UNIVERSITÉ DE NANTES

———

FACULTE DE MEDECINE

———

Année 2021

N° 2021-293
2021-294

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Astrid LANGLOIS
Xavier BRUNEAU

———

Présentée et soutenue publiquement le 14 Décembre 2021

———

Déterminants du choix d'une stérilisation par ligature tubaire ou vasectomie au sein de couples : point de vue de femmes. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Loire-Atlantique et Vendée.

———

Président du jury:	Monsieur le Professeur Olivier BOUCHOT
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Morgan GODARD
Membres du Jury :	Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU
	Madame le Docteur Stéphanie LARRAMENDY

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier Bouchot, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse et de l'intérêt que vous avez montré pour notre travail.

A Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau et Madame le Docteur Stéphanie Larramendy, merci de l'attention et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et d'avoir accepté de l'évaluer en siégeant dans notre jury.

Au Docteur Morgan Godard, merci d'avoir accepté de diriger notre travail et de nous avoir accompagnés, conseillés et inspirés, de toujours nous pousser dans nos retranchements et de nous faire penser « outside the box » !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS *5*

INTRODUCTION *6*

I. État des lieux de la contraception en France **6**
A. Évolutions récentes dans le paysage contraceptif français 6
B. La contraception chez les femmes de plus de 40 ans 7

II. La stérilisation : une méthode sûre et efficace **8**
A. Vasectomie 8
1. Réalisation d'une vasectomie 8
2. Complications 8
B. Ligature tubaire 9
1. Réalisation d'une ligature tubaire 9
2. Complications 9
C. Comparaison des méthodes féminine et masculine 10

III. La stérilisation : en marge de la contraception française **11**
A. Place de la stérilisation dans le monde 11
B. Place de la stérilisation en France 12

IV. Le choix de la méthode de stérilisation **13**

MATERIELS ET METHODES *14*

I. Objectif principal **14**

II. Type d'étude **14**

III. Constitution de l'échantillon **14**

IV. Élaboration des entretiens **15**
A. Investigateurs 15
B. Référentiel utilisé 15
C. Grille d'entretien 15

V. Recueil et analyse des données **16**

VI. Aspects réglementaires **16**

RÉSULTATS *17*

I. Caractéristiques de l'échantillon **17**

II. Résultats des entretiens **19**
A. LE CHOIX D'ARRÊTER LES GROSSESSES 19
1. Un idéal familial atteint 19
2. Un choix de raison 19
3. Un choix émotionnel 20
4. Pouvoir faire de nouveaux projets 20
B. LE CHOIX D'UNE STERILISATION 21
1. Difficultés liées à la contraception réversible 21
2. Les avantages de la stérilisation 23
C. LE CHOIX DE LA METHODE DE STERILISATION 24
1. Déterminants contextuels 24
2. Déterminants individuels 31
3. Déterminants liés au couple 39

DISCUSSION *42*
I. A propos des résultats **42**
A. LE CHOIX D'ARRÊTER LES GROSSESSES 42
B. LE CHOIX D'UNE STÉRILISATION 43
1. Difficultés liées à la contraception réversible : principal argument pour la stérilisation 43
2. Rejet des hormones et retour au naturel : des arguments récents pour la stérilisation 44
C. LE CHOIX DE LA METHODE DE STERILISATION 45
1. Déterminants contextuels 45
2. Déterminants individuels 50
3. Déterminants liés au couple 54
II. FORCES ET FAIBLESSES **56**
A. Le sujet de l'étude 56
B. La population étudiée 56
C. Les entretiens 57
D. Analyse des données 57
III. PERSPECTIVES EN MÉDECINE GENERALE **58**
CONCLUSION *60*
BIBLIOGRAPHIE *61*
ANNEXES *65*
RESUME *86*

LISTE DES ABREVIATIONS

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COCON : COhorte sur la CONtraception

Conjoint LT : conjoint d'une femme ayant réalisé une ligature tubaire coelioscopique

Conjoint VAS : conjoint d'une femme interrogée ayant réalisé une vasectomie

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CSA: Consumer, Science and Analytics

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FECOND : FECondité - CONtraception - Dysfonctions sexuelles

Femme LT : femme ayant réalisé une ligature tubaire coelioscopique

Femme VAS : femme dont le conjoint a réalisé une vasectomie

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LT : Ligature Tubaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VAS : Vasectomie

INTRODUCTION

I. État des lieux de la contraception en France

A. Évolutions récentes dans le paysage contraceptif français

En 2000, l'étude COCON (COhorte sur la CONtraception), une enquête prospective interrogeant des femmes de 18 à 44 ans sur leur contraception (1), mettait en évidence une **« norme contraceptive** » française : recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis utilisation d'une contraception hormonale orale lorsqu'une relation devient stable, et enfin usage d'un dispositif intra-utérin (DIU) une fois le nombre d'enfants souhaités par le couple atteint.
Dans cette étude, 46% des femmes utilisaient la pilule, 16% un DIU, 7,5% le préservatif. Les autres méthodes étaient rares : 4,5% des femmes avaient eu recours à une stérilisation (ligatures tubaires et vasectomies confondues), 4,3% à d'autres méthodes. Enfin, 2,7% des femmes ne souhaitant pas d'enfant n'avaient pas de contraception.
L'enquête COCON constatait surtout que 33% de l'ensemble des grossesses n'étaient pas planifiées, dont la moitié étaient interrompues volontairement.
Le nombre important de grossesses non prévues montrait la désadaptation entre les besoins contraceptifs des femmes et les méthodes utilisées.

En 2010, l'enquête FECOND (FECondité - CONtraception - Dysfonctions sexuelles) interrogeait des personnes des deux sexes de 15 à 49 ans sur leurs pratiques contraceptives (2). Elle observait une diminution du recours à la contraception orale au profit des autres méthodes hormonales et du DIU. Le recours à la stérilisation stagnait, de même que l'absence de tout moyen de contraception.

Fin 2012, la « **crise des pilules** » se déclenchait suite au dépôt de plainte d'une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral alors qu'elle utilisait une pilule de 3^{e} génération. L'ampleur du débat médiatique provoqué amenait le ministère de la santé à ne plus rembourser les pilules de 3^{e} et 4^{e} génération dès le 31 mars 2013.
Afin d'évaluer les répercussions de cette crise, l'enquête FECOND était reproduite en 2013 (3).
Elle montrait une baisse continue du recours à la contraception orale, bénéficiant aux autres méthodes comme le DIU, au préservatif ou au retrait.

Le phénomène perdurait en 2016 selon l'évaluation du Baromètre Santé, avec une diminution persistante du recours à la contraception orale. Bien que celle-ci restait le premier moyen utilisé (4), l**a « norme contraceptive » s'assouplissait.**

B. La contraception chez les femmes de plus de 40 ans

Actuellement en France, la difficulté pour les femmes de plus de 40 ans d'avoir une contraception adaptée est majeure :

- Quand la femme avance en âge, le rapport bénéfice/risque des méthodes contraceptives est modifié, avec un risque cardio-vasculaire et des contre-indications qui augmentent (5).

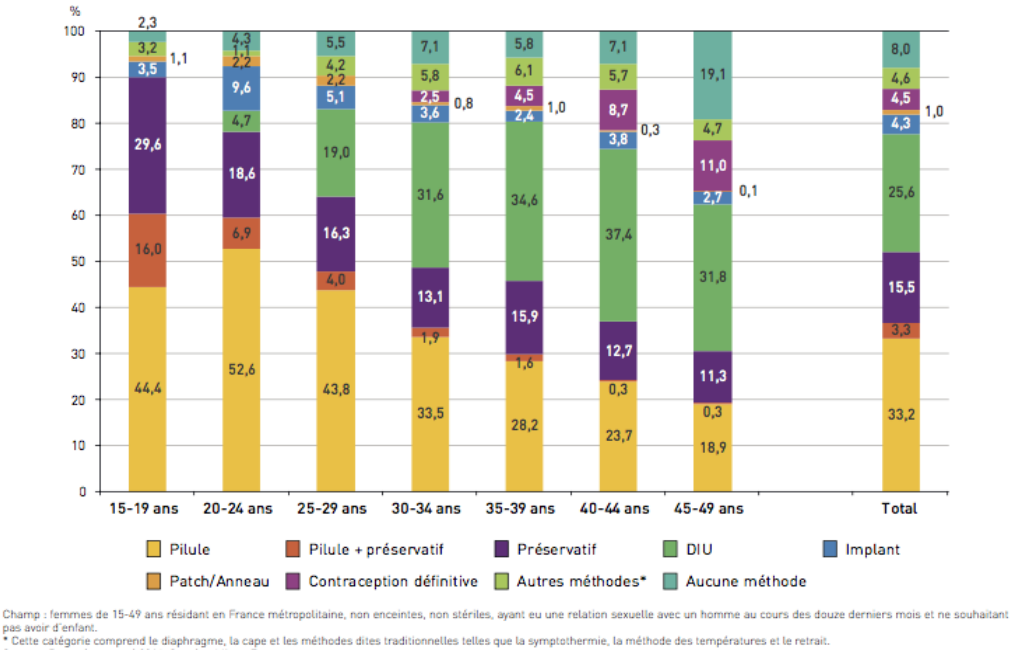
Pourtant, une contraception efficace est nécessaire car une grossesse reste possible jusqu'à la ménopause.

- Dans l'étude de Henri Toulemon (6), 58% des grossesses n'étaient pas souhaitées chez les femmes de plus de 40 ans : 40% des grossesses aboutissaient à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et 18% à une naissance non désirée. De plus, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) soulignait dans son dernier rapport l'augmentation depuis 10 ans du recours à l'IVG après 35 ans (7).

Dans cette population en particulier, ces chiffres témoignent d'une désadaptation entre les besoins et l'utilisation contraceptive.

- En effet, **les femmes de plus de 35 voire 40 ans n'ont pas bénéficié de l'assouplissement du schéma contraceptif lié à la crise des pilules.** Elles sont restées dans la « norme contraceptive ».

Le Baromètre Santé montrait que l'usage de la pilule diminuait avec l'âge au profit quasi exclusif du DIU. Le nombre de femmes sans contraception augmentait avec l'âge pour atteindre 19% chez les 45-49 ans. Les autres méthodes étaient rares et la stérilisation ne concernait encore qu'une minorité de femmes (4) *(Figure 1).*



<u>Figure 1</u> : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (source Baromètre Santé).

II. La stérilisation : une méthode sûre et efficace

La stérilisation contraceptive est une méthode sûre, efficace et définitive. Elle peut être réalisée aussi bien chez la femme (ligature tubaire) que chez l'homme (vasectomie).

A. Vasectomie

1. Réalisation d'une vasectomie

La vasectomie (8)(9) consiste à isoler et extérioriser les canaux déférents à l'aide d'une ou deux incisions d'environ 1 cm, puis à en réaliser l'occlusion. Les spermatozoïdes ne peuvent ainsi rejoindre le liquide spermatique. L'occlusion mécanique s'associe à la formation de granulomes inflammatoires liés au passage des spermatozoïdes dans les tissus environnants et à la production d'anticorps anti-spermatozoïdes, permettant une contraception efficace et définitive.

L'intervention est habituellement réalisée sous anesthésie locale, en ambulatoire. Elle peut se faire plus rarement sous anesthésie générale. Elle ne nécessite habituellement pas d'arrêt de travail, ou celui-ci est court (1 à 2 jours).
Un spermogramme de contrôle à 3 mois de l'opération est nécessaire pour vérifier l'azoospermie. Une contraception efficace doit être utilisée dans ce délai.
L'autoconservation du sperme dans un Centre d'Étude et de Conservation des Oeufs et du Sperme humains (CECOS) est proposée au préalable.

2. Complications

Les complications immédiates sont rares et apparaissent dans 1 à 6% des cas : hématomes, saignements, infections, douleurs post-opératoires. Moins de 3% de celles-ci nécessitent une consultation médicale.

Le risque d'échec est très rare : le taux de grossesses non souhaitées pour cent femmes la première année est de 0,10 % en pratique optimale, 0,15 % en pratique courante (5).
La plupart des échecs sont liés à des rapports non protégés avant la vérification de l'azoospermie effective sur le spermogramme de contrôle ; bien plus rares sont les échecs chirurgicaux et la reperméabilisation spontanée des déférents.

