b. Reconnaitre la valeur de la contraception 12
c. La contraception vue comme un médicament 13
B. Facteurs motivants le recours à la contraception 13
a. Éviter une grossesse 13
i. La contraception permet un contrôle 13
ii. La contraception permet une liberté 13
iii. La contraception permet une sérénité 13
b. Assurer une protection des IST 13
c. Accéder à un bénéfice thérapeutique secondaire 14
2. La charge contraceptive 14
A. Conception et perception de la charge contraceptive 14
a. Définition la charge contraceptive par les femmes 14
b. La charge contraceptive vue comme une contrainte 14
c. Être étrangère à la notion de « charge contraceptive » 15
B. Dimensions de la charge contraceptive 15
a. Charge mentale 15

b. Charge financière 15
c. Charge organisationnelle 16
d. Charge corporelle 16
i. Effets secondaires 16
ii. Hormonophobie 17
iii. Dispositifs contraceptifs intrusifs 17
iv. Rapport au corps et à l'intimité en consultation 17
e. Charge cognitive 17
i. Charge de s'informer 17
ii. Charge de choisir 18
iii. Charge de la responsabilité 19
C. Facteurs favorisants la satisfaction contraceptive 19
a. Avoir une contraception adaptée 19
i. Tolérance du contraceptif 19
ii. Bénéficier d'une offre contraceptive féminine variée 19
b. Assumer la responsabilité corporelle d'une grossesse 20
c. Norme sociétale 20
d. Capacité d'adaptation 20
3. Leviers potentiels d'allègement de la charge contraceptive 21
A. Place du partenaire 21
a. Divergence des attentes féminines envers le partenaire 21
i. Souhaiter un partage de la charge contraceptive 21
ii. Absence d'attente vis-à-vis du partenaire 21
b. Pistes d'implication masculine suggérées par les femmes 22
i. Rappel de prise 22
ii. Implication émotionnelle 22
iii. Implication cognitive 22
iv. Participation financière 22
v. Participation organisationnelle 22
vi. Usage de la contraception masculine 23
c. Facteurs influençant l'implication du partenaire 23
B. Attente envers le professionnel de santé 24

a. Rôles attendus par les femmes 24
i. Rôle d'information et d'aide à la prise de décision 24
ii. Rôle d'écoute 24
iii. Veiller à prescrire une contraception adaptée 24
iv. Ouverture d'esprit et relation de confiance 25
b. La consultation en pratique 25
i. Type de professionnel de santé 25
ii. Stratégies d'abord du sujet 25
iii. Aspect du lieu de consultation 26
iv. Place de l'examen clinique gynécologique 26
v. Place du conjoint en consultation 26
IV. DISCUSSION 27
1. Résultat principal 27
2. Forces et limites 29
A. Forces 29
B. Limites 30
3. Comparaison avec la littérature 30
A. Charge contraceptive 30
a. Vécu et répartition de la charge 30
b. Différentes dimensions de la charge 31
B. Implication du partenaire 32
C. Rôle du professionnel de santé 33
4. Perspectives 33
V. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 35
VI. ANNEXES 39

I. INTRODUCTION

1. Contexte

A. Histoire de la contraception

La contraception est définie par l'OMS comme tout agent, dispositif, méthode ou procédure permettant de diminuer la probabilité de conception ou de l'éviter. Jusque dans les années 1970, la méthode du retrait était la plus utilisée au sein des couples mariés : on parlait de « première révolution contraceptive ». Cette révolution allait à l'encontre de la politique de repopulation du pays à l'après-guerre [1].

En 1967, la loi Neuwirth autorisait l'usage de méthodes contraceptives en France. Il a fallu attendre la loi Veil, 7 ans plus tard, pour obtenir le remboursement des méthodes contraceptives par la sécurité sociale. Cette loi était le fruit de la mobilisation des militantes féministes [2].
Cette seconde révolution contraceptive a entrainé une diversification et une médicalisation de la contraception, avec l'apparition de la pilule et du dispositif intra-utérin. La méthode du retrait, qui nécessitait une participation masculine, était moins pratiquée. Cette féminisation des méthodes permettait aux femmes de contrôler elles-mêmes leur fécondité. Elle était perçue par certains comme un symbole d'émancipation [3,4]. Les femmes pouvaient désormais vivre une sexualité libre de la peur d'une grossesse non voulue. Mais cette évolution genrée était parfois perçue de manière négative : la responsabilité contraceptive s'étant féminisée, elle pouvait potentiellement rendre les femmes coupables d'un échec contraceptif.

B. État des lieux

Au fil du temps, une norme contraceptive s'est installée [3]. Elle rendait la contraception stéréotypée en fonction de l'âge, du statut relationnel et du nombre d'enfant atteint. Ce schéma s'illustrait par un recours au préservatif à l'entrée de vie sexuelle, à la pilule une fois la relation stabilisée, puis au DIU une fois le nombre d'enfants souhaités. Cela a entrainé une restriction dans le choix contraceptif [5].

Un détachement progressif du modèle pilule-centré était observé. Ce désintérêt était présent depuis 2005, et s'est renforcé avec la crise des pilules en 2012 [6]. La plainte d'une jeune femme victime d'un AVC accusant la pilule a marqué cette crise. Depuis, la répartition des méthodes contraceptives s'est métamorphosée. Selon la dernière enquête réalisée par l'INSERM en 2023 [7], pour la première fois, le DIU est la méthode contraceptive la plus utilisée chez les 18-49 ans, juste avant la pilule et le préservatif. Chez les 18-29 ans, la pilule demeure la méthode la plus répandue. Cette prédominance persiste malgré l'évolution des pratiques de prescription : les médecins prescrivent davantage le DIU chez les moins de 30 ans et répondent à une demande croissante des femmes elles-mêmes [8].

2. Introduction

La contraception est un sujet central dans la vie reproductive des femmes. 91% des femmes en âge de procréer ne souhaitant pas de grossesse utilisent un moyen de contraception [7].

Les bandes dessinées d'Emma Clit ont éclairé le concept de « charge mentale », déjà étudié par les sociologues [9]. Elles ont contribué à accroître sa visibilité. Aujourd'hui, la « charge mentale » fait partie du langage courant. Dans cette dynamique, d'autres registres de charge ont été mis en lumière en sociologie. C'est notamment le cas de la « charge sexuelle » [10], qui englobe la « charge orgasmique, érotique, contraceptive [11], et médicale ».
Parallèlement, de nombreux sites gouvernementaux [12] et médias (podcast, livres, réseaux sociaux) nous invitent à nous questionner sur le rapport de genre dans le domaine de la contraception.

Un fait marquant éclaire cette évolution des questionnements : plus de 30 000 vasectomies ont été réalisées en 2022, soit 15 fois plus qu'en 2010. Parallèlement, la pratique de la ligature des trompes est passée de 45 000 à 20 000 par an. Pour la première fois en France, on observe un croisement des courbes entre vasectomie et stérilisation féminine [13]. Cette tendance pourrait traduire une prise de conscience collective et une volonté d'un partage plus équitable de cette charge.

La charge contraceptive reste une dimension peu explorée dans le domaine médical. Dans ce contexte, cette étude s’est intéressée à comment les femmes au sein d’un couple hétérosexuel définissent la charge contraceptive.

L'objectif de cette étude était de modéliser la charge contraceptive, afin d’intégrer ces questionnements dans la pratique médicale pour mieux accompagner les femmes dans cette réflexion.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

La méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée était choisie en raison d'un faible nombre d'études médicales existantes sur la charge contraceptive. Cette étude était réalisée en miroir. Les investigatrices étaient 3 femmes et ont interrogé différentes populations : des hommes, des femmes et des médecins généralistes. Un seul type de population était étudié par investigatrice : cette étude concerne la population des femmes.

2. Population

Les femmes étaient recrutées selon les critères d'inclusion suivants : être hétérosexuelle ou bisexuelle, avoir plus de 18 ans au moment de l'entretien, ne pas être sous mesure de protection, être volontaire pour participer à l'étude, habiter dans les Hauts-de-France, ne pas connaître personnellement l'investigatrice. Nous avons inclus des femmes de plus de 18 ans devant un âge médian du premier rapport sexuel à 18,2 ans en France entre 2019 et 2023 [7]. Toutes les femmes ne remplissant pas ces critères étaient exclues.
Le recrutement était réalisé par échantillonnage raisonné théorique. Les caractéristiques des femmes étaient variées, orientées par la théorie au fur et à mesure de son émergence. Les entretiens étaient conduits jusqu'à saturation théorique des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires ne produisant aucune nouvelle donnée.

3. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés étaient réalisés. Ils se déroulaient dans un lieu laissé au choix des femmes, afin d'obtenir une ambiance neutre et propice à la discussion. L'investigatrice s'est appuyée sur un guide d'entretien testé et évolutif au fil des différents entretiens. La première et dernière version du guide d'entretien est disponible en annexe 1.

Chacune des investigatrices a interrogé un tiers des différentes populations. Le recueil des données concernant la population des femmes a eu lieu entre mars et décembre

2024. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils étaient retranscrits intégralement par l'investigatrice les ayant effectués puis rendus anonymes.

4. Analyse des données

L'analyse des vertabim était réalisée avec un tableur (annexe 2). La catégorisation était effectuée sur un traitement de texte, au fur et à mesure des différents entretiens et analyses respectives. L'analyse d'un entretien précédait le recrutement de la femme suivante. Une triangulation des données était effectuée sur environ 70% des entretiens : un double codage était réalisé par deux investigatrices.

5. Aspect éthique et réglementaire

L'étude a obtenu l'accord du comité d'éthique de protection des personnes (annexe 3). Les participants ont consenti librement à l'entretien. Une lettre d'information et un consentement éclairé leur ont été remis (annexe 4).

III. RÉSULTATS

Douze entretiens individuels de femmes ont été réalisés. Les entretiens ont duré entre 16 et 31 minutes. La moyenne d'âge des femmes était de 33 ans. Les caractéristiques des femmes et des différents entretiens sont détaillées dans le tableau 1.

	Age	Secteur d'habitation	Statut marital	Nombre d'enfant	Niveau d'étude	Durée de l'entretien (minutes)
F1	33	Rural	Célibataire	0	BAC +5	30
F2	31	Urbain	Pacsée	1	BAC + 5	31
F3	47	Urbain	En couple	1	BAC +3	26
F4	28	Urbain	Mariée	2	BAC +3	21
F5	19	Rural	En couple	0	BAC +1	19
F6	43	Rural	Mariée	2	BAC +3	18
F7	26	Urbain	En couple	0	BAC +9	23
F8	27	Urbain	En couple	0	BAC+5	17
F9	28	Urbain	En couple	0	BAC+6	16
F10	56	Urbain	Mariée	3	BAC +5	29
F11	44	Rural	Mariée	3	BAC +2	30
F12	18	Rural	Célibataire	0	BAC	18

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées.

1. Notion générale de la contraception

A. Appropriation personnelle de la contraception

a. Avoir sa propre définition

Chaque femme avait sa propre définition de la contraception, témoignant d'une compréhension personnelle et individuelle du sujet.

F1	Pour moi, c'est un moyen pour, euh, éviter de tomber enceinte.
F8	Bah, ma définition de la contraception, bah, ce serait un outil … alors, je sais pas si on peut dire un outil, mais ça permet de me protéger afin de ne pas avoir d'enfant.

b. Reconnaitre la valeur de la contraception

Certaines femmes ont reconnu l'importance du sujet qu'est la contraception. Elle représentait le fruit du combat mené par les générations précédentes.

F1	C'est quelque chose d'important quand même. Ce n'est pas à négliger (…) Je sais que les femmes se sont battues pour l'avoir et je trouve que c'est une bonne chose.
F7	Euh, moi quand on me parle de contraception, je pense toujours à Simone Veil.

c. La contraception vue comme un médicament

La contraception était associée à un traitement médicamenteux.

F11	La contraception c'est…. Déjà, c'est un traitement médical.

B. Facteurs motivants le recours à la contraception

a. Éviter une grossesse

i. La contraception permet un contrôle

Les femmes ont évoqué la satisfaction d'exercer un contrôle sur leur corps et sur leur vie en maitrisant leur fécondité.

F2	Ça permet de décider quand est-ce qu'on souhaite être maman ou non (…). Après, il y a le côté control freak que je suis, qui préfère gérer ma propre contraception.

ii. La contraception permet une liberté

Pour certaines, la contraception était corrélée au sentiment de liberté.

F7	Par exemple, les femmes qui, dans certaines cultures, n'ont pas accès à la contraception, bah je me dis qu'elles sont privées d'une part de leur liberté.

iii. La contraception permet une sérénité

La contraception est un outil de protection contre une grossesse non désirée, procurant un sentiment de sécurité et de sérénité chez certaines femmes.

F12	Ce serait, je pense, se protéger un maximum et nous aider à vivre mieux, enfin correctement, notre vie en tant que femme.
F2	Ça permet d'être sereine jusqu'à ce qu'on souhaite arrêter la contraception.

b. Assurer une protection des IST

Selon une femme, la plupart des méthodes contraceptives ne sont pas efficaces contre les IST, sauf le préservatif.

F2	Mais il y a aussi d'autres choses importantes, notamment toutes les maladies sexuellement transmissibles, que la contraception, à part le préservatif du coup, n'empêche pas.

c. Accéder à un bénéfice thérapeutique secondaire

Pour certaines femmes, des bénéfices secondaires s'ajoutent à l'objectif principal de prévention des grossesses. La contraception permet la réduction des dysménorrhées et l'amélioration de certaines pathologies. D'autres l'utilisent uniquement en raison de ces effets positifs, sans chercher à éviter une grossesse.

F9	Et je sais que ça peut aussi agir sur l'acné.
F12	Donc en fait, la pilule je la prends vraiment que pour mes règles, et c'est pas vraiment pour éviter de tomber enceinte.
F6	C'était vraiment à visée contraceptive, et aussi pour un peu, pour avoir moins mal et avoir moins de saignement.

2. La charge contraceptive

A. Conception et perception de la charge contraceptive

a. Définition la charge contraceptive par les femmes

Les femmes ont formulé chacune à leur manière leur définition de la charge contraceptive. Elles ont insisté sur son omniprésence et sur le poids que celle-ci représente.

F1	C'est ce que la femme porte sur ses épaules.
F9	Charge contraceptive, bah je la définirai comme … quand même un peu une contrainte au quotidien.
F8	C'est toute la charge liée au fait de devoir la prendre tout le temps et tous les jours, tous les mois et de jamais l'interrompre.
F2	Pour moi, c'est tous les aspects que peuvent entourer la contraception (…) C'est ce qui fait qu'on a une contraception, mais comment on arrive en fait à cette contraception, et qu'est-ce qui gravite autour pour pouvoir avoir la bonne contraception qui nous convienne à chacun.

b. La charge contraceptive vue comme une contrainte

Certaines femmes ont rapporté un sentiment de frustration lié à l'implication requise par la contraception et à ses répercussions potentielles sur la qualité de vie.

F8	Donc de manière générale, c'est une contrainte quand même. Mais je ne pourrais pas m'en passer. Donc en fait c'est une obligation.
F1	Je me suis dit, je vais pas me gâcher la vie au quotidien, pour un rapport que je peux avoir une fois tous les je sais pas combien de semaines.
F1	Je trouve ça vraiment incroyable les conséquences pour notre vie, pour notre ressenti, pour notre corps, tout ce qu'on endure pour avoir cette liberté.

c. Être étrangère à la notion de « charge contraceptive »

Certaines femmes ne savaient pas définir la notion de « charge contraceptive ». D'autres ont su proposer une définition, mais ne s'y sont pas identifiées.

F4	Non désolée, ça me dit rien du tout.
F6	C'est sûr qu'il y a une charge dans le fait de devoir s'en occuper, mais moi ça me permet de justement gérer comme je veux et ça me va comme ça en fait.
F3	C'est pas une charge insurmontable.

B. Dimensions de la charge contraceptive

a. Charge mentale

La plupart des femmes ont décrit la charge mentale comme étant le fait de devoir penser en permanence à la contraception, en l'anticipant et en la planifiant pour en garantir l'efficacité.

F5	C'est quand même contraignant, faut pas l'oublier, il faut la prendre tous les jours, voilà.
F8	Quand je parlais de charge mentale je pense que c'est ça : tu pars en voyage, tu dois penser à la prendre.

b. Charge financière

La charge financière liée à la contraception a également été évoquée et s'intéressait aussi bien à la contraception féminine que masculine.

F7	Voilà, la charge financière, ça m'embête de mettre autant d'argent là-dedans.
F8	Parce qu'en plus c'est vrai que ma pilule, je crois que je la paye 40 balles pour 3 mois, donc c'est quand même un petit budget.

Le choix du contraceptif a été influencé par l'aspect financier pour une des femmes.

F1	Et les préservatifs ça coûte cher. Et je pense que c'est peut-être pour ça qu'à la fin je me disais, bon je vais peut-être prendre quelque chose d'autre, parce que ça coûte moins cher.

c. Charge organisationnelle

Les femmes ont souligné l'organisation logistique que requiert la contraception. Elles ont décrit l'ensemble des démarches nécessaires à son obtention et à son renouvellement.

F3	Par contre la pilule, il faut revenir chez le médecin généraliste pour redemander une ordonnance (…) ça c'est embêtant on va dire.
F2	Souvent pour avoir une contraception, hors préservatif, on est obligée d'aller consulter. (…) Mais ça peut être une charge aussi ça, de juste de pouvoir y accéder, ou de demander, ou voilà.
F7	Ma pilule est difficile à trouver. Il faut aller dans des grandes pharmacies généralement, ou alors la commander.

d. Charge corporelle

i. Effets secondaires

Les femmes ont abordé les effets secondaires associés à l'usage de méthodes contraceptives. Parmi ceux ressentis à court terme figuraient les douleurs, les dysménorrhées, la dysphorie et la prise de poids.