A distance, il n'existe pas de sur-risque de cancer prostatique (10) ou testiculaire (11), ni de sur-risque cardiovasculaire (12), comme en attestent de nombreuses méta-analyses récentes**.**

Sur le plan sexuel, l'érection, l'éjaculation et l'orgasme sont identiques après chirurgie. On note même une amélioration de la qualité des relations sexuelles pour les hommes, et également chez leurs conjointes (augmentation du désir, de l'excitation, de l'orgasme) (13).

B. Ligature tubaire

1. Réalisation d'une ligature tubaire

La ligature tubaire (9)(14) consiste en l'occlusion des trompes de Fallope empêchant ainsi toute fécondation. Plusieurs voies d'abord existent. Le dispositif Essure, qui permettait l'occlusion tubaire par voie hystéroscopique, a été retiré du marché en 2017 suite à des signalements d'effets indésirables (15). Actuellement la coelioscopie est la technique de référence en France. C'est de celle-ci dont il sera question dans la suite de l'étude.

L'intervention sous coelioscopie est réalisée sous anesthésie générale, et peut nécessiter une hospitalisation de 1 à 3 jours. Elle est efficace immédiatement. Elle laisse la plupart du temps des cicatrices quasi invisibles au niveau de l'ombilic et au niveau pubien. L'arrêt de travail faisant suite est habituellement de 4 à 8 jours.

2. Complications

Les principales complications sont liées au risque anesthésique.
Les complications per et post-opératoires sont celles de la cœlioscopie : hématomes, hémorragies, infections, douleurs post-opératoires.
Le taux de grossesses non souhaitées la première année d'utilisation est de 0,5 % en pratique optimale ou courante (5).
A long terme :

- La sexualité est inchangée dans la plupart des cas, et si un changement est noté, il est beaucoup plus souvent positif que négatif (16). Les femmes peuvent déclarer des améliorations sur le désir, le plaisir, la satisfaction sexuelle globale (17).
- La stérilisation tubaire est protectrice vis-à-vis des grossesses ectopiques par rapport à la population générale, du fait de la faible incidence des grossesses (9).
- Il n'a pas été démontré d'augmentation du risque de cancer du sein, du col ou de l'endomètre. Il existe un potentiel effet protecteur sur le cancer de l'endomètre et sur le cancer de l'ovaire, dont les mécanismes ne sont pas entièrement élucidés (9).

C. Comparaison des méthodes féminine et masculine

Les stérilisations féminine et masculine ont démontré leur efficacité, mais comparativement la vasectomie présente plusieurs avantages (5)(9)(18).

- Son efficacité est supérieure à la ligature tubaire (0,15% contre 0,50% de grossesse dans l'année).
- La technique de la vasectomie est moins invasive et nécessite une anesthésie moins lourde.
- Les complications sont la plupart du temps minimes pour les deux méthodes, mais il existe moins de complications graves pour la vasectomie que pour la ligature tubaire, principalement en lien avec l'anesthésie.
- Sur le plan de la santé publique, la vasectomie représente un coût moindre pour l'assurance maladie, de l'ordre de 60€ contre 196€ pour une ligature tubaire (19).

III. La stérilisation : en marge de la contraception française

A. Place de la stérilisation dans le monde

La stérilisation, et plus particulièrement la stérilisation féminine, est la méthode de contraception la plus utilisée dans le monde (20). Cette dernière est utilisée par 24 % des femmes en âge de procréer en 2019 (*Figure 2)*. Ce constat est partagé en Europe, et plus particulièrement en Espagne, en Grande-Bretagne et en Allemagne, où la stérilisation est la méthode la plus utilisée chez les femmes de plus de 40 ans. Au contraire en France et en Italie, la stérilisation n'est que rarement utilisée (21).

De plus, on remarque un grand déséquilibre de recours entre stérilisation féminine et masculine. Dans le monde en 2019, 219 millions de femmes étaient stérilisées contre 16 millions d'hommes. La stérilisation féminine est deux fois plus fréquente que la vasectomie dans la majorité des pays développés (8 fois en Asie, et 15 fois en Amérique latine) (20).

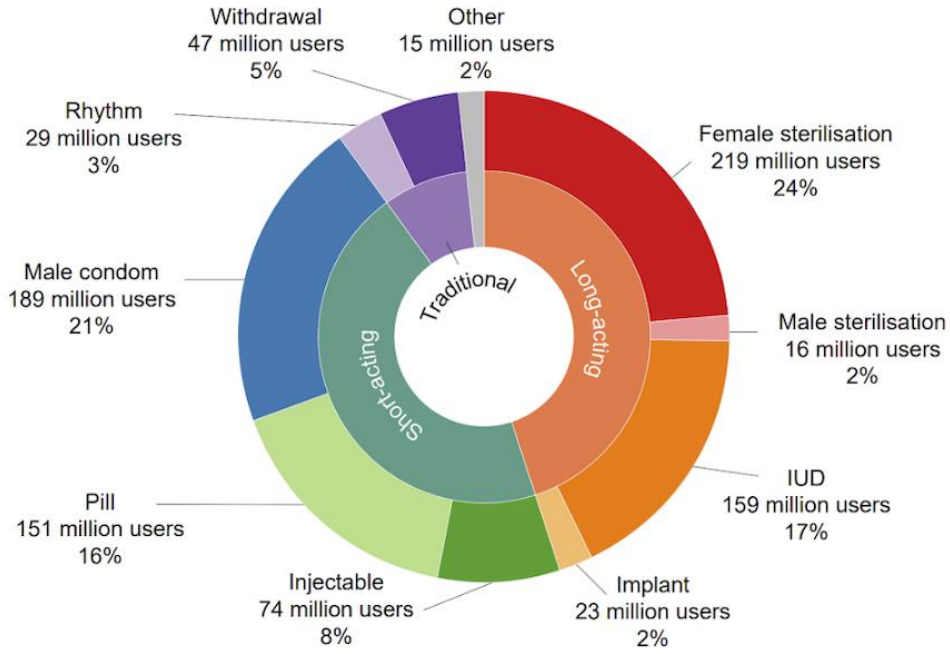


Figure 2 : Répartition de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde en 2019 (Source World Contraceptive Use 2019).

Selon les derniers recueils de données, seuls 5 pays ont une utilisation de la stérilisation masculine plus fréquente que la stérilisation féminine : la Grande Bretagne, les Pays-Bas, le Bhoutan, l'Australie et la Nouvelle Zélande (20)**.** Cette dernière est le pays avec le taux de vasectomie le plus important : elle concerne 19,5% des hommes tout âge confondu et 57% des hommes de 40 à 49 ans (22).

B. Place de la stérilisation en France

La France est le dernier pays européen à avoir légalisé la stérilisation, dans la loi du 4 juillet 2001 (23). Celle-ci précise que la stérilisation peut être pratiquée chez toute personne majeure qui « a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». Un délai de réflexion de 4 mois minimum est requis entre la première consultation et l'intervention.

En France, le recours à la stérilisation contraceptive est faible. Elle concernait 4,5% des femmes de 15-49 ans en 2016 toutes méthodes confondues (4) *(cf Figure 2).*

Selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en 2019 (24), 23 315 ligatures tubaires par coelioscopie avaient été réalisées. Leur nombre a augmenté suite au retrait du marché des implants Essure. Les vasectomies sont rares, même si leur nombre connaît une forte hausse ces dernières années, passant de 3 800 en 2015 à 12 120 en 2019 (*Figure 3*).

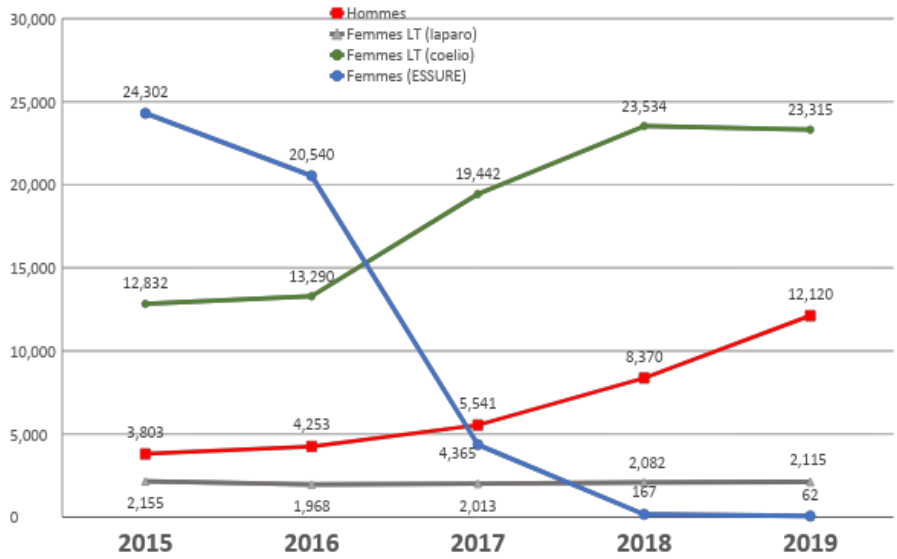


Figure 3 : Évolution du nombre de personnes ayant eu recours à une stérilisation féminine (ligature tubaire par coelioscopie, laparotomie, ou méthode Essure) ou masculine entre 2015 et 2019 en France. (Source CCAM)

Pourtant, les rapports de santé publique, dont celui de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (25) incitent à promouvoir les contraceptions les plus efficaces, notamment la stérilisation, afin de réduire les grossesses non désirées.

De plus, dans le même but, les campagnes de prévention menées par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé **(**INPES) visent à majorer l'implication des hommes dans la contraception : « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? » (2009), « Contraception : filles et garçons, tous concernés ! » (2010). Des articles y sont aussi dédiés sur les sites du ministère de la santé « onsexprime.fr » ou « choisirsacontraception.fr ».

IV. Le choix de la méthode de stérilisation

De nombreuses études américaines s'étaient intéressées dans les années 1980 aux facteurs influençant le choix de la méthode de stérilisation.
Dans l'étude « *A model of the determinants in married women of sterilization method choice* », paru en 1985, Miller et al. ont modélisé le processus de décision (26).
Ils se basaient sur les travaux de Mumford (27) et décrivaient un processus en trois temps : **la décision d'arrêter les grossesses, puis le choix de la stérilisation, et enfin le choix de la méthode de stérilisation.** Chacune de ces décisions se prenait séquentiellement et était indissociable.

Ils notaient l'influence de trois groupes de déterminants pour le processus :

- Les déterminants **contextuels** : le soutien social reçu et les retours des personnes de l'entourage ayant réalisé l'opération.
- Les déterminants **individuels** : les motivations, croyances et représentations des partenaires.
- Les déterminants **liés au couple** : les interactions du couple, par exemple l'époux qui a le plus d'influence sur l'autre ou celui qui refuse l'opération.

Cependant, même si ces groupes de déterminants semblent pertinents, les facteurs de décision en eux-mêmes retrouvés dans ces études ne peuvent être généralisés à la population française actuelle. En effet, elles sont anciennes et concernent une population avec des différences socio-culturelles.
Plusieurs thèses françaises récentes se sont intéressées au vécu des couples ayant réalisé une stérilisation, ou au regard des hommes sur la vasectomie. Cependant aucune étude française n'a encore étudié le processus ou les facteurs influençant le choix de la méthode de stérilisation.

Par ailleurs, Miller and al. avaient choisi dans leur étude de 1980 **d'interroger les femmes** ligaturées et les femmes dont le conjoint avait réalisé une vasectomie (26).
En France, comme nous l'avons vu précédemment, les méthodes de contraception utilisées sont majoritairement féminines, et les femmes sont ainsi les **interlocutrices privilégiées des médecins** dans ce domaine. En 2017, un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) mettait en évidence que la responsabilité contraceptive était principalement portée par les femmes. Le rapport évaluait ainsi à plus de 50% le nombre de femmes choisissant seule leur méthode de contraception dans leur couple (5).
Le sociologue Cyril Desjeux soulignait également le **rôle clé des femmes** dans l'implication de leur partenaire dans la contraception (28).

Sur ces arguments, ce travail de thèse propose donc d'étudier les déterminants du choix d'une stérilisation par ligature tubaire ou vasectomie au sein des couples, au travers du point de vue de femmes, en Loire-Atlantique et en Vendée.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier les déterminants du choix d'une stérilisation par ligature tubaire ou par vasectomie au sein de couples, au travers du point de vue de femmes habitant en Loire Atlantique et Vendée.

II. Type d'étude

Une méthode de recherche qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés a été retenue.

III. Constitution de l'échantillon

Deux catégories de femmes ont été incluses : des femmes qui avaient réalisé une ligature tubaire coelioscopique (femmes LT) et des femmes dont le conjoint actuel avait réalisé une vasectomie (femmes VAS).

Les critères d'exclusion étaient :

- Avoir eu recours à une stérilisation par méthode Essure.
- Avoir réalisé une vasectomie lors d'une précédente union.
- Avoir été célibataire au moment de la réalisation de la chirurgie.

Les femmes ont été recrutées sur la base du volontariat grâce à des prospectus mis à disposition à partir de février 2020 en salle d'attente de différents cabinets de médecine générale et expliquant succinctement le travail *(Annexe 1).*
Les prospectus ont été déposés dans des cabinets de médecine générale connus des investigateurs à La Chapelle-sur-Erdre, Nantes, La Roche-sur-Yon et Savenay.
Les femmes acceptaient de laisser leurs coordonnées afin d'être contactées par téléphone ou par mail pour programmer l'entretien.
La méthode « boule de neige » a aussi été utilisée.
L'échantillonnage a été raisonné en recherche de variation maximale selon l'âge, l'âge lors de la stérilisation, la profession.

IV. Élaboration des entretiens

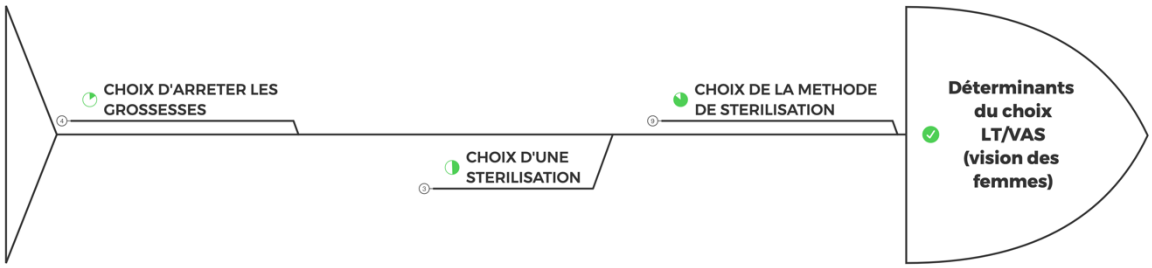
A. Investigateurs

Les investigateurs principaux étaient deux médecins généralistes, un homme et une femme.

B. Référentiel utilisé

Le recueil des données et l'analyse ont été basées sur le modèle de décision de Miller (26) :

- Le processus s'effectue en 3 étapes séquentielles et indissociables : la décision d'arrêter les grossesses, puis le choix de la stérilisation, et enfin le choix de la méthode.



- Les 3 grands types de déterminants (contextuels, individuels, liés au couple) ont été détaillés pour le choix de la méthode de stérilisation.

C. Grille d'entretien

La grille d'entretien a été rédigée à partir des données de la littérature et selon les lignes directrices COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Elle explorait 4 axes principaux grâce à des questions ouvertes :

1) L'histoire de la contraception de l'enquêtée,
2) Le processus du choix pour arrêter les grossesses,
3) Le processus du choix de la stérilisation,
4) Le processus du choix de la méthode de stérilisation.

Des questions de relance étaient prévues si besoin dans la grille d'entretien.
Les données socio-démographiques manquantes étaient recueillies en fin d'entretien grâce à une liste de questions pré-établies.

Les deux premiers entretiens, intégrés à l'étude, ont permis de tester la grille d'entretien. Cette dernière a ensuite été ajustée au fur et à mesure pour aboutir à sa version finale *(Annexe 2).*

V. Recueil et analyse des données

Les entretiens étaient réalisés individuellement avec l'un ou l'autre des investigateurs.

Plusieurs lieux pour la réalisation des entretiens ont été proposés aux enquêtées : le cabinet de médecine générale dans lequel exerçait l'investigateur, leur domicile, ou un autre endroit de leur choix.

Après explication des objectifs de l'étude, les enquêtées donnaient leur accord oral pour que l'entretien soit enregistré sur dictaphone.

Les entretiens ont ensuite été anonymisés et retranscrits manuellement dans leur intégralité via les logiciels de traitement de texte Microsoft Word et Apple Pages. Les expressions orales et le langage paraverbal ont également été retranscrits.
Chaque entretien a été lu et codé par les deux enquêteurs individuellement, puis conjointement, permettant une triangulation des données.
L'analyse des verbatims s'est effectuée de façon itérative après chaque entretien, par codage des données, classement en catégories, puis mise en relation de ces catégories afin de dégager des thèmes, selon une approche par théorisation ancrée.
Les données d'analyse ont été répertoriées dans un tableau via le logiciel Microsoft Excel.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, avec la réalisation d'un entretien supplémentaire par groupe afin de le confirmer.

Les caractéristiques de l'échantillon ont été comparées par un test de Student en utilisant le site BioStatTGV (29).

VI. Aspects réglementaires

L'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été accordée. La déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée sous la référence CNIL 2221127 v 0.

Cette étude qualitative observationnelle n'a pas fait l'objet de demande d'avis au Comité de protection des personnes.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont été réalisés de février 2020 à février 2021, à La Chapelle-sur-Erdre, La Roche-sur-Yon, Savenay, La Chapelle-Launay, Guenrouet.
A leur demande, tous les entretiens ont été effectués au domicile des enquêtées, sauf deux qui se sont effectués dans un lieu neutre (parc). 3 femmes ont été recrutées par méthode « boule de neige ».
16 femmes ont été interrogées : 8 femmes LT et 8 femmes VAS.

Dans le groupe « ligature tubaire » (LT) :

- 8 femmes de 35 à 70 ans ont été interrogées (moyenne d'âge actuelle : 55,5 ± 11,3 ans, moyenne d'âge à l'opération : 35,5 ± 3,2 ans).
- Leurs conjoints (conjoints LT) avaient de 43 à 69 ans (moyenne d'âge actuelle 56 ± 9,3 ans, moyenne d'âge à l'opération 36,8 ± 4,8 ans).
- Les entretiens ont varié de 23 à 52 minutes (moyenne 37 ± 13,2 minutes).

Dans le groupe « vasectomie » (VAS) :

- 8 femmes de 30 à 43 ans ont été interrogées (moyenne d'âge actuelle 37,6 ± 6,8 ans, moyenne d'âge à l'opération : 34,6 ± 5,6 ans).
- Leurs conjoints (conjoints VAS) avaient de 34 à 49 ans (moyenne d'âge actuelle 40,4 ± 4,9 ans, moyenne d'âge à l'opération 38,2 ± 3,6 ans).
- Les entretiens ont varié de 24 à 75 minutes (moyenne 49,3 ± 15,6 minutes)

Les femmes du groupe LT sont en moyenne plus âgées que les femmes du groupe VAS (p=0,002) au moment de l'entretien. Il en est de même pour leurs conjoints (p=0.001). Il n'y a, par contre, pas de différence d'âge significative au moment de l'opération entre les 2 groupes *(Figure 4)*.

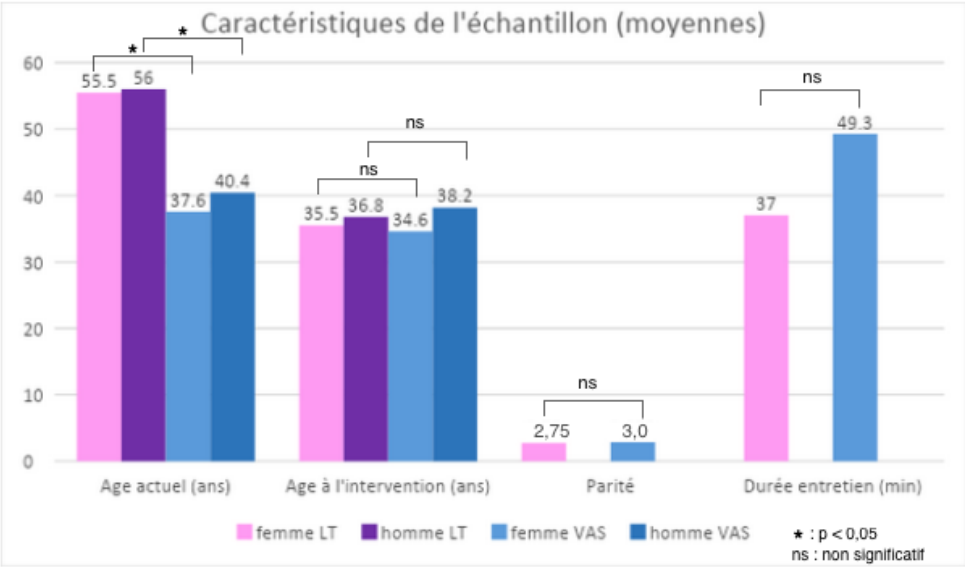
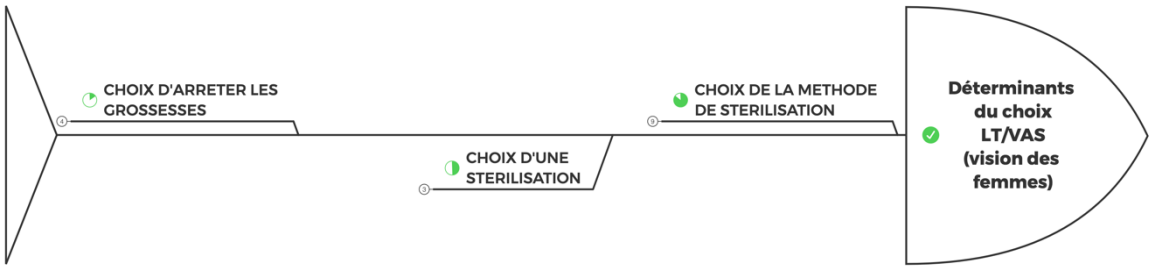


Figure 4 : Comparaison des moyennes d'âge, d'âge à l'intervention, de parité et de durée d'entretien entre le groupe LT et le groupe VAS.

II. Résultats des entretiens



A. LE CHOIX D'ARRÊTER LES GROSSESSES

Les motivations retrouvées pour arrêter les grossesses pour les femmes VAS et LT étaient :

1. Un idéal familial atteint

La plupart des femmes interrogées avaient fait le choix d'arrêter les grossesses car elles avaient

- **Le nombre d'enfant** désiré (*LT1 « Après 4 enfants, on n'en voulait plus »).*
- Avec un « bon » **écart d'âge** (*VAS1 « Dans ma famille nombreuse comme je l'avais imaginée, c'était une famille nombreuse mais avec des enfants rapprochés »).*
- Et éventuellement des enfants de **sexe différent** (*LT7 « J'ai eu un garçon et une fille ! Donc le choix du roi »).*