F10	Après le stérilet (…) c'était des règles abondantes pendant cinq, six jours. Et les deux jours précédents l'arrivée des règles et les deux premiers jours, j'étais super fatiguée dans mon humeur, j'étais pas bien, j'étais casse-pied, c'était assez pénible.
F7	J'ai pris 10 kilos, je me mettais à pleurer pour rien (…) Quand je riais, je pleurais, je ne dormais plus … Enfin j'avais vraiment tous les effets secondaires, des maux de tête, etc.

Certaines femmes exprimaient des inquiétudes quant aux effets secondaires à long terme, notamment la crainte de la survenue de cancer ou d'infertilité.

F6	Vivre quand même avec cette pilule aux hormones pendant un certain nombre d'années, ce qui derrière peut engendrer des cancers.
F5	J'ai quand même pas mal de retours de personnes qui ont pris la pilule, après je sais que ça pourrait rendre stérile aussi je crois.

ii. Hormonophobie

La méfiance à l'égard des méthodes hormonales influençait le choix contraceptif de certaines femmes, y compris en l'absence d'effet indésirable constaté.

F2	Et au final, même si je n'avais pas forcément d'effet négatif sur moi, j'étais persuadée que les hormones … enfin j'avais pas envie de me bourrer d'hormones, clairement.
F6	Enfin le fait d'avoir des hormones, pour moi, ce n'est pas naturel quoi. On m'injecte quand même des choses que je n'ai pas naturellement.
F1	J'ai réagi super fort aux hormones, beaucoup d'effets secondaires, mal à la tête… je me sentais pas moi-même en fait. Et après j'ai arrêté la pilule pour avoir moins d'hormones.

iii. Dispositifs contraceptifs intrusifs

Une femme a mentionné la gêne occasionnée par certains dispositifs perçus comme intrusifs.

F9	Je ne serai pas forcément prête à mettre en implant ou un stérilet parce que j'avoue que j'ai un peu de mal avec les corps étrangers.

iv. Rapport au corps et à l'intimité en consultation

Une femme a évoqué la charge associée aux consultations de contraception. L'examen intime était source d'inconfort car il la confrontait à son rapport au corps et à l'intimité.

F2	Enfin selon comment on a un rapport avec notre corps, enfin peu importe, ça peut être compliqué.

e. Charge cognitive

i. Charge de s'informer

Quelques femmes ont exprimé la nécessité d'effectuer des recherches afin de connaitre et comprendre les différentes options contraceptives. Les sources d'information citées étaient internet, l'entourage, les médias, les livres, et les notices médicamenteuses.

F6	Après c'est vrai que je me suis renseignée sur le web, sur ce qui existait
F3	J'ai la notice des médicaments et je me débrouille.

L’accès à l’information était jugé comme insuffisant dans le cadre de l’éducation à la sexualité en milieu scolaire ou auprès des professionnels de santé.

F6	En étant jeune, en gros on m’a orienté tout de suite vers la pilule. Je n'ai pas vraiment eu d'explication sur les différents moyens de contraception (…) Je trouve que ce n'est pas normal de devoir aller chercher des informations sur internet (rires).
F2	A l’école, on nous a un petit peu parlé de la pilule (…) mais j'ai pas eu l'impression qu'on ait eu un gros accompagnement dessus, à part nous dire « oui il faut vous protéger, il faut prendre un préservatif », c'était surtout ça. Et les autres moyens de contraception étaient peu connus.

ii. Charge de choisir

Certaines femmes se positionnaient comme actrice principale du choix.

F9	Donc, c'est pour ça que je suis restée sur Leeloo qui pour l'instant me convient.
F5	Par exemple, moi je prends la pilule et j'ai mis beaucoup de temps avant de décider de la prendre.
F10	Après, effectivement, il y a plusieurs méthodes et en fonction des femmes, chacune va choisir ce qu'elle souhaite.

Pour d’autres, le choix était partagé avec le professionnel de santé et/ou le partenaire. Le discours des professionnels de santé influencé par la norme contraceptive pouvait orienter la décision contraceptive.

F5	Et euh je ne prenais pas la pilule parce qu'il (mon partenaire) ne voulait pas que je la prenne.
F10	Et souvent c’est le professionnel qui choisit ou qui nous dirige, ce n’est pas vraiment lui qui a le dernier mot à la fin, mais il dirige, et voilà, ça dépend son degré de persuasion.
F3	Et puis, à l'époque, quand j'avais 20-25 ans. Le stérilet n'était pas quelque chose que les gynécologues envisageaient de poser aux femmes qui n'avaient pas encore d'enfants.

Les événements de vie ou les modifications du cycle hormonal pouvaient intervenir dans le choix.

F1	A la base je me suis dit, je vais plus prendre de stérilet, parce que dans ma tête je me suis dit … bah je veux quand même des enfants, si je remets un stérilet, je suis repartie pour 3 ans.

F7	Je lui ai déjà dit qu'une fois que j'ai les enfants que je veux, bah en fait je ferai une ligature des trompes.
F6	Mais l'implant, ça enlève les règles pour certains, donc ça je ne voulais pas.

iii. Charge de la responsabilité

La question de la responsabilité a été abordée par une femme, en lien avec les conséquences potentielles d'un échec contraceptif. Elle considérait la survenue d'une grossesse non prévue comme étant de son ressort.

F7	Il faut que tu gères les conséquences, et puis, bah, faut pas l'oublier, parce que si tu tombes enceinte, bah c'est un peu de ta faute quoi.

Selon une patiente, cette responsabilité s'étendait à la gestion des suites d'un éventuel échec.

F9	Et là, où ça va être plus chiant, c'est si je l'oublie, du coup, les conséquences. Enfin, je sais que pendant 2-3 jours, je vais être stressée, je vais y penser, je vais me poser la question de la pilule du lendemain.

C. Facteurs favorisants la satisfaction contraceptive

a. Avoir une contraception adaptée

i. Tolérance du contraceptif

La bonne tolérance du contraceptif est facteur favorisant d'une expérience positive de la contraception.

F9	Bah la contraception, de manière générale, pour moi, c'est une bonne chose (…). Moi ce que j'ai beaucoup aimé avec ma pilule, c'est que, parfois, j'enchaîne et du coup, j'ai pas mes règles. (…) Donc ça, c'est quand même assez agréable.
F6	Je suis soulagée maintenant d'avoir trouvé la méthode qui me va bien. Ça m'a permis justement de réduire ces maux de ventre. Donc ça a été quand même un soulagement pour moi.

ii. Bénéficier d'une offre contraceptive féminine variée

La possibilité de choisir parmi plusieurs options contraceptives féminines était perçue positivement.

F5	Il y a pas mal de contraception possible, il y a un large choix je trouve.
F7	Et elle m'avait dit cette phrase incroyable de « Bah en fait, il y a tellement de contraceptions disponibles, que tu en trouveras forcément un jour qui te correspond »

La nécessité de changer à plusieurs reprises de contraception a mis en lumière la difficulté à trouver une contraception adaptée.

F7	Euh, moi ça a été un peu long avant de trouver un truc qui me correspond plus ou moins (…) Et en fait, moi j'étais un peu dans cette errance de trouver quelque chose qui te convient ou pas.

b. Assumer la responsabilité corporelle d'une grossesse

Certaines femmes corrélaient la responsabilité corporelle de la grossesse à la responsabilité contraceptive. La grossesse les concernant directement, elles souhaitaient assurer elles-mêmes la contraception.

F2	Il y a le côté où c'est mon corps, et c'est potentiellement moi qui vais tomber enceinte, et que je préfère du coup gérer totalement le truc.
F6	Pour moi, la contraception ça me concerne, parce que c'est sur mon corps, donc en gros ça ne m'embête pas de m'en occuper.

c. Norme sociétale

Pour quelques femmes, la charge contraceptive semblait évidente, intériorisée et ancrée dans les mœurs.

F3	Non ça ne me dérange pas que ce soient les femmes qui ont en charge la contraception (…) Et puis c'est comme ça depuis tellement longtemps.
F10	J'ai vraiment le sentiment que je fais partie de cette génération où le modèle social... j'ai 56 ans cette année... ça reste le modèle social, il reste vachement pesant en fait. Car c'est la femme qui prend la responsabilité, quoi, de ça, de la contraception.

d. Capacité d'adaptation

Certaines femmes se sont adaptées aux effets secondaires et contraintes de la contraception, en les intégrant dans leur quotidien. Cette résilience contribue à minimiser la perception de la charge contraceptive.

F6	C'est vrai que les règles sont plus abondantes (...) Mais moi ça ne me dérange pas, j'ai adapté, enfin voilà, la protection derrière qui va bien, donc cela se passe correctement
F1	Avec le stérilet, c'était très irrégulier. Mais je me dis bon bah c'est pas grave.
F12	Le seul point négatif c'est le fait de la prendre tous les soirs et à heure régulière. Mais sinon, c'est pas quelque chose qui me dérange ou quoi que ce soit. C'est devenu un rituel. C'est-à-dire que, bah maintenant quand je vais dans mon lit, je prends ma pilule, et c'est totalement dans ma routine.

3. Leviers potentiels d'allègement de la charge contraceptive

A. Place du partenaire

a. Divergence des attentes féminines envers le partenaire

i. Souhaiter un partage de la charge contraceptive

Plusieurs femmes ont décrit une implication limitée voire absente de leur partenaire dans la gestion contraceptive. Chez certains couples ayant recours à une méthode masculine, la charge financière et organisationnelle reposait sur les femmes elles-mêmes.