2. Un choix de raison

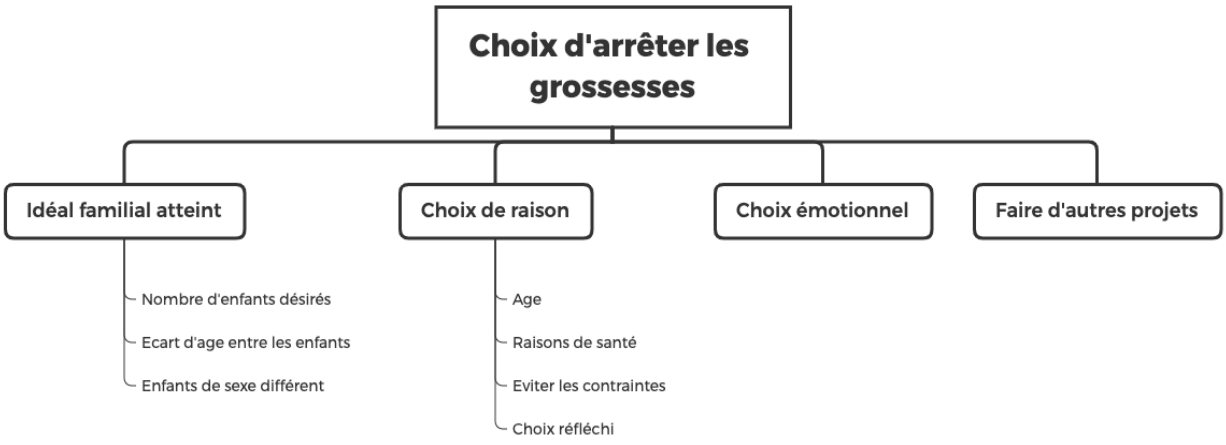
- Les femmes avaient dépassé la **limite d'âge** qu'elles s'étaient fixée (*VAS1 « J'approchais des 40 ans »).*
- Elles avaient eu des **complications médicales** lors de leurs précédentes grossesses ou accouchements et étaient inquiètes d'une possible récidive (*LT7 « Ha bah non à chaque grossesse j'ai un truc ! Donc à la 3e grossesse qu'est-ce que je vais avoir ! »).*
- Elles souhaitaient **éviter les contraintes** logistiques, financières et de charge mentale liées à une nouvelle naissance (*VAS2 « Je pense qu'il faut s'arrêter là, ça fait déjà beaucoup de travail »).*
- La décision avait été longtemps et mûrement **réfléchie** (*LT6 « C'était pas sur un coup de tête hein. J'avais vraiment muri »).*

3. Un choix émotionnel

La décision de stérilisation pouvait aussi être une nécessité psychologique pour la femme ou son conjoint suite à des parcours de grossesse ou d'accouchements difficiles (*LT8 « C'était pas possible psychologiquement »).*

4. Pouvoir faire de nouveaux projets

Plusieurs femmes souhaitaient se tourner vers des projets familiaux, de couple, ou prendre le temps de s'occuper d'elles-mêmes (*VAS6 « Arrivés à un certain âge, pas envie de revenir en arrière. D'avancer quoi, de profiter d'eux quoi »).*



B. LE CHOIX D'UNE STERILISATION

Les mêmes motivations pour la stérilisation étaient citées par les femmes LT et les femmes VAS.

1. Difficultés liées à la contraception réversible

a) Effets indésirables vécus ou supposés

Les femmes rapportaient de nombreux effets indésirables liés à l'utilisation des contraceptifs réversibles :

- Pour la pilule : la prise de poids (*LT6 « J'avais pris du poids »)*, la baisse de libido (*VAS2 « Il y a des signes qu'on ressentait pas forcément avec la pilule »)*, des douleurs et des ménorragies (*VAS5 « Ca ne convenait pas au niveau des saignements c'était très important et très douloureux »)*, des effets sur l'humeur (*VAS4 « Des effets des fois voilà, pas de tristesse, mais de mélancolie où je voyais qu'au niveau hormonal c'était pas moi »)*, des migraines (*VAS7 « J'avais des migraines avant chaque début de cycle et pendant mon cycle »)* voire une intolérance globale (*LT7 « Je ne supportais pas »)*. La contrainte de la prise quotidienne et du risque d'oubli étaient cités (*LT6 « C'était contraignant de prendre la pilule. C'était toujours à heure fixe »)*.
- Pour le dispositif intra-utérin hormonal (Mirena) : des céphalées *(VAS5 « Des migraines extrêmement importantes à chaque cycle »)*, la prise de poids *(VAS1 « Il y a une forte prise de poids, et moi j'ai pris 15kg en un an et demi »)*, des effets négatifs sur la sexualité et la libido *(LT1 « Ça a été une catastrophe ! J'ai pas du tout aimé, les rapports se passaient mal, j'avais l'impression d'avoir une sécheresse vaginale continue (…) et une diminution de la libido un peu »)*
- Pour le DIU au cuivre : des ménorragies (*LT6 « Le stérilet j'avais des hémorragies, ça ne me correspondait pas du tout »)*, des infections urinaires (*VAS6 « J'ai fait des infections urinaires alors que je n'en avais jamais fait de ma vie »)*, une méfiance vis-à-vis du « corps étranger » (*VAS2 « Le fait d'avoir un corps étranger, ça me disait rien du tout... »)*, l'inquiétude quant à la pose et au retrait *(LT8 « J'ai eu un stérilet, oh ! C'était tout une affaire (…) c'était stressant »).* La contrainte du geste et du suivi nécessaire étaient évoqués (*LT5 « Je ne voulais surtout pas m'embêter à en mettre un, l'enlever et me faire suivre »*).
- Pour l'implant : des méno-métrorragies (*VAS5 « J'ai eu pendant 3 mois des saignements quasi hémorragiques »)*, la méfiance vis-à-vis du corps étranger (*VAS6 « Ça me paraissait bizarre d'avoir quelque chose »).*
- Pour le préservatif masculin : le désagrément pour le partenaire masculin (*VAS6 « C'était mon conjoint qui en avait très marre du préservatif »).*

b) Contre-indications

Certaines patientes ne pouvaient avoir accès à l'ensemble des contraceptifs réversibles du fait de contre-indications. Celles-ci étaient :

- Pour les œstro-progestatifs : le tabagisme *(LT8 « J'étais toujours fumeuse : 1 paquet par jour, parfois plus, donc la gynéco m'a dit la contraception orale c'est quand même pas terrible »)*, les migraines *(LT2 « J'ai toujours été migraineuse, donc la contraception pour moi c'était pas recommandé »)*, l'hypertension artérielle *(LT4 « J'avais de l'hypertension depuis très longtemps. (…) Donc la pilule pour moi n'était pas une chose à faire »)*, la pré-éclampsie *(VAS7 « J'ai fait une crise de prééclampsie. Donc suite à ça ma gynécologue m'a plutôt mis avec une pilule microdosée »).*
- Pour le DIU : des synéchies utérines *(LT8 « Coller les parois utérines (…) il n'y avait plus de possibilité de poser un stérilet »)*, et de façon relative, des ménorragies déconseillant son usage (*VAS5 « Le stérilet cuivre n'était pas envisagé du fait des règles abondantes que j'avais eu avant »).*

c) Méfiance envers les contraceptifs réversibles

Les femmes décrivaient une grande méfiance :

- Sur l'utilisation des hormones : elles voyaient de façon péjorative l'utilisation de substances « synthétiques » (*VAS1 « Prendre des trucs pas naturels »*).
    - Le risque pour leur propre santé était fréquemment rapporté, avec des peurs très générales *(LT8 « Des trucs un peu craignos »)* ou bien identifiées *(VAS3 « Ça peut provoquer des cancers du sein »).*
    - Le risque écologique était également évoqué (*VAS3 « Je sais que les résidus hormonaux partent dans les urines et partent dans l'environnement »).*
- Sur l'efficacité des contraceptifs réversibles (*LT4 « On avait peur justement que les autres contraceptifs suffisent pas »).* Ces doutes venaient parfois d'une expérience d'échec de contraception, vécue par la femme elle-même ou par son entourage (*LT3 « Donc, parce que comme Y., la dernière de nos filles, était venue malgré la pilule, bah j'avais plus confiance »).*

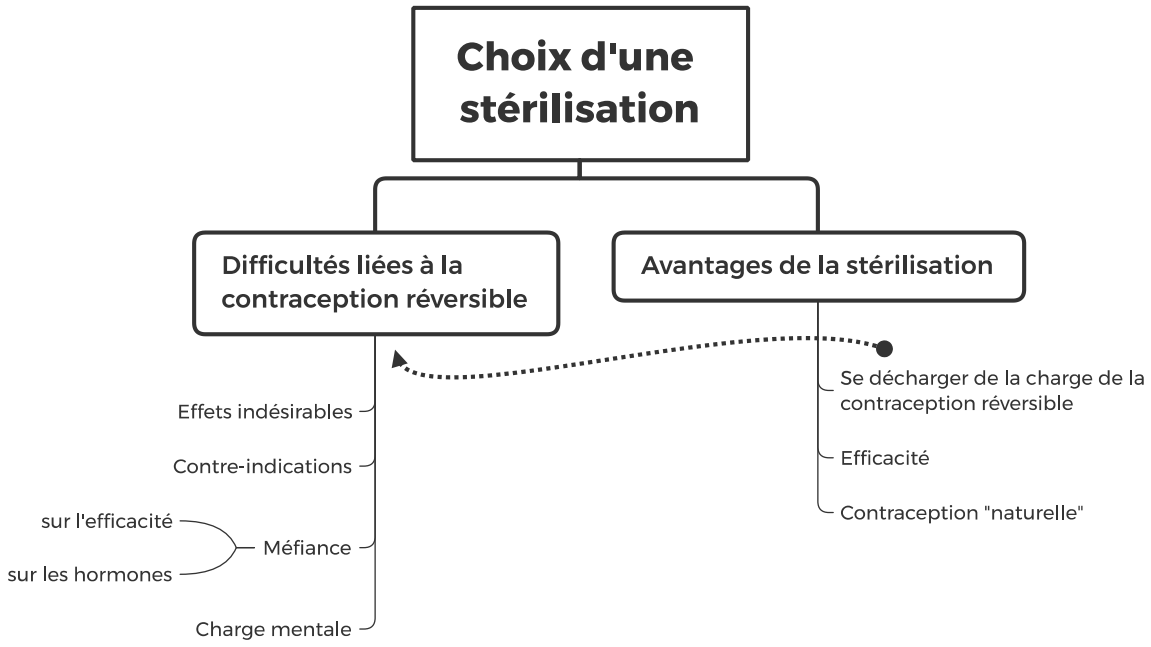
d) La charge mentale de la contraception réversible

Certaines femmes racontaient avoir essayé plusieurs contraceptions mais qu'aucune méthode réversible ne leur avait parue adaptée et satisfaisante (*VAS5 « J'avais l'impression d'avoir vu tout le panel et que plus aucun ne me convenait »).* Elles vivaient l'utilisation de la contraception comme une réelle charge (*VAS7 « J'en avais ras le bol. Le ras le bol, je pense que c'est bon ! Il y a assez de trucs qu'on vit au quotidien en tant que femme »).*

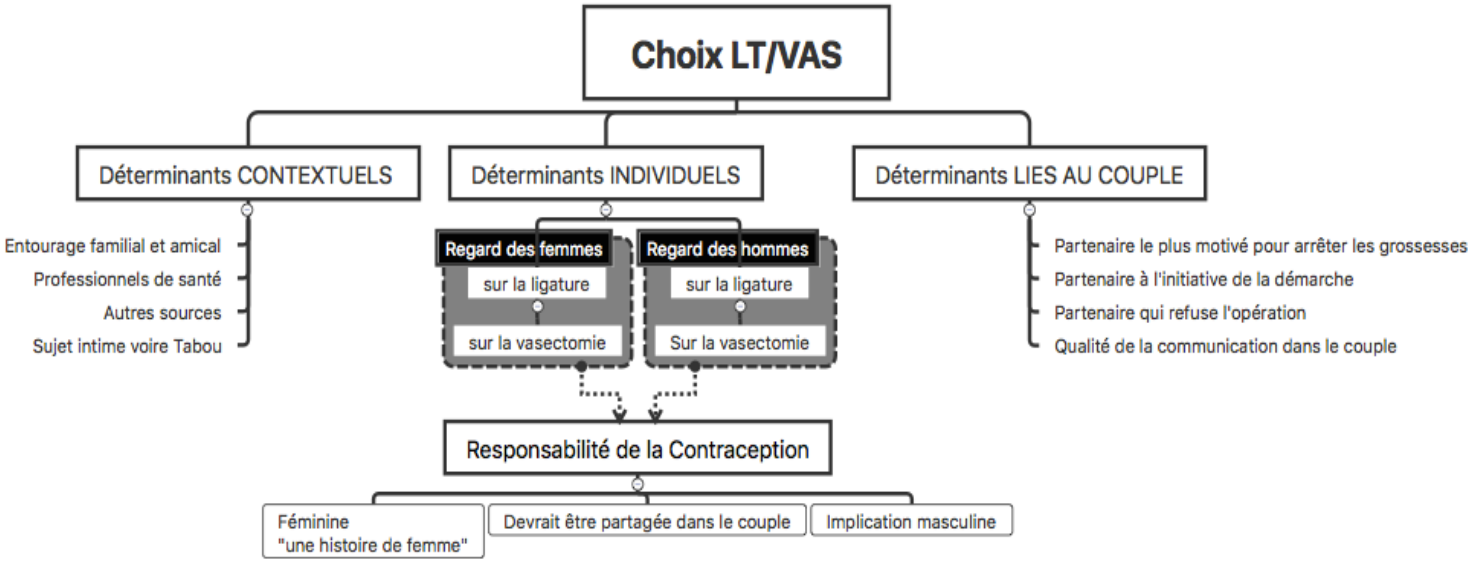
2. Les avantages de la stérilisation

Ainsi, le choix d'une stérilisation répondait point par point aux difficultés rencontrées avec la contraception réversible :

- Elle permettait de se décharger de leurs contraintes et de leur charge : *VAS8 « On n'avait plus besoin ni de préservatifs, ni de pilule, ni de quoi que ce soit, on a trouvé ça génial quoi ! ».*
- Elle était perçue comme une méthode efficace : *LT1 « Donc on peut faire l'amour sans se poser la question de l'enfant, ça c'est génial (…) Il n'y a plus que le plaisir ».*
- Elle permettait d'avoir une contraception non hormonale *(VAS5 « Quelque chose de 100% naturel »),* avec des avantages sur leur corps *(VAS2 « Plus à l'écoute de mon corps »)* et sur l'environnement *(VAS3 « De pas polluer à ce niveau-là »).*



C. LE CHOIX DE LA METHODE DE STERILISATION



1. Déterminants contextuels

Les femmes interrogées rapportaient le rôle des facteurs extérieurs comme l'avis des différentes personnes de leur entourage, de leur médecin et des médias dans la décision de leur méthode de stérilisation.

a) Influence de l'entourage familial et amical

- <u>Entourage ayant réalisé une stérilisation</u>

<u>Pour les femmes VAS :</u>

- Le fait de connaitre quelqu'un dans son entourage avait permis à plusieurs femmes VAS de **découvrir la méthode** : *VAS4 « Mais on ne parle jamais de la vasectomie, donc je me dis que peut-être si on n'avait pas eu ce couple là qui nous en avait parlé, je ne sais pas si... ».*
- Elles expliquaient l'utilité de connaitre quelqu'un de proche qui s'était fait opérer pour **se confier** (*VAS1 « C'est le fait de connaitre quelqu'un de proche, parce qu'en fait on va pouvoir parler de questions qu'on va pas forcément poser à des gens qu'on connait pas »)* et permet de **se rassurer** sur d'éventuels effets indésirables (*VAS6 « Le fait aussi d'avoir deux amis qui l'ont fait avant. Il savait que ça se passait bien »).*
- Cela permettait au conjoint de se sentir soutenu**,** par un **processus d'identification** : *VAS7 « Peut être que Monsieur s'est dit « "bon bah c'est bon en fait, (rire), je suis pas tout seul" et peut être ça a permis de ... D'ajouter un point en plus »*

- En parallèle, certaines femmes VAS rapportaient que l'expérience de leur entourage sur la ligature tubaire avait été un frein dans le choix de cette méthode : *VAS7 « Elle a eu vraiment beaucoup de mal à récupérer (...) Si jamais effectivement ma maman n'aurait pas eu cette expérience, mais je pense que ça a joué effectivement dans la balance quoi ».*

Pour les femmes LT : aucune ne disait avoir été influencée par des personnes déjà stérilisées : *LT2 « Je connaissais personne dans mon entourage qui l'avait fait mais je savais que ça existait ».*

- Autres avis de l'entourage

Les femmes avaient pu discuter avec leur entourage sur une méthode déjà sélectionnée. Les femmes VAS avaient sollicité leur entourage dont les avis étaient nombreux et tranchés. Peu de femmes LT interrogées avaient recherché l'avis de leur entourage, qui restait plutôt vague.

Avis de l'entourage sur la LT

Avis positifs: l'entourage des femmes LT avait été **compréhensif** sur leur démarche : *L7 « Ils ont jamais contredit mon choix, ils ont toujours été dans mon sens »*

Avis négatif : une femme LT a rapporté une vision **circonspecte** de son entourage : *LT6 « Ma maman, mais elle était pas trop trop chaude elle ! ».* Les raisons n'avaient pas été détaillées.

Avis de l'entourage sur la VAS

Avis positifs :

- L'entourage avait pu être utile pour **s'informer** *« J'en avais entendu parler par cette amie (...) elle connaissait un couple d'amis qui avait fait ça »* ou pour se rassurer : *VAS3 « J'ai une tante qui est médecin, donc elle a pu nous confirmer qu'il y avait pas de danger quoi ».*
- Les familles ont pu être **compréhensives** lorsque la vasectomie avait été abordée *: VAS5 « Tout le monde nous a dit "c'est votre choix". Pour le coup il n'y a eu aucun jugement de porté, on a des familles extrêmement compréhensives donc il n'y a eu aucun souci, tout le monde a compris ».*
- Certaines femmes VAS rapportaient que la vasectomie était même perçue dans leur entourage comme un **acte rare, et même précieux** : *VAS6 « J'ai entendu des choses : ho c'est beau ce que tu fais, c'est beau ce que tu fais ».*
- Avec parfois **une note d'envie :** *VAS2 « J'ai même eu des personnes qui m'ont dit « t'as de la chance ! C'est pas forcément évident que le mari accepte ».*

Avis négatifs :

L'entourage avait pu véhiculer des **craintes** auprès de femmes VAS :

- Concernant la douleur : *VAS1 « Autour de nous, c'était plutôt les réactions de garçons qui étaient "holala, tu vas faire ça ?", parce que la vasectomie, ils font "houuuu" (secoue la main) ».*
- Une perte d'érection : *VAS7 « Les avis des gens, euh c'est malheureusement une idée reçue le coup du problème d'érection ».*
- Une atteinte de la virilité : *VAS1 « On touche aux parties un peu mâles, ça peut donner l'impression d'être moins homme ».*
- Voire une castration *: VAS7 « Je pense, il y a toujours le coté je trouve qui est dommage, castrateur fin voilà "oui ta femme t'a demandé de faire ça" ».*

Parfois jusqu'à un **rejet catégorique** de cette méthode : *VAS3 « J'ai discuté avec des collègues par exemple, qui disent " ah moi, mon homme, jamais de la vie il voudra faire ça ! " ».*

b) L'influence médicale

- L'initiative de la démarche

Le gynécologue avait été à l'initiative d'aborder la ligature pour certaines femmes LT dans le cadre du suivi régulier *(LT5 « C'est le gynécologue qui m'en avait parlé »).*

Aucune femme VAS n'a rapporté que le médecin avait été à l'origine de l'idée de vasectomie, ce qui pouvait les interroger : *VAS4 « Finalement je me dis, aux hommes c'est proposé à quel moment ? Parce que nous on a notre suivi gynéco où on nous parle de tous les moyens de contraception ».*

- Une source d'information

Les femmes avaient été informées en priorité sur les méthodes féminines de contraception par les professionnels de santé. Elles soulignaient un déséquilibre d'information entre les méthodes féminines ou masculines et n'avaient pas été informées sur la vasectomie : *VAS8 « Même en sortant de la maternité c'est vrai qu'on ne m'en a jamais parlé. On parle toujours à la sortie de contraception, de pilule etc. (...)Mais à aucun moment on ne m'a parlé de vasectomie ».*

Lorsque la démarche était amorcée, les femmes insistaient sur la qualité de l'information reçue de la part du chirurgien consulté pour l'opération : *VAS7 « Elle a bien pris le temps, celle qui nous a reçu le médecin de nous expliquer tout, de répondre aux questions, avec un schéma d'expliquer où se fait l'incision ».*

Certaines femmes VAS indiquaient que ces informations avaient pu les tranquilliser sur les effets indésirables et les conforter dans leur décision : *VAS2 « Suite au rendez-vous qu'on a eu au CHU, il a vraiment été rassuré, sur comment ça marche ».*

Elles soulignaient **l'importance de l'avis médical** pour guider dans le choix d'une méthode.

- Des informations sur la vasectomie encourageraient cette méthode : *VAS6 « Si on avait eu quelqu'un qui nous aurait plus poussé dans cette voie-là, en nous disant qu'on ne craignait rien, que c'était une valeur sûre que … Je pense qu'on aurait beaucoup plus... Fin voilà, la parole du médecin quoi. L'accompagnement* ».
- Tandis qu'un manque d'information pourrait freiner le choix de la vasectomie : *VAS6* « *Que le médecin lui-même ne m'en parle pas, fin je ne sais pas c'est bizarre !* ».

- La relation au médecin

Pour les ligatures : l'interlocuteur privilégié par les femmes LT avait été leur gynécologue, avec qui elles décrivaient une relation de confiance : *LT6 « Les 3 fois c'était le même gynéco. Et c'est lui qui m'a fait la ligature des trompes, qui me connaissait bien quoi. Donc j'avais confiance en lui ».*
La place du médecin traitant avait parfois été marginale : *LT5 « Je n'en avais pas parlé avec mon médecin traitant ».*

Pour les vasectomies : les couples avaient rencontré des réactions diverses. Certaines très positives (*VAS4 « Honnêtement notre médecin traitant quand on lui en a parlé elle était "je ne vous embrasserais pas…" à J., mais je suis fière, fin elle était contente que ça vienne de lui et voilà ! »*), d'autres de surprise voire de jugement (*VAS3 « médecin généraliste qui dit « ha ouais » (grimace) enfin... Un peu surpris !!! »).*
Les médecins généralistes faisaient preuve de connaissances inégales sur le sujet : *VAS5 « Notre médecin traitant qui lui a expliqué toutes les démarches »* ou *VAS1 « Elle avait pas trop l'habitude de ça ».*
L'urologue était consulté une fois la décision prise.

- Les conditions posées par le corps médical

Lors des consultations, les femmes LT avaient été alertées sur les possibles évènements de la vie qui pourraient leur faire regretter leur décision : *LT1 « Et donc là il a fait mourir mes enfants, il m'a fait divorcer, perdre mon mari (rires) enfin voilà on a beaucoup discuté ».*
La question de l'âge et du nombre d'enfants pour accéder à la stérilisation était rapportée, pour les femmes LT et VAS *: LT2 « c'était pour les femmes qui avaient eu plusieurs enfants. Et puis pas avant 40 ans, c'était pas autorisé, la médecine voulait pas ».*

Elles avaient parfois dû attendre (*LT3 « Il a fallu attendre 7 ans »)* ou négocier (*LT1 « Donc je lui dis "ba oui, je suis jeune, mais j'ai eu mes enfants jeunes, vous savez". J'ai dû m'expliquer »).*

- Le cadre

Une fois la décision confirmée, les femmes LT rapportaient un processus simple et bien organisé : *LT3 « C'est elle qui s'est occupée de tout et ça s'est fait au CHU très rapidement sans aucun problème ».*

Certaines avaient eu des difficultés d'accessibilité à la vasectomie : *VAS3 « Entre le moment où il a pris son rendez-vous et le moment où il l'a eu, il s'est passé peut-être 4 mois ! Parce qu'il a été opéré à la clinique par un médecin qui était quasiment en retraite et qui consultait une fois par semaine ».*

Le délai de réflexion était bien compris et accepté : *VAS7 « Je pense que c'est hyper important, parce que c'est un choix : on ne peut pas revenir en arrière ».*
Mais il n'avait pas été considéré par les femmes comme utile dans leur parcours puisqu'elles considéraient que ce temps avait déjà été pris. Aucune femme ne rapportait de remise en question de l'opération pendant cette période : *LT7 « Mais moi vu que ça fait des années avant que j'étais déjà préparée que je ne voulais plus d'enfants, que j'avais mes 2, que ça me suffisait... Que non moi j'ai pas eu besoin… ».*
Il a ainsi même parfois été vécu comme long et contraignant : *VAS6 « Si ça avait été même fait plus tôt, fin ça l'aurait arrangé je pense ».*
Certaines femmes VAS l'avaient trouvé utile en tant que moment d'échange avec leur conjoint : *VAS7 « Les 4 mois voilà ça permet après, même du coup on a beaucoup échangé ».*

c) Les autres sources

Les autres facteurs environnementaux ayant pu avoir une influence sur le choix de la méthode de stérilisation étaient :

- Internet : lorsqu'il a été utilisé, c'était pour rechercher des informations sur une méthode déjà sélectionnée et pour se rassurer via des expériences de patients, en particulier pour la vasectomie (*VAS7 « Que quelqu'un qui a vraiment vécu l'opération, puisse vraiment dire ce qu'il a ressenti même au niveau des douleurs tout ça ».*).
  Les femmes savaient que les informations n'étaient pas toutes fiables sur Internet : *VAS2 « J'ai été sur des sites médicaux, comment se passe l'opération, avant/après, mais pas sur les forums ».*
- Les autres sources d'informations étaient brièvement citées par des femmes LT : *LT6 « Par des émissions… ».* Aucune femme ne disait avoir été influencée par ces sources.