F8	Il ne s'en préoccupe pas, pour le coup, c'est, enfin, je crois qu'il m'a jamais posé la question de savoir avant de dormir si je la prenais ou si je l'avais pris.
F2	Mes anciens partenaires, ils voulaient s'assurer que je prenne bien un moyen de contraception pour être sûr de ne pas être père. Mais c'était basta.
F1	Même pour aller par exemple aller acheter des préservatifs : « non je ne vais pas aller chercher des préservatifs ». Et moi alors ? Et il me répondait que j'avais plus l'habitude (…) Encore aujourd'hui, les préservatifs je les achète. Et les préservatifs ça coûte cher.

Certaines ont émis le souhait d'un partage plus équilibré de la charge contraceptive au sein du couple, afin d'améliorer leur vécu contraceptif.

F1	Je trouve que c'est trop, pour l'instant, c'est trop la contraception égale la femme (…) Parce que dans un couple, on est deux. Pour faire un enfant, on est deux. Donc je vois pas pourquoi c'est que sur les épaules de la femme.

ii. Absence d'attente vis-à-vis du partenaire

D'autres femmes ont exprimé assumer la contraception de manière autonome et ne pas avoir d'attente particulière envers leur partenaire dans la gestion contraceptive.

F3	Ça me dérange pas que ce soit les femmes qui ont en charge la contraception.
F11	Bah non, pas spécialement, il n'y a pas de choses que j'aimerais que mon partenaire fasse.

b. Pistes d'implication masculine suggérées par les femmes

i. Rappel de prise

Le souhait d'un rappel de la prise du contraceptif par le partenaire a été mentionné par les femmes.

F4	Voilà, quand il sait que je suis fatiguée, il me demande si j'ai bien pris ma pilule donc c'est bien.
F1	Moi, j'ai des copines, bon je trouve ça sympa, c'est l'idée qui compte, mais c'est son homme qui met un réveil sur son téléphone pour dire que c'est l'heure

ii. Implication émotionnelle

Certaines femmes souhaitaient un soutien moral de leur partenaire, par le dialogue et l'écoute.

F10	J'apprécierai qu'il y ait de la présence, enfin on va dire de l'empathie.
F1	J'aimerais qu'on me dise « comment tu te sens ? » « Qu'est-ce que tu ressens ?» « Alors est-ce que ça se passe bien ? ». Montrer un peu d'intérêt en fait, un peu de reconnaissance.

iii. Implication cognitive

Quelques femmes souhaitaient que leur partenaire s'informe sur la contraception, pour se sentir moins seule face à la gestion contraceptive.

F11	Bon après je pense que c'est bien aussi que les filles et les garçons connaissent un peu tous les types de contraception. Il n'y a pas que les filles qui doivent savoir.

iv. Participation financière

Le partage de la charge financière a été mentionné à plusieurs reprises, qu'il s'agisse d'une méthode contraceptive féminine ou masculine, notamment pour l'achat des préservatifs.

F2	L'aspect financier, et si ça peut être partagé c'est bien aussi.

v. Participation organisationnelle

Certaines femmes proposaient de partager la charge organisationnelle.

F5	Souvent c'est lui qui va à la pharmacienne me la chercher.
F2	Bah je sais pas, par exemple aller chercher la pilule.

vi. Usage de la contraception masculine

Certaines femmes accueilleraient volontiers la contraception masculine sur le principe.

F8	Dans un super monde, ce qui serait cool, c'est que on ne soit pas... que l'homme pourrait aussi avoir une possibilité d'avoir un contraceptif.

L'offre contraceptive limitée, le manque d'informations et de connaissances des contraceptifs masculins, et la confiance limitée envers leur partenaire étaient perçus comme un obstacle à sa mise en œuvre.

F2	Et après j'ai entendu parler des moyens de contraception masculins. Mais je ne suis pas hyper renseignée sur le sujet (...) Mais j'avoue je n'en connais pas plus.
F5	Il y a pas mal de contraception possible, il y a un large choix je trouve. Que pour les filles, malheureusement.
F2	Si ce n'est pas des partenaires fixes, jamais de la vie je ferais confiance.

Quelques-uns de leur partenaire ont exprimé des réserves quant à leur utilisation. Certaines femmes se sont montrées agacées face aux craintes masculines des effets secondaires.

F7	Il m'a dit « tu te rends compte les effets secondaires quand même ? ». Mais tu crois que j'ai vécu quoi ?

D'autres partenaires semblaient favorables si le recul était suffisant.

F5	La pilule pour homme, franchement il était pas du tout contre. Après, enfin, il ne voudrait pas la prendre dans les premiers, enfin, il veut qu'il y ait du recul quand même.

c. <u>Facteurs influençant l'implication du partenaire</u>

L'âge du partenaire, l'époque, le type de relation, la contraception utilisée et le moment où celle-ci a été débutée influençaient l'implication du partenaire selon les femmes.

F2	Il y a 15 ans, les mecs je pense qu'ils y connaissaient moins aussi.
F6	Bah je trouve que quand on n'a pas encore le partenaire, on va dire… final, avec qui on fait les enfants, bah voilà, on en échangeait que juste avant les rapports.
F2	Parce que je trouve que, dans le cadre d'un stérilet, on n'a pas besoin d'accompagnement particulier par son conjoint quand ça se passe bien.
F8	Bah quand on s'est mis ensemble avec mon copain, ça faisait déjà 10 ans que je la prenais ma pilule, donc on n'a pas eu vraiment de sujets là-dessus, on n'en a pas vraiment discuté.

B. Attente envers le professionnel de santé

a. Rôles attendus par les femmes

i. Rôle d'information et d'aide à la prise de décision

Les femmes ont exprimé vouloir être informées sur les options contraceptives et leurs effets secondaires potentiels, afin d'effectuer un choix éclairé.

F9	Ben en fait, j'aimerais bien que mon médecin généraliste il m'explique tous les types de contraception différents, et pas que la pilule, avec les avantages et les inconvénients.
F2	Enfin voilà, qu'on soit bien au courant de tout, et que la décision puisse se prendre en toute liberté d'information.

Une femme a suggéré de compléter l'échange oral par un support écrit.

F2	Il pourrait proposer un petit prospectus qui explique tout, puis le donner pour que la personne réfléchisse.

ii. Rôle d'écoute

La plupart des femmes ont indiqué l'importance d'être écoutées par le professionnel de santé lors des consultations. Elles souhaitent que leur point de vue et leur ressenti soient pris en considération.

F11	Bah déjà, il faut que le médecin soit à l'écoute du patient. (…) Je sais que certaines personnes se plaignent, des fois, que certains médecins leur disent « bah c'est dans votre tête », ou « non, il n'y a pas de souci et voilà », elles ne prennent pas suffisamment en compte la parole du patient.
F7	J'attends d'un médecin qu'il soit à l'écoute et qu'il me laisse le choix.
F10	Je pense qu'il y a une vraie nécessité d'être à l'écoute de la personne dans sa globalité, dans son mode relationnel, dans ses besoins, en dehors d'une approche stricto sensu médicale.

iii. Veiller à prescrire une contraception adaptée

Les femmes voulaient bénéficier d'une prescription contraceptive adaptée individuellement. Certaines ont insisté sur la nécessité d'une réévaluation régulière.

F7	Mais quelqu'un, qui déjà, qui me demande si ça va, si j'ai pas d'effets secondaires (…) En fait, qu'on s'intéresse un peu à est-ce que ça te va vraiment ou pas.
F10	Et en fait me questionner moi sur mes besoins mais pas m'imposer un truc en fait.

F3	Et bah du coup peut être faire un suivi pour voir si la pilule qu'on a donnée est la bonne ou pas.

Elles attendent du médecin qu'il remplisse son obligation de moyen en proposant une alternative contraceptive adaptée si nécessaire.

F1	Si moi je dis que je ne veux plus prendre la pilule, qu'il ne me dise pas qu'il n'y a pas d'autre solution.

iv. Ouverture d'esprit et relation de confiance

Les femmes ont exprimé le besoin de pouvoir se confier en toute confiance au professionnel de santé, avec qui elles pourraient échanger librement, sans jugement ni tabou.

F8	La première chose, c'est d'être confiante en fait, d'être en confiance avec le médecin avec lequel tu parles pour pouvoir aborder tout type de sujet.
F5	Pour moi l'idéal, ce serait vraiment quelqu'un qui en parle, où on voit que déjà pour la personne, il n'y a pas de tabou, qu'elle en parle ouvertement, et donc du coup moi je peux répondre ouvertement.

b. <u>La consultation en pratique</u>

i. Type de professionnel de santé

Certaines femmes préfèrent consulter le médecin généraliste, d'autres la sage-femme ou le gynécologue, notamment en cas de geste technique. Le genre du professionnel avait son importance pour certaines.

F11	Après, forcément, le stérilet, j'en ai parlé qu'avec la gynéco et pas le médecin. Mais après, les pilules, voilà voilà, je passais plus facilement par le généraliste.
F5	Je sais que moi je pense que je serais plus bloquée à parler avec un homme qu'avec une femme.
F7	Le suivi, je l'imagine plutôt chez le médecin généraliste que chez gynéco, parce que j'ai une expérience odieuse du gynéco.

ii. Stratégies d'abord du sujet

La majorité des femmes préférait aborder la contraception lors d'une consultation dédiée, afin d'obtenir une discussion éclairée. Une femme n'était pas opposée à ce que la contraception soit abordée dans le cadre d'une consultation motivée par un autre motif.

F5	Bah en vrai je pense que ça serait super bien que toutes les filles elles aient un rendez-vous avec leur médecin traitant pour parler des règles, déjà (…). Et comme ça, elle peut aussi parler de la contraception.
F2	Donc je pense que voilà, en visite classique, pas forcément avoir un rendez-vous obligatoire pour parler de ça.

iii. Aspect du lieu de consultation

Certaines femmes attachaient de l'importance à l'aspect accueillant du cabinet. Il permettrait un vécu de consultation plus agréable.

F5	Bah moi j'aime bien les cabinets quand on sent un peu comme à la maison, enfin quand c'est pas juste des murs en blanc, et en fauteuil bleu, comme dans les vieux trucs et ça sent pas trop fort de médecins (rires). Un environnement accueillant, avec de la déco, je trouve c'est beaucoup mieux, on se sent plus à l'aise.

iv. Place de l'examen clinique gynécologique

Quelques femmes ont indiqué que l'examen gynécologique n'était pas toujours nécessaire. Une d'entre elle a rapporté que cet examen intime l'a amené à différer la consultation.

F7	Et après, pour moi si il n'y a pas besoin d'être examiné, il n'y a pas besoin.
F2	Moi j'avais pas trop envie d'aller chez le gynécologue quoi. Je me disais « comment ça va se passer ? » machin. Et même l'acte, donc j'ai laissé traîner (…) Enfin selon comment on a un rapport avec notre corps, enfin peu importe, ça peut être compliqué.

v. Place du conjoint en consultation

Les femmes étaient partagées concernant la présence du partenaire en consultation.

F4	Je vais en consultation seule… et ça me convient, non non, j'aime bien être seule.
F1	Ce que mon conjoint pourrait faire … euh, accompagner à des rendez-vous.

IV. DISCUSSION

1. Résultat principal

Chaque femme avait sa propre définition de la charge contraceptive, façonnée par son expérience personnelle. Cette charge a été décrite comme un poids quotidien lié à la gestion contraceptive, aux dimensions multiples :

- La charge mentale
- La charge financière
- La charge organisationnelle
- La charge corporelle
- La charge cognitive, composée de la charge de s'informer, de choisir et de la responsabilité

Si certaines l'ont perçue comme contraignante, d'autres en ont une expérience plus positive. Cette perception favorable était favorisée par la responsabilité corporelle d'une grossesse, l'adéquation de la méthode contraceptive choisie, l'intégration de normes sociétales et la capacité d'adaptation face aux difficultés.

Pour alléger cette charge, certaines femmes ont exprimé le souhait d'une répartition plus équitable du travail contraceptif au sein du couple. Elles ont mentionné qu'elles apprécieraient un rappel de la prise du contraceptif. Elles attendent aussi de leur partenaire :

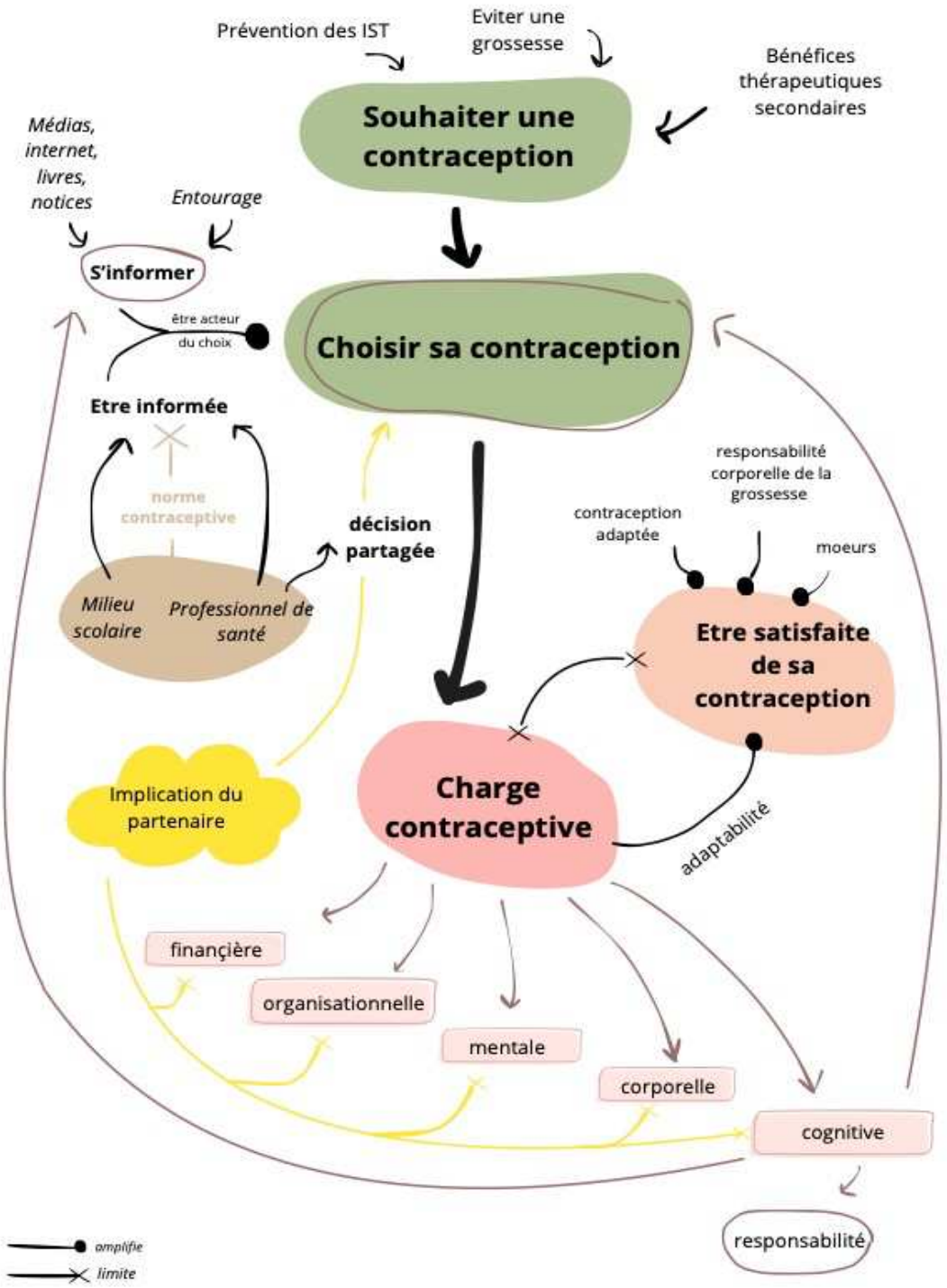
- Un soutien moral
- Une implication cognitive, en participant à la recherche d'informations et à la décision partagée
- Une implication organisationnelle, en prenant en charge les tâches pratiques, comme aller chercher la contraception à la pharmacie, ou accompagner en consultation
- Une implication financière, en contribuant au coût des contraceptifs.

Pour quelques femmes, l'implication pourrait s'étendre jusqu'au choix d'une méthode contraceptive masculine.

L'importance du rôle du professionnel de santé a été mise en avant. Elles attendent de lui :

- Un rôle d'information et d'aide à la prise de décision

- Un rôle d'écoute active
- Un rôle d'accompagnement personnalisé, en effectuant une prescription contraceptive personnalisée et en réévaluant son adéquation régulièrement
- Qu'il crée une relation de confiance et adopte un discours sans jugement ni tabou
- Qu'il les reçoive dans une salle de consultation accueillante
- Qu'il ne réalise un examen gynécologique que lorsque la situation l'exige



2. Forces et limites

A. Forces

La notion de charge contraceptive est peu étudiée dans la littérature médicale. En l'explorant, cette étude a apporté un éclairage nouveau sur cette problématique. Son originalité ouvre de nouvelles pistes de réflexion pour la recherche. L'approche méthodologique qualitative inspirée de la théorisation ancrée a permis de faire émerger des idées non attendues par l'investigatrice.

Les étapes méthodologiques respectives à la recherche qualitative ont été respectées et encadrées par une directrice de thèse ayant de l'expérience sur ce sujet. La grille COREQ est disponible en annexe 5.

Le guide d'entretien était préalablement testé et ajusté au fil de l'analyse. Les entretiens étaient conduits jusqu'à saturation des données, optimisant la force des résultats obtenus. Les caractéristiques de l'échantillon étaient variées sur le plan sociodémographique.

Aucune femme n'a refusé de participer à l'étude ni interrompu l'entretien en cours. Les entretiens se déroulaient en l'absence de toute tierce personne non impliquée dans l'étude, favorisant l'expression libre et confidentielle. Plusieurs entretiens ont été conduits par une investigatrice extérieure au recrutement de la femme concernée, réduisant le biais lié à une relation préexistante.