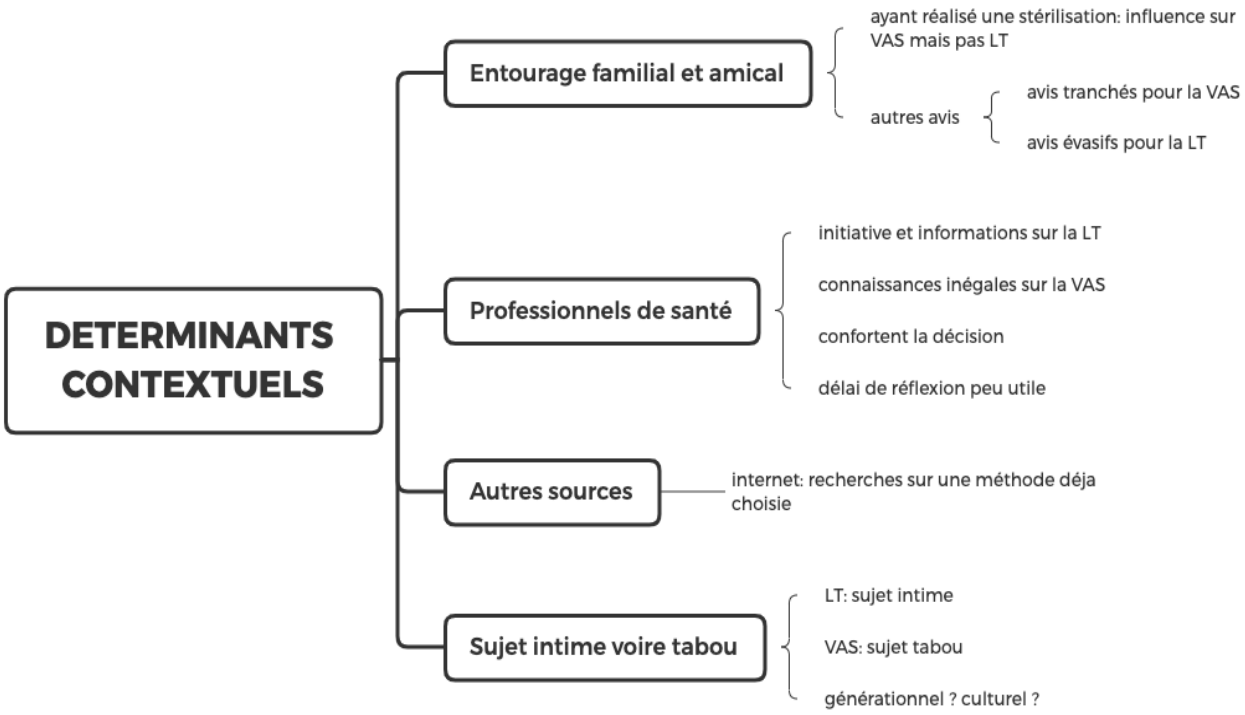
d) Un sujet intime voire tabou

La stérilisation, indépendamment de la méthode, relevait du **domaine intime** et était abordée avec le cercle proche : *LT7 « Du côté de ma famille vraiment proche ».*
Pour autant, ligature et vasectomie étaient différemment perçues : *LT4 « La femme elle a le droit, en fait, ça rentre presque dans les cases, que la femme ait une section de trompes, mais que l'homme… C'était* ***tabou*** *quoi, on n'en parlait pas ».*

La vasectomie était un sujet peu abordé *(LT6 « Au niveau des copains, personne n'en parlait »),* qui pouvait provoquer un malaise *(VAS4 « Des fois quand on peut parler du fait que J. a fait une vasectomie, les gens ils se sentent gênés ! (…) ça lance un ... (blanc) comme un blanc (rire nerveux) et je dis "mais tout va bien, ne vous inquiétez pas" mais voilà comme si c'était un peu... On sent encore un peu le côté tabou. De voilà, faut pas trop, faut pas trop en parler »).*
Une gêne avait également été perçue pendant certains entretiens de femmes LT lorsque la vasectomie avait été abordée : après un long silence initial, leur discours avait changé de tonalité et était devenu très hésitant (*LT2 et LT7*).

Un **effet générationnel** était évoqué *LT5 (née en 1969) « Je suis d'une génération que c'est plus la femme qui le fait ».* Pourtant, les plus jeunes avaient cette même impression : *VAS4 (née en 1988) « Comme j'ai le sentiment - mais même dans notre génération - quand on en parle c'est tabou ».*
L'hypothèse d'une **cause culturelle** était évoquée : *VAS6 « J'ai l'impression qu'aux États-Unis ça se fait beaucoup, que c'est quelque chose qui est, enfin au niveau culturel que peut être que ce sont des opérations qui se font plus facilement dans d'autres pays ».*
Elles résumaient : *« Je pense que c'est pas encore rentré dans les mœurs » VAS7, LT5.*

Elles étaient cependant demandeuses de lever ce tabou : *VAS8 « Et oui je me dis que ce serait bien qu'on en parle plus, même des reportages...Des médecins qui puissent nous expliquer beaucoup plus que ça, et nous la proposer cette opération ! Parce que finalement on n'en entend pas parler du tout ».*


DETERMINANTS CONTEXTUELS
Entourage familial et amical
ayant réalisé une stérilisation: influence sur VAS mais pas LT
autres avis
avis tranchés pour la VAS
avis évasifs pour la LT
Professionnels de santé
initiative et informations sur la LT
connaissances inégales sur la VAS
confortent la décision
délai de réflexion peu utile
Autres sources
internet: recherches sur une méthode déja choisie
Sujet intime voire tabou
LT: sujet intime
VAS: sujet tabou
générationnel ? culturel ?

2. Déterminants individuels

a) Vision de la femme

- Vision de la femme sur la ligature tubaire

Motivations pour la ligature

Les femmes LT faisaient part de différentes motivations pour réaliser une ligature.

- Un argument majeur était le fait d'être certaine de ne plus vouloir d'enfant et de faire le choix de réaliser l'opération pour soi-même, rejoignant un **principe d'autonomie :** *LT7 « Pour moi c'était quand même ma décision, peu importe s'il aurait refusé, c'était quand même mon choix, c'était mon corps ».*
- Les femmes LT considéraient **l'opération comme bénigne** : *LT6 « C'est une petite intervention, c'était pas méchant ».* Elles n'avaient donc parfois aucune inquiétude sur l'opération et n'envisageaient même aucun risque possible : *LT3 « Oh non, aucune crainte ! Quel genre de craintes aurais-je pu avoir ? Ha non non non, absolument aucunes craintes, j'y suis allée les yeux fermés ».*

Les femmes VAS n'avaient donné aucun argument pour envisager la LT.

Freins des femmes à la ligature

- Le frein principal était la **peur de l'opération**, qui était partagée par les femmes LT et VAS. Les craintes se rapportaient à toutes les étapes de l'intervention : l'anesthésie (*LT8 : « Je déteste l'anesthésie »),* l'opération elle-même (*VAS7 « Pour moi c'est hyper invasif ») la* douleur et la récupération post-opératoire *(LT8 « La douleur physique aussi ça m'inquiète », VAS7 « Pour récupérer après »).* La ligature était perçue comme une **opération plus lourde** qu'une vasectomie (*VAS8 « Bah forcément on sait que c'est beaucoup plus invasif, beaucoup plus lourd comme opération qu'une vasectomie »).*
- Un autre frein était la **contrainte de l'opération** sous anesthésie générale : *LT7 « C'est quand même une contrainte de se faire ligaturer », LT8 « Ne pas aller bosser ».*
- Effectuer une ligature tubaire pouvait être vécue comme une **perte de féminité :** *VAS4 « J'avais l'impression que ça touchait à ma féminité en fait ».*
- **Le deuil de sa propre fertilité** était un frein à la réalisation d'une ligature *: VAS2 « Je sais pas, en tant que maman, euh… enfin, oui, c'est bizarre, mais savoir que je peux plus donner la vie, même si c'est mon choix… ».*
- Une potentielle *« incidence hormonale » (VAS6)* était évoquée.
- L'opération avait pu être vue comme désuète (*VAS6 « Dans ma tête la ligature de trompes ça ne se faisait plus »).*

- Vision de la femme sur la vasectomie

Motivations pour la vasectomie

Les femmes VAS apparaissaient **bien informées** : *VAS2 « J'avais fait mes recherches avant ».*

- Elles soulignaient la r**apidité et simplicité de l'opération** : *VAS8 « Ce qui a fait pencher la balance pour la vasectomie c'est que c'était une opération qui était simple ».*
- Par conséquent les **aspects logistiques** autour de l'opération étaient abordables : *VAS3 « C'était relativement facile, il y avait pas besoin de prendre sa journée, de s'organiser trop durement ».*
- Ainsi, elles étaient **rassurées** sur le geste : *VAS7 « Mais non pas au niveau du geste, j'étais pas inquiète du tout ».*

La plupart des femmes LT témoignaient d'un **manque d'information** sur la vasectomie :

- Elle était parfois inconnue *(LT5 « Ça c'est chez… ? »)* ou méconnue *(LT3 « Je sais pas comment se présente une vasectomie »).*
- Des interrogations existaient sur son caractère définitif (*LT8 « La vasectomie c'est définitif ? »).*

Elles précisaient pourtant qu'elles n'étaient **pas inquiètes des conséquences** de la vasectomie : *LT4 « Je savais un petit peu comment ça se passait, que c'était l'homme au lieu de la femme, et qu'après on était tranquille quoi ! ».*

Les femmes LT comme VAS :

- N'avaient pas d'inquiétudes sur les conséquences de la vasectomie dans le domaine de la **sexualité (***VAS4 « Après je ne me suis pas posé de questions de si ça pouvait engendrer des soucis par rapport à la sexualité, mais en fait même pas »)* ou de la **virilité** (*VAS6 « Ça ne m'avait même pas traversé l'esprit, ce côté "viril ou pas", j'ai même été étonnée qu'on puisse penser ça »).*
- Soulignaient que la vasectomie pouvait être un moyen de **passer le relai** au niveau de la contraception : *VAS3 « Moi, pendant 20 ans, c'est moi qui ai pris en charge la contraception ! (...), c'est pas que je trouvais ça naturel, mais aussi, important qu'on puisse aussi passer le relai à ce niveau-là ».*
- Ainsi, cela permettait de **soulager la femme** de cette charge : *VAS4 « Et moi ça me dégageait ouf je vais pas galérer avec un nouveau moyen de contraception parce que là concrètement je ne sais pas ce que j'aurais repris ».*

Freins à la vasectomie

Certaines femmes LT étaient **méfiantes** sur la vasectomie.

- Elles doutaient de son efficacité *LT7* : *« Ça doit être aussi efficace qu'une ligature des trompes, mais est-ce que je n'aurais pas eu aussi cette crainte ? ».*
- Elles avaient parfois des réticences sur la nouveauté du geste (*LT8 : « C'était plutôt novateur aussi ! »*) et sa rareté (*LT8 : « Je ne sais pas s'il y avait beaucoup d'hommes »).* Ce choix était difficile à comprendre (*LT8 : « Ça m'interpelle ce choix-là ! »).*

Les femmes VAS rapportaient certains freins à la vasectomie.