La triangulation des données entre les 3 investigatrices a favorisé la confrontation des points de vue lors du codage des entretiens, contribuant à limiter le biais d'interprétation.

La majorité des résultats sont concordants avec la littérature existante, ce qui renforce sa validité externe.

B. Limites

Les entretiens étaient réalisés par 3 investigatrices présentant un profil comparable : toutes femmes, médecins généralistes, d'âge similaire. Les investigatrices étaient débutantes en recherche qualitative et n'avaient aucun titre académique. Ce manque d'expérience a pu entraîner un biais interprétatif.

Les entretiens se déroulaient en face à face, en présentiel ou en visioconférence. Certaines femmes ont pu orienter leur discours en voulant répondre inconsciemment à une conformité et engendrer un biais déclaratif. Pour limiter cela, une posture neutre a été adoptée.

Aucune femme n'avait un partenaire ayant recours à une méthode masculine mécanique au long cours. L'absence de ces profils a limité l'analyse de ces situations.

Aucun retour sur les entretiens n'a été proposé aux femmes, mais le ressenti des femmes a été recueilli oralement en fin d'entretien. Elles se sont montrées satisfaites et pour certaines investies.

3. Comparaison avec la littérature

A. Charge contraceptive

a. Vécu et répartition de la charge

Depuis les années 2000, la contraception suscite un intérêt croissant en sciences sociales. De nombreux travaux [14,15] mettent en évidence une répartition inégale des responsabilités. Par exemple, l'étude « *Men bring condoms, women take pills* » [16] illustre cette répartition genrée du travail contraceptif. Malgré l'implication de certains hommes dans le choix contraceptif, leur participation dans la gestion quotidienne est limitée par les normes sociales. La charge contraceptive, bien que rarement nommée ainsi, repose majoritairement sur les femmes. Elle est décrite comme invisibilisée, par une absence de reconnaissance par la société et le corps médical. Cela contribue à alourdir son poids [17,18].

A l'inverse, certaines publications soulignent une implication masculine. Celle-ci peut être émotionnelle, ou logistique en accompagnant la partenaire dans la gestion

contraceptive [19]. Certains hommes choisissent des méthodes coopératives ou des méthodes combinées à une méthode féminine [20]. Ce soutien traduit un désir de partage de responsabilité. D'autres ont même recours à des moyens de contraception masculins pour affirmer une prise de position personnelle [21].

Certaines études [22, 23] révèlent une satisfaction globale liée à l'usage de la contraception. Les femmes évoquent un bien-être sexuel et émotionnel, ainsi qu'une diminution des troubles menstruels. Le sentiment d'autonomie et de contrôle associé à la gestion contraceptive est apprécié. Dans notre étude, ce vécu n'a été évoqué que rarement. Cela reflète la diversité des expériences et montre que la charge contraceptive n'est pas ressentie négativement par toutes les femmes.

b. Différentes dimensions de la charge

Les principales charges identifiées dans la littérature sont la charge liée aux effets secondaires et la charge mentale. La méfiance envers les méthodes hormonales, appelée « hormonophobie », est rapportée [24]. Ce rejet progressif a terni l'image de la pilule, et traduit le souhait des femmes de choisir des méthodes perçues comme plus respectueuses de leur santé. Les effets secondaires des contraceptifs sont bien documentés sur le plan médical. Leurs conséquences vont au-delà de la santé physique et touchent aussi la sphère sociale : certaines femmes signalent des plaintes minimisées[25].

La charge mentale est un concept bien établi, désormais courant dans le langage populaire. Une étude parue en 2017 dans le *Journal of Sex Research* [26] souligne que la contraception implique non seulement des aspects physiques, mais aussi une gestion mentale et émotionnelle importante.

La charge cognitive, notamment celle liée au choix contraceptif, a été évoquée lors de nos entretiens. Une étude analysant des témoignages issus de blogs souligne la complexité de la prise de décision contraceptive. Cette difficulté est en partie liée à un manque d'information délivré par les professionnels de santé [27].

En France, où les principaux moyens de contraception utilisés sont remboursés, la charge financière est moins fréquemment évoquée. La dimension organisationnelle reste peu explorée. Dans notre étude, plusieurs femmes ont exprimé les difficultés liées à l'approvisionnement, à l'anticipation du renouvellement et à la gestion des rendez-vous médicaux. Dans la littérature internationale, cette charge commence à être reconnue sous le terme de « logistic burden » [28] et désigne l'ensemble des efforts logistiques liés à la contraception.

La charge sexuelle a été définie dans le livre de Clémentine Gallot [29] comme un travail émotionnel lié à la sexualité, majoritairement assumé par les femmes. Elle englobe notamment les préoccupations liées à l'apparence, et la conformité à certaines normes sociales concernant le plaisir, la fidélité, ou le nombre de partenaires. Cette notion n'a pas été abordée au cours de nos entretiens.

B. Implication du partenaire

Le souhait d'une participation des hommes à la contraception est bien documenté. Une enquête menée en 2015 auprès de 3368 Français montre que 88% des hommes se sentent concernés par la contraception et 61% se disent favorables à la prise de la pilule masculine[30]. Une revue systématique de 2021 confirme l'intérêt des hommes pour les méthodes contraceptives masculines innovantes, à savoir les méthodes hormonales ou thermiques. Les obstacles identifiés à son adoption sont les doutes concernant la sécurité, l'efficacité, les effets secondaires potentiels [31].

L'étude « Contraception masculine : ce qu'en pensent les femmes » [32] souligne qu'elles souhaitent partager la responsabilité contraceptive au sein de leur couple. D'autres études [33, 34] nuancent ce constat : certaines expriment une confiance limitée dans la capacité de gestion contraceptive de leur partenaire.

Des pistes d'implication masculines concrètes dans la contraception ont été évoquées lors de nos entretiens : un accompagnement aux rendez-vous médicaux, un approvisionnement à la pharmacie, un soutien moral, une participation financière. Ces actions participatives, en dehors de la prise d'une contraception masculine, restent encore peu explorées dans la littérature.

C. Rôle du professionnel de santé

Les résultats de notre étude concernant les attentes des femmes envers les professionnels de santé sont en accord avec la littérature existante. Une revue de la littérature publiée en 2019 retrouve qu'elles recherchent une information claire et une communication ouverte. Elles souhaitent bénéficier d'une décision partagée, perçue comme une possibilité d'autonomie [35]. 70% des femmes nullipares interrogées lors d'une étude menée en 2016 déclaraient ne pas avoir vraiment choisi leur contraception [36]. Pourtant, l'autonomie dans la prise de décision thérapeutique entraîne une meilleure observance [37].

Une posture d'écoute est attendue, en particulier concernant la reconnaissance des plaintes et des effets indésirables potentiels. Il peut parfois exister un décalage entre le ressenti des femmes, et la façon dont les professionnels de santé comprennent leur expérience en consultation [38]. Ce manque de validation pourrait nuire à la relation de confiance.

4. Perspectives

Dans un contexte marqué par la diminution du nombre de gynécologues en exercice, le médecin généraliste sera amené à jouer un rôle croissant dans la contraception.

L'un des rôles du professionnel de santé dans la contraception est d'informer les patientes concernant l'ensemble des méthodes contraceptives existantes, tant féminine que masculine. En fonction des méthodes mises en avant, d'autres peuvent être invisibilisées. Le professionnel de santé peut inconsciemment diffuser des représentations sociales. Tout cela participe au maintien de la norme contraceptive, et donc au renforcement de la charge contraceptive.

De la même manière, la façon dont le professionnel intègre ou non le partenaire masculin en consultation peut moduler la répartition de la charge contraceptive au sein du couple [39].

La reconnaissance de l'existence d'une charge contraceptive dans toutes ses dimensions et la prise de conscience de sa répartition genrée, doivent inviter les professionnels de santé à s'interroger sur leur posture et leur rôle en consultation de contraception. Cette consultation ne doit pas se limiter qu'à une action de prescription : elle doit devenir un espace de dialogue. Ce temps d'échange permettrait de repérer les différents types de charges contraceptives, vécues ou non par la patiente, afin de proposer une contraception adaptée à ses besoins. Cette approche favoriserait la décision médicale partagée.

Visibiliser la charge contraceptive dans la formation initiale et continue des professionnels de santé apparaît comme essentiel. Cela permettrait de faire évoluer les pratiques vers un accompagnement personnalisé et respectueux de l'expérience des patientes.

V. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 Cahen F. De l'« efficacité » des politiques publiques : la lutte contre l'avortement « criminel » en France, 1890-1950. Rev D Hist Mod Contemp [En ligne]. 2011 [cité le 31 mars 2025];58-3(3):90. Disponible : https://doi.org/10.3917/rhmc.583.0090

2 Nizard S. Bibia Pavard, Florence Rochefort, Michelle Zancarini-Fournel, Les lois Veil. Les lois événements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975. Arch Sci Soc Relig [En ligne]. 30 déc 2013 [cité le 31 mars 2025];(164):266. Disponible : https://doi.org/10.4000/assr.25586

3 Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Popul Amp Soc [En ligne]. 2017 [cité le 31 mars 2025];N° 549(10):1. Disponible : https://doi.org/10.3917/popsoc.549.0001

4 Cairn.info [En ligne]. Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin ; 29 oct 2021 [cité le 31 mars 2025]. Disponible : https://shs.cairn.info/contraception-contrainte-ou-liberte--9782738107220-page-37?lang=fr&tab=premieres-lignes

5 Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. Cah Genre [En ligne]. 21 oct 2021 [cité le 31 mars 2025];70(1):157-84. Disponible : https://doi.org/10.3917/cdge.070.0157

6 Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Amp Soc [En ligne]. 2014 [cité le 2 juil 2025];N° 511(5):1. Disponible : https://doi.org/10.3917/popsoc.511.0001

7 Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE [En ligne] ; 13 nov 2024 [cité le 16 nov 2024]. Disponible : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf

8 Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France : women's and physician's perspectives. Contraception [En ligne]. Jan 2014 [cité le 31 mars 2025];89(1):9-16. Disponible : https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.003

9 Haicault M. Accueil - Archive ouverte HAL [En ligne]. La charge mentale. Histoire d'une notion charnière (1976-2020) ; [cité le 31 mars 2025]. Disponible : https://hal.science/hal-

02881589v1/document#:~:text=Elle%20implique%20la%20durabilité%20des,production%20et%20de%20la%20consommation.

10 Slate.fr [En ligne]. Désir, plaisir, contraception, MST... C'est la charge sexuelle ; [cité le 4 avril 2025]. Disponible : https://www.slate.fr/story/173487/desir-plaisir-contraception-mst-charge-sexuelle-genres-repartition-taches

11 Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? Rech Sociol Anthropol [En ligne]. 1 déc 2017 [cité le 3 août 2025];(48-2):117-37. Disponible : https://doi.org/10.4000/rsa.2083

12 Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité [En ligne]. Parler contraception en couple ; [cité le 5 avril 2025]. Disponible : https://www.questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/pourquoi-et-comment-parler-contraception-avec-votre-partenaire

13 EPI-PHARE [En ligne]. Communiqué de presse : état des lieux du recours à la vasectomie ; 12 fév 2024 [cité le 31 mars 2025]. Disponible : https://www.epi-phare.fr/actualites/vasectomie_communique-de-presse-12-02-2024/.

14 Roux A. Sociologie de la contraception en France. Med Sci [En ligne]. Juin 2021 [cité le 5 avril 2025];37(6-7):647-53. Disponible : https://doi.org/10.1051/medsci/2021093

15 Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Soc Contemp [En ligne]. 2006 [cité le 5 avril 2025];61(1):91. Disponible : https://doi.org/10.3917/soco.061.0091

16 Fennell JL. Men bring condoms, women take pills. Gend Amp Soc [En ligne]. Août 2011 [cité le 5 avril 2025];25(4):496-521. Disponible : https://doi.org/10.1177/0891243211416113

17 Kimport K. More than a physical burden : Women's mental and emotional work in preventing pregnancy. J Sex Res [En ligne]. 18 avril 2017 [cité le 5 avril 2025];55(9):1096-105. Disponible : https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834

18 Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. OpenEdition Journals [En ligne]. Comment ne pas faire d'enfants ? ; [cité le 4 avril 2025]. Disponible : https://journals.openedition.org/rsa/2083

1**9** Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart [En ligne]. 2009 [cité le 4 avril 2025];52(4):49. Disponible : https://doi.org/10.3917/autr.052.0049

20 Seftel, A. D. (2015b) Re : Men's contraceptive practices in france : Evidence of male involvement in family planning. Journal of Urology, 194(2), 493–495. https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.05.059

21 Le Guen, M., Rouzaud-Cornabas, M., & Ventola, C. (2021). Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. Cahiers du Genre, 70(1), 157–184. https://doi.org/10.3917/cdge.070.0157

22 Jost, S., Le Tohic, A., Chis, C., This, P., Grosdemouge, I., & Panel, P. (2014). Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. Gynécologie Obstétrique & ; Fertilité, 42(6), 415–421. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.04.008

23 Burke, H. M., Ridgeway, K., Murray, K., Mickler, A., Thomas, R., & Williams, K. (2022). Reproductive empowerment and contraceptive self-care : a systematic review. Sexual and Reproductive Health Matters, 29(2). https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2090057

24 Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A., & de La Rochebrochard, E. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries : A systematic review. Social Science & ; Medicine, 284, 114247. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247

25 Teal, S., & Edelman, A. (2021). Contraception selection, effectiveness, and adverse effects. JAMA, 326(24), 2507. https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392

26 Littlejohn, K. E. (2013). "It's those pills that are ruining me". Gender and Society, 27(6), 843–863. https://doi.org/10.1177/0891243213504033

27 Johansson, L., Vesström, J., Alehagen, S., & Kilander, H. (2023). Women's experiences of dealing with fertility and side effects in contraceptive decision making : a qualitative study based on women's blog posts. Reproductive Health, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12978-023-01642-8

28 Field, E. (2020). Material hardship and contraceptive use during the transition to adulthood. Demography, 57(6), 2057–2084. https://doi.org/10.1007/s13524-020-00922-3

29 Gallot C., Michel C. (2020) La charge sexuelle. Pourquoi la sexualité est l'autre chargementale des femmes ? First.

30 Blanc, L. (s. d.). Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français. Accueil - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286859v1

31 Reynolds-Wright, J. J., Cameron, N. J., & Anderson, R. A. (2021). Will men use novel male contraceptive methods and will women trust them ? A systematic review. The Journal of Sex Research, 58(7), 838–849. https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1905764

32 Richard, C., Pourchasse, M., Freton, L., Esvan, M., Ravel, C., Peyronnet, B., Mathieu, R., & Chhor, S. (2021). Contraception masculine : Qu'en pensent les femmes ? Progrès en Urologie, 31(13), 874–875. https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.08.214

33 Glasier, A. F., Anakwe, R., Everington, D., Martin, C. W., Spuy, Z. V. D., Cheng, L., Ho, P. C., & Anderson, R. A. (2000). Would women trust their partners to use a male pill ? Human Reproduction, 15(3), 646–649. https://doi.org/10.1093/humrep/15.3.646

34 Eberhardt, J., van Wersch, A., & Meikle, N. (2009). Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 35(3), 161–165. https://doi.org/10.1783/147118909788707986

35 Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M., & Phillips, S. (2019). Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes : An integrative review of qualitative research. Journal of Midwifery & ; Women's Health, 65(1), 64–84. https://doi.org/10.1111/jmwh.12992

36 Verhille, C. (2016). Le vécu contraceptif des nullipares. Accueil - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382717/document

37 Dehlendorf, C., Henderson, J. T., Vittinghoff, E., Grumbach, K., Levy, K., Schmittdiel, J., Lee, J., Schillinger, D., & Steinauer, J. (2016). Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 215(1), 78.e1–78.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.173

38 Martell, S., Marini, C., Kondas, C. A., & Deutch, A. B. (2023). Psychological side effects of hormonal contraception : A disconnect between patients and providers. Contraception and Reproductive Medicine, 8(1). https://doi.org/10.1186/s40834-022-00204-w

39 Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : Le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre, sexualité et société, (12). https://doi.org/10.4000/gss.3215

VI. ANNEXES

Annexe 1 : 1ère et dernière version du guide d'entretien

Première version *(en italique : question de relance)*

- **Pouvez-vous me définir la contraception ?**
- **Quelle est votre expérience avec la ou les contraceptions ?**
  - *Avez-vous une contraception ? Et si oui, en êtes-vous satisfaite ?*
- **Quel est votre vécu avec la contraception ?**
  - *Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous avez pu rencontrer avec la contraception ?*
  - *Avez-vous eu d'autres moyens de contraception avant celui-ci ? Si oui, pourquoi avez-vous changé ?*
- **Quelle part prend la contraception dans votre vie personnelle ? Dans votre vie de couple ?**
- **Comment votre conjoint intervient dans la gestion de votre contraception ?**
  - *Quelles actions jugez-vous utiles de la part de votre partenaire pour vous soulager de ces contraintes ?*
- **Comment définiriez-vous le terme « charge contraceptive ? »**
  - *A quoi vous fait penser le mot charge ? Contraceptive ? L'association des 2 mots ?*
- **Au regard de cette notion de charge contraceptive, comment imaginez-vous la consultation idéale de contraception avec votre médecin généraliste ?**
  - *Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste dans la contraception ?*