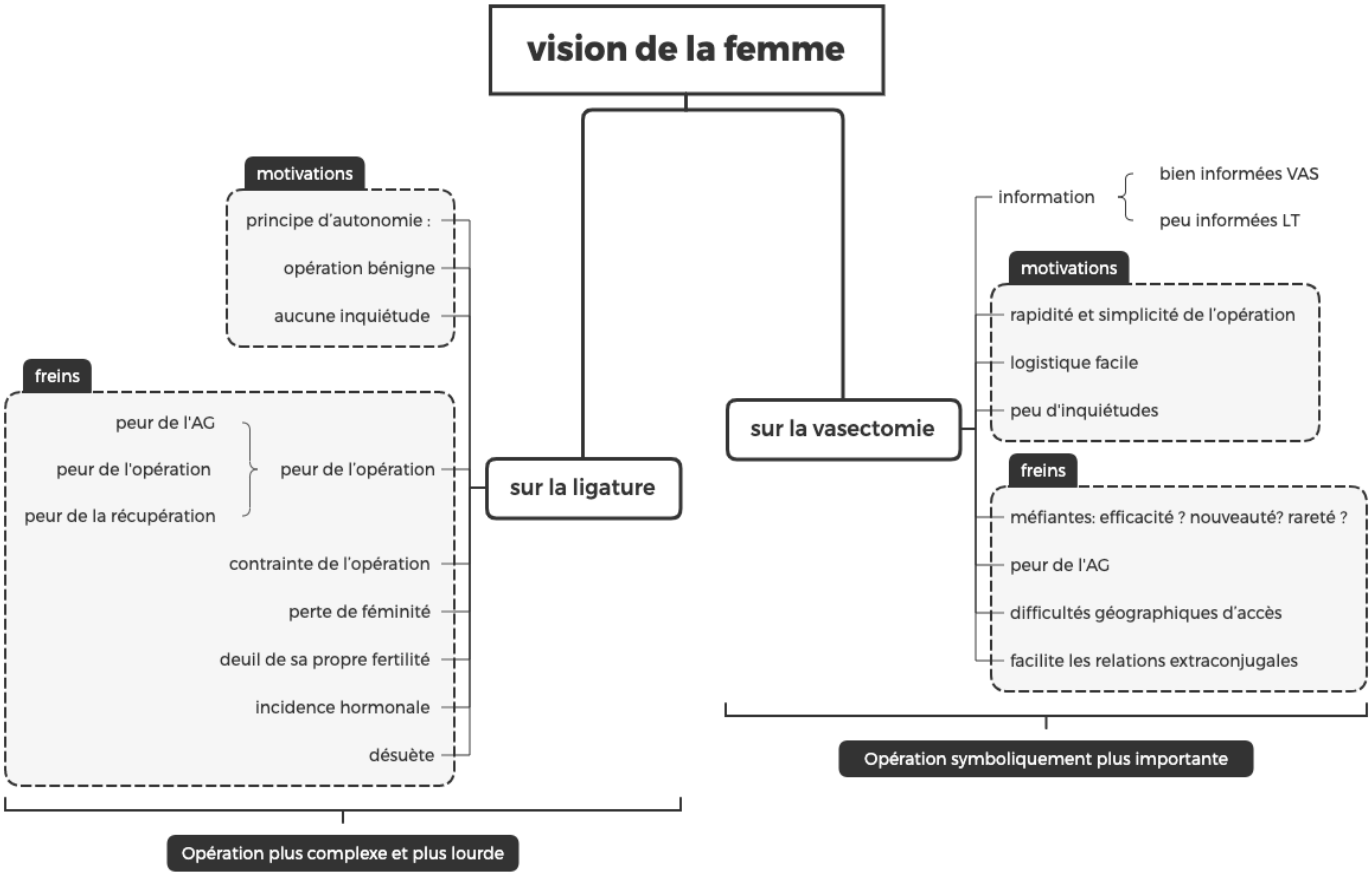
- Les craintes se concentraient surtout sur l'**anesthésie générale** *: VAS6 « J'étais un peu stressée par l'opération parce que c'était une anesthésie générale ».*
- La **peur de la récupération :** *VAS7 « Je ne voulais pas qu'après mon mari pendant toute sa vie, il ait des douleurs ou qu'il ait du mal à récupérer ».*
- Certaines avaient des craintes sur **l'accès à l'opération en fonction de l'âge** *: VAS6 « Je pensais que les médecins, oui, allaient dire… Non c'est pas possible, pas avant tel âge ».*
- D'autres évoquaient des **difficultés géographiques d'accès** à la vasectomie : *VAS3 « Si on vivait encore dans le Finistère, je pense pas qu'on l'aurait fait, ça aurait été trop compliqué comme démarches ».*
- Enfin, certaines suggéraient spontanément la possibilité que la vasectomie **facilite les relations extraconjugales :** *VAS3 « Est ce qu'il peut aller voir ailleurs, en plus, je sais pas ! Peut-être ! (grand rire) ».*

- Comparatif des deux méthodes

Les femmes VAS voyaient la **vasectomie comme une opération plus simple et moins lourde** que la ligature : *VAS7 « Les hommes s'en remettaient plus facilement parce que c'était moins invasif, c'était vraiment une micro-opération ».*

Pourtant, chez certaines femmes LT comme VAS, la vasectomie était vue comme une **opération symboliquement plus importante** que la ligature : *LT7 « Pour un homme faire ces opérations c'est quand même … (mime des ciseaux), je sais que pour une femme... Je pense que ce n'est pas tout à fait pareil ! ».*

Ainsi, le fait que l'homme prenne cette décision était source d'admiration : *VAS3 « Donc je trouve ça super courageux. On va dire, je l'aime encore plus ! ».* Et ce, même si l'opération n'avait pas été réalisée : *LT7 « J'ai été fière de leur dire, vous savez moi mon mari s'il avait pu faire l'opération bah il l'aurait fait ».*


vision de la femme
motivations
principe d'autonomie :
opération bénigne
aucune inquiétude
freins
peur de l'AG
peur de l'opération
peur de la récupération
peur de l'opération
contrainte de l'opération
perte de féminité
deuil de sa propre fertilité
incidence hormonale
désuète
sur la ligature
Opération plus complexe et plus lourde
information
bien informées VAS
peu informées LT
motivations
rapidité et simplicité de l'opération
logistique facile
peu d'inquiétudes
freins
méfiantes: efficacité ? nouveauté? rareté ?
peur de l'AG
difficultés géographiques d'accès
facilite les relations extraconjugales
sur la vasectomie
Opération symboliquement plus importante

b) Vision de l'homme (rapportée par la femme)

- Vision de l'homme *(rapportée par la femme)* sur la vasectomie

Motivations pour la vasectomie

Les entretiens menés avec les femmes mettaient en lumière 3 grands axes motivant les hommes, selon elles, à réaliser une vasectomie.

- Le premier concernait le **principe d'autonomie** et donc le libre arbitre de l'homme à faire le choix, pour lui-même, de ne plus avoir d'enfants : *VAS8 « Peu importe ce qu'il se passerait plus tard, il ne voulait pas d'autres enfants ».*
- La seconde motivation était la volonté de l'homme à **participer et à prendre le relai** dans le domaine de la contraception et de la fécondité : *VAS1 « R. il répondait (...) que la femme c'est toujours elle qui prend la pilule, qui fait les enfants, qui accouche, et que pour une fois que l'homme peut participer un peu … ».*
- Enfin, la troisième motivation était en lien avec le désir de **soulager la femme** de la charge de la contraception *: VAS4 « J. me voyait effectivement vraiment galérer »,* et de **protéger sa santé** : *VAS4 « Le fait d'avoir la pilule sans savoir ce qui est dedans ça ne lui plaisait pas non plus ».*

Pourtant, il était parfois difficile pour les femmes LT comme VAS d'imaginer ou de comprendre les motivations des hommes à effectuer une vasectomie : *LT8 « Je ne sais pas pourquoi cet homme a pris cette décision-là ».* Ainsi, elles pouvaient déclarer qu'il n'y voyait simplement pas d'inconvénient : *VAS3 « Lui ça l'a pas dérangé ».*

Freins à la vasectomie

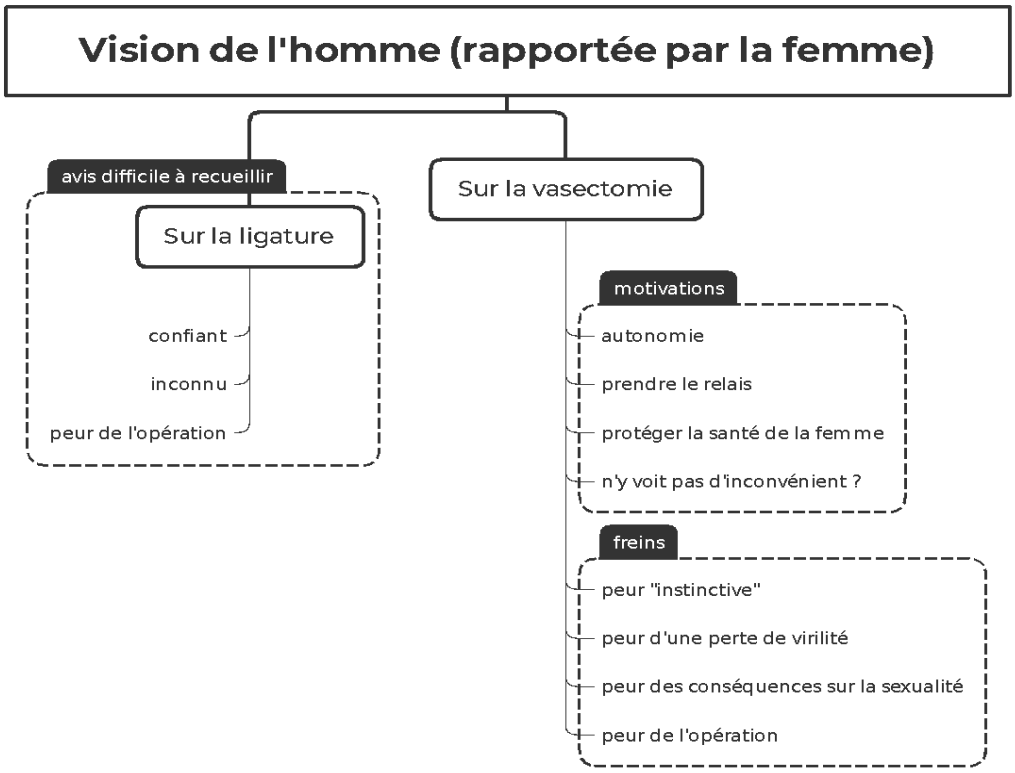
Les femmes VAS et LT rapportaient des craintes de leur conjoint sur la vasectomie.

- Elles évoquaient une **peur « instinctive » :** *VAS2 « Au début il a eu peur, évidemment (rires). Parce que les hommes… ».*
- Cette peur était en partie en lien avec une **crainte de perdre en virilité**, qui s'apparentait à une castration : *LT7 « Donc au début c'est ce qu'il disait (prend une voix masculine, grave) "Non non moi on m'enlève RIEN-DU-TOUT" (rires) ».*
- Cette peur se portait aussi sur **les conséquences imaginées de la vasectomie sur la sexualité** : *VAS2 « Il avait juste besoin d'être rassuré sur la machine qui fonctionnera toujours ! ».*
- Enfin, il s'agissait de la **peur de l'opération et de la douleur** engendrée : *VAS4 « Lui, c'était plus le fait d'avoir mal ou qu'il y ait une complication ».*

- Vision de l'homme *(rapportée par la femme)* sur la ligature tubaire

Peu d'informations ont été recueillies sur l'avis de l'homme sur la ligature.

- Elles évoquaient de façon imprécise un avis **plutôt positif et confiant** : *LT2 « Il trouvait ça bien ».*
- Parfois elles **ne connaissaient pas leur opinion** sur ce sujet : *VAS6 « je ne sais pas l'image qu'il en a, lui, de la ligature tubaire ».*
- Certaines évoquaient des inquiétudes de leur conjoint **concernant l'opération elle-même** *(VAS7 « Il dit oui "effectivement bah oui il faut quand même ouvrir" »).*



c) La responsabilité de la contraception

- Une responsabilité féminine

Les femmes interrogées dans notre étude, LT ou VAS, percevaient que **socialement, la responsabilité de la contraception revenait aux femmes** : VAS6 : *« C'est plus une histoire de femme. C'est à la femme de trouver une contraception ».*

Individuellement, les avis concernant la responsabilité de la contraception divergeaient.