Dernière version

- **Selon vous, quelle est la définition de contraception ?**
  - *Pouvez-vous dire ce qu'évoque le mot « contraception » pour vous ?*
  - *Dites-moi ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis « contraception » ?*
- **Pouvez-vous me raconter votre expérience avec la ou les contraceptions ?**
  - *Avez-vous une contraception ? Et si oui, en êtes-vous satisfaite ?*
- **Comment avez-vous eu des connaissances au sujet de la contraception ?**
  - *Comment vous êtes-vous renseignée sur le sujet ?*
  - *Par qui avez-vous été informée ?*
- **Quel est votre vécu avec la contraception ?**
  - *Quelle est votre vision de la contraception ?*
  - *Quel est votre ressenti global concernant la contraception ?*
  - *Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous avez pu rencontrer avec la contraception ?*
  - *Avez-vous eu d'autres moyens de contraception avant celui-ci ? Si oui, pourquoi avez-vous changé ?*
- **Quelle part prend la contraception dans votre vie personnelle ? Dans votre vie de couple ?**
- **Comment votre conjoint intervient dans la gestion de votre contraception ?**
  - *Quelles actions jugez-vous utiles de la part de votre partenaire pour vous soulager de ces contraintes ?*
  - *Qu'aimeriez-vous que votre conjoint mette en place pour y participer ?*
- **Comment définiriez-vous le terme « charge contraceptive ? »**
  - *A quoi vous fait penser le mot charge ? Contraceptive ? L'association des 2 mots ?*
- **Au regard de cette notion de charge contraceptive, comment imaginez-vous la consultation idéale de contraception avec votre médecin généraliste ?**
  - *Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste dans la contraception ?*

<u>Annexe 2</u> : Exemple d'analyse des données manuelles

THEME	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Charge contraceptive	Conception et perception de la charge contraceptive	Définir la charge contraceptive	F1 : « C'est ce que la femme porte sur ses épaules. »
			F9 : « Charge contraceptive, ben je la définirai comme … quand même un peu une contrainte au quotidien. »
			F8 : « C'est toute la charge liée au fait de devoir la prendre tout le temps et tous les jours, tous les mois et de jamais l'interrompre. »
			F2 : « Pour moi, c'est tous les aspects que peuvent entourer la contraception (…) C'est ce qui fait qu'on a une contraception, mais comment on arrive en fait à cette contraception, et qu'est-ce qui gravite autour pour pouvoir avoir la bonne contraception qui nous convienne à chacun, et qui permet d'être sereine. »
		Voir la charge contraceptive comme une contrainte	F8 : « Donc de manière générale, c'est une contrainte quand même. Mais je ne pourrais pas m'en passer. Donc en fait c'est une obligation. »
			F1 : « Je me suis dit, je vais pas me gâcher la vie au quotidien, pour un rapport que je peux avoir une fois tous les je sais pas combien de semaines. »
			F1 : « Je trouve ça vraiment incroyable les conséquences pour notre vie, pour notre ressenti, pour notre corps, tout ce qu'on endure pour avoir cette liberté. »
		Être étrangère à cette notion	F4 : « Non désolée, ça me dit rien du tout. »
			F6 : « C'est sûr qu'il y a une charge dans le fait de devoir s'en occuper, mais moi ça me permet de justement gérer comme je veux et ça me va comme ça en fait »

			F3 : « C'est pas une charge insurmontable. »
	Dimensions de la charge contraceptive	Charge mentale	F5 : «C'est quand même contraignant, faut pas l'oublier, il faut la prendre tous les jours, voilà. »
			F8 : « Quand je parlais de charge mentale je pense que c'est ça : tu pars en voyage, tu dois penser à la prendre. »
		Charge financière	F7 : « Voilà, la charge financière, ça m'embête de mettre autant d'argent là-dedans. »
			F8 : « Parce qu'en plus c'est vrai que ma pilule, je crois que je la paye 40 balles pour 3 mois, donc c'est quand même un petit budget. »
			F1 : « Et les préservatifs ça coûte cher. Et je pense que c'est peut-être pour ça qu'à la fin je me disais, bon je vais peut-être prendre quelque chose d'autre, parce que ça coûte moins cher. »
		Charge organisationnelle	F3 : « Par contre la pilule, il faut revenir chez le médecin généraliste pour redemander une ordonnance (…) ça c'est embêtant on va dire. »
			F2 : « Souvent pour avoir une contraception, hors préservatif, on est obligée d'aller consulter. (…) Mais ça peut être une charge aussi ça, de juste de pouvoir y accéder, ou de demander, ou voilà. »
			F7 : « Ma pilule est difficile à trouver. Il faut aller dans des grandes pharmacies généralement, ou alors la commander. »

Annexe 3 : Déclaration auprès du délégué à la protection des données

Université de Lille

RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	**SIREN**: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	**Code NAF**: 8542Z **Tél.** : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Évaluation de la charge contraceptive au sein du couple, du point de vue des femmes hétéro ou bisexuelles de plus de 18 ans : étude qualitative réalisée dans le Nord Pas de Calais
Référence Registre DPO : 2024-181
Responsable scientifique : Mme Judith OLLIVON **Interlocuteur (s) :** Mme Mathilde CAMERLYNCK

Fait à Lille, Jean-Luc TESSIER

Le 6 novembre 2024 Délégué à la Protection des Données



Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

<u>Annexe n°4</u> : lettre d'information et consentement éclairé

Bonjour,

Je suis CAMERLYNCK Mathilde et je suis médecin généraliste.
Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je souhaite réaliser des entretiens semi-dirigés auprès de femmes, hommes et médecins généralistes.
Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de décrire les processus sociaux et les représentations de la contraception.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être une femme ou un homme majeur ou un médecin généraliste recruté dans des cabinets de médecine générale des Hauts de France. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-181 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.
Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : mathilde.camerlynck.etu@univ-lille.fr

<u>Annexe 5</u> : **Grille COREQ**

La grille COREQ permet de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative.
La voici complétée des réponses en lien avec cette étude.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	CAMERLYNCK Mathilde SOCKALINGUM Anais ALBESSARD Heloise
	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Fin de troisième cycle des études de médecine générale
	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecins remplaçantes
	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Trois femmes
	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche
Relations avec les participants			
	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non ou très peu (une consultation avant l'étude)
	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Connaissance du thème dans la lettre d'information
	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Médecin généraliste réalisant une thèse sur la contraception

Domaine 2 : Conception de l'étude			
Conception de l'étude			
	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse s'inspirant de la théorie ancrée
Sélection des participants			
	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Au fur et à mesure des rencontres pour une diversité
	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Physiquement puis communication par mail
	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12
	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
Contexte			
	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet de leur médecin généraliste ou en entretien visio par Zoom
	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 1
Recueil des données			
	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide	Oui

		d'entretien avait-il été testé au préalable ?	
	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui en audio
	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 16 et 31 minutes
	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui d'une saturation des données avec 2 entretiens complémentaires
	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Trois et relu par la directrice de thèse
	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui en partie
	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé	Excel

		pour gérer les données ?	
	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui avec un numéro d'identification
	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
	Clarté des thèmes secondaires	Une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires a-t-elle été effectuée ?	Oui

AUTEURE : Nom : CAMERLYNCK **Prénom :** Mathilde
Date de soutenance : 02 octobre 2025
Titre de la thèse : Évaluation de la charge contraceptive au sein du couple hétérosexuel, du point de vue des femmes de plus de 18 ans : étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France.
Thèse - Médecine - Lille 2025
Cadre de classement : Médecine
DES + FST/option : Médecine générale
Mots-clés : Thèse qualitative ; Médecine générale ; Contraception ; Fertility control ; Contraceptive Behavior

Résumé :

Introduction :

La contraception est un sujet central dans la vie reproductive des femmes. 91% des femmes en âge de procréer ne souhaitant pas de grossesse utilisent un moyen de contraception. Aujourd'hui, la « charge mentale » fait partie du langage courant. La « charge sexuelle », englobant la « charge orgasmique, érotique, contraceptive, et médicale » a été mise en lumière en sociologie. La charge contraceptive reste une dimension peu explorée dans le domaine médical. L'objectif de cette étude était de modéliser la charge contraceptive, afin de l'intégrer dans la pratique médicale.

Méthodes

La méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été choisie. Le recrutement était réalisé par échantillonnage raisonné théorique. Les femmes incluses étaient des femmes majeures, résidant dans les Hauts de France. Les entretiens étaient semi-dirigés, réalisés jusqu'à saturation des données, retranscrits et analysés manuellement avec triangulation des données. Cette étude était réalisée en miroir avec la population des hommes et des médecins généralistes.

Résultats

Chaque patiente avait sa propre définition de la charge contraceptive, façonnée par son expérience personnelle. Cette charge a été décrite comme un poids porté au quotidien lié à la gestion contraceptive, aux dimensions multiples : mentale, financière, organisationnelle, corporelle, et cognitive. Si certaines l'ont perçue comme contraignante, d'autres en ont une expérience plus positive. Pour alléger cette charge, les patientes ont exprimé le souhait d'une répartition plus équitable de la charge au sein du couple et ont souligné l'importance du rôle du professionnel de santé, attendu dans une posture d'écoute, d'information, d'accompagnement personnalisé et de confiance.

Conclusion

La reconnaissance de l'existence d'une charge contraceptive dans toutes ses dimensions et la prise de conscience de sa répartition genrée, doivent inviter les professionnels de santé à s'interroger sur leur posture et leur rôle en consultation de contraception. Visibiliser la charge contraceptive dans la formation initiale et continue des professionnels de santé permettrait de faire évoluer les pratiques vers un accompagnement personnalisé et respectueux de l'expérience des patientes.

Composition du Jury :
Présidente : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD
Assesseure : Madame la Docteure Fanny SERMAN
Directeur de thèse : Madame la Docteure Judith OLLIVON