Certaines femmes LT vivaient la responsabilité de la contraception comme **une évidence purement féminine (***LT3 « Voilà ma petite histoire de femme »),* qu'elles partagent avec les professionnels de santé *(LT8 « J'étais auto centrée. Enfin, pas toute seule, j'étais avec la gynéco »).*

- Cette charge leur revenait de façon **naturelle et biologique** puisque *« c'est moi qui tombe enceinte en fait » (LT7).*
- Il s'agissait du **rôle *« traditionnel »*** *(LT8)* de la femme de prendre en charge la contraception (*LT8 « Il y a quelque chose d'assez organisé, d'une organisation assez classique fin je sais pas un truc... »).*
- L'homme pouvait donc être laissé de côté :
    - Car sa présence n'était pas perçue comme essentielle : *LT7 « Pour moi c'était pas important en fait qu'il soit là ».*
    - Car il était perçu comme inapte : *LT1 « Vaut mieux que ce soit moi, moi je suis capable d'avoir un truc comme ça, lui on sait jamais ».*

- Une responsabilité partagée

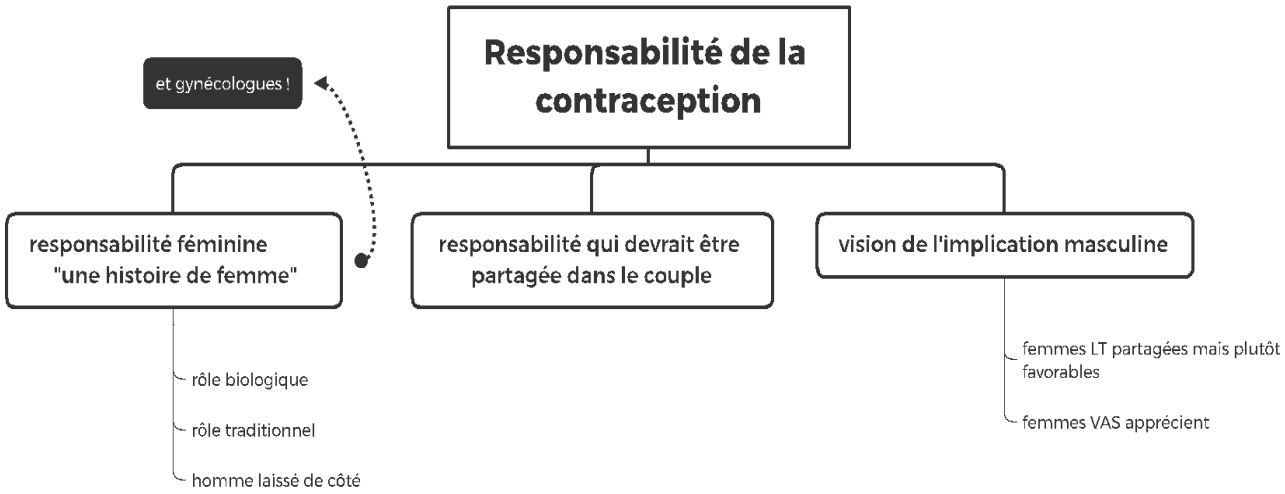
Pour les autres femmes, VAS comme LT, l'idée d'une responsabilité exclusivement féminine était remise en question : *VAS1 « Si un des deux se faisait opérer, pourquoi ce serait plus à moi qu'à lui ? ».* La contraception devrait être une *« affaire de couple » (VAS4)* puisqu'elle implique aussi bien l'homme que la femme *(LT6 « Ça le concernait aussi. Quand on fait des enfants on est à 2 (rires), quand on prend une décision on est à 2 aussi »).*

- Vision de l'implication masculine

Les femmes VAS appréciaient l'implication de leur conjoint : *VAS3 « Je me dis, il a vraiment pris sa part de responsabilité dans l'évolution de notre couple ».*

L'opinion des femmes LT sur l'implication masculine divergeait mais elles y étaient toutes plutôt favorables :

- Certaines auraient pris en considération une demande, et auraient pu l'accepter (*LT2 « Ho bah s'il avait voulu, pourquoi pas ! »).*
- Certaines considéraient le manque d'investissement comme *« une forme d'égoïsme » (LT6)* et dénonçaient *« C'est toujours la femme qui prend les décisions et puis l'homme… faut que ça s'inverse aussi hein ! » (LT6)*
- D'autres auraient aimé une implication spontanée de leur conjoint dans la prise de décision : *LT1 « Si on en a pas discuté, ça m'aurait plu qu'il le fasse, je trouve que pour une fois, ç'aurait été l'homme qui aurait assuré ça, et ça, ça m'aurait plu. ».*
- Elles étaient parfois partagées entre cette envie d'implication masculine et leur désir d'autonomie : *LT1 : « Et en même temps, c'est moi qui l'ai fait pour moi ».*
- Aucune n'était contre l'implication masculine dans la contraception.



3. Déterminants liés au couple

a) Partenaire le plus motivé pour arrêter les grossesses

Il pouvait exister un décalage entre les partenaires dans la décision de ne plus avoir d'enfant.
En effet, certaines femmes VAS décrivaient : *VAS3 « Mais mon mari, il est encore plus motivé que moi pour ne pas du tout avoir d'autres enfants, même s'il a une seconde femme ! »*. Certaines femmes LT expliquaient de même : *LT3 « Donc c'est moi qui ai pris la décision, hein, moi j'en voulais pas d'autre, ha non ! ».*

b) Partenaire à l'initiative de la démarche

Les femmes LT étaient systématiquement à l'initiative de la démarche : *LT7 « Je fais à mon mari : bah moi je veux me faire ligaturer les trompes ».*
Chez les femmes VAS, l'initiative avait pu être masculine : (*VAS4 « C'est lui qui m'a proposé de manière spontanée »)* mais aussi féminine (*VAS5 « Est-ce que toi t'accepterais de, de faire une vasectomie, de pratiquer une vasectomie ? »).*

c) Partenaire qui refuse l'opération

Les femmes LT interrogées avaient perçu le refus de leur conjoint de se faire opérer, de manière explicite (*LT6 « Lui il ne voulait pas se faire stériliser. Donc bah c'est moi qui ai pris la décision »)* ou implicite *(LT8 « Ça n'a pas été aussi clair, mais à la fois je m'en doutais aussi »).*
D'autres imaginaient que leur partenaire aurait accepté l'opération, mais seulement en dernier recours : *LT3 « Si pour quelque raison, enfin je sais même pas quelle raison il y aurait pu avoir… J'aurais pas pu me le faire, et bien lui il était prêt à faire une vasectomie ».*

L'acceptation de leur conjoint était possible sous condition :

- De temps de réflexion : *LT7 « Au début : moi non je ne me ferai jamais opérer, et du coup après il m'a dit : bah si si, si tu veux je me fais opérer sans problème quoi ».*
- De discussion : *LT4 « Je pense qu'il aurait pu accepter (…) mais on allait pas très loin dans les discussions* ».
- D'information : *LT1* « *Je pense que c'est quelqu'un d'ouvert, et qui si on avait vraiment discuté et posé les choses, voir aller voir un médecin qui lui aurait expliqué, je vois pas pourquoi il aurait dit non ».*

De la même façon, certaines femmes VAS rejetaient l'opération pour elles-mêmes (*VAS7 « Mon choix c'était de ne pas subir cette intervention »)*, ou l'envisageaient en dernier recours (*VAS4 « Lui s'il m'avait demandé à l'inverse de faire une ligature, j'aurais refusé justement. (…) peut être qu'avec les années je me serais dit : bon allez c'est bon je le fais »).*

d) Qualité de la communication dans le couple

Plusieurs femmes LT rapportaient :

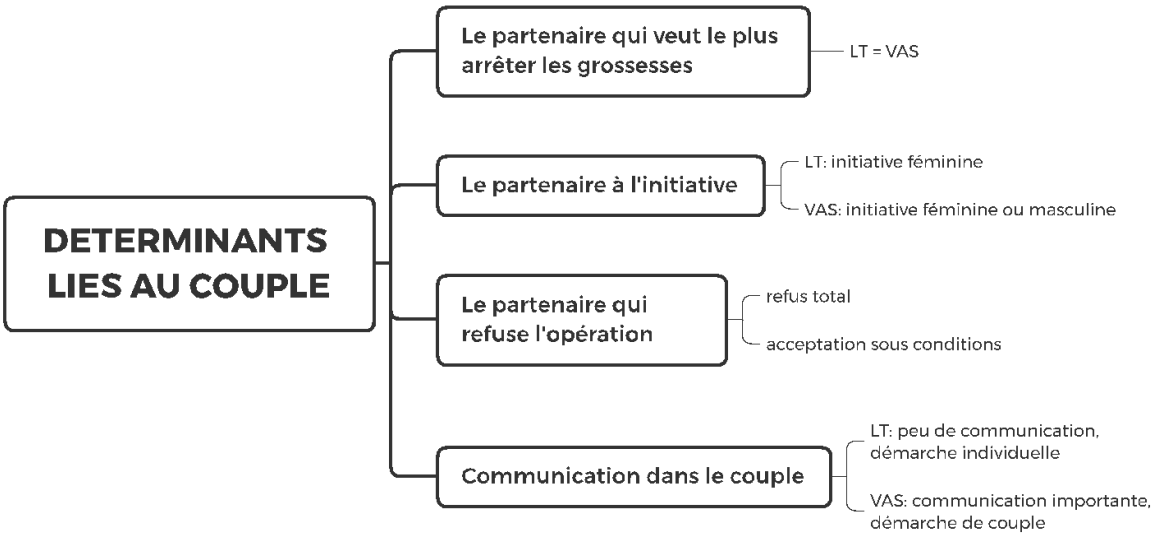
- Des discussions qui étaient restées superficielles sur le sujet du choix de la méthode de stérilisation : *LT1 « On n'a pas cherché à se poser les vraies questions, est ce que c'est lui ou est-ce que c'est moi ».*
- Si elles avaient déjà pris la décision de stérilisation pour elles-mêmes, elles ne percevaient pas l'intérêt d'une discussion dans leur couple : *LT3 « On n'a pas parlé avantages inconvénients, comme moi j'étais décidée de le faire, bah voilà ».*
- Les démarches avaient été réalisées par la femme seule, accompagnée de son médecin. Dans chaque entretien, nous avons noté qu'elles utilisaient seulement le « je » (*LT1 « J'ai pris rendez-vous, C'est quand même plus moi qui ai géré ça, c'est vrai. Les rendez-vous… »).*
- Plusieurs femmes LT racontaient un désinvestissement de leur conjoint dans le domaine de la contraception et la maternité : *LT6 « Parce qu'il ne se sentait pas concerné ».* Ils considéraient que c'était du ressort de la femme : *LT3 « il m'a toujours laissée libre de tout ce que je voulais faire, déjà quand on a eu les enfants, à chaque fois il m'a toujours dit "vas-y, tu choisis le prénom que tu veux, c'est toi qui vas souffrir" ».*

Les femmes VAS racontaient :

- Qu'elles s'interrogeaient sur la stérilisation en couple : *VAS8 « Au moment où on a parlé de la vasectomie, on a quand même fait la différence entre les deux* ».
- Les recherches d'informations se faisaient en couple : *VAS7 « On a fait des recherches ensemble ».*
- La décision devait être prise en couple : *VAS3 « Il fallait qu'on soit d'accord tous les deux ».*
- Les démarches étaient réalisées à deux : *VAS2 « On était allés tous les deux, on avait pu poser nos questions* ». Si les démarches ne s'étaient pas faites en couple, les informations étaient ensuite partagées *: VAS8 « Il m'a expliqué ce qu'on lui avait dit à l'hôpital ».*
- Dans les entretiens, le « on » était le plus souvent utilisé.
- Les femmes VAS racontaient que leur conjoint était investi dans les domaines :
    - De la fécondité, de la parentalité, des tâches (*VAS6 « Il a toujours été très présent, ça j'ai... On a vraiment, pour une grossesse c'est à deux. On a toujours été à deux, là pour*

le suivi des échos là tout ça oui je n'aurais pas aimé être toute seule. Oui très très très présent. Vraiment les tâches, tout est partagé »).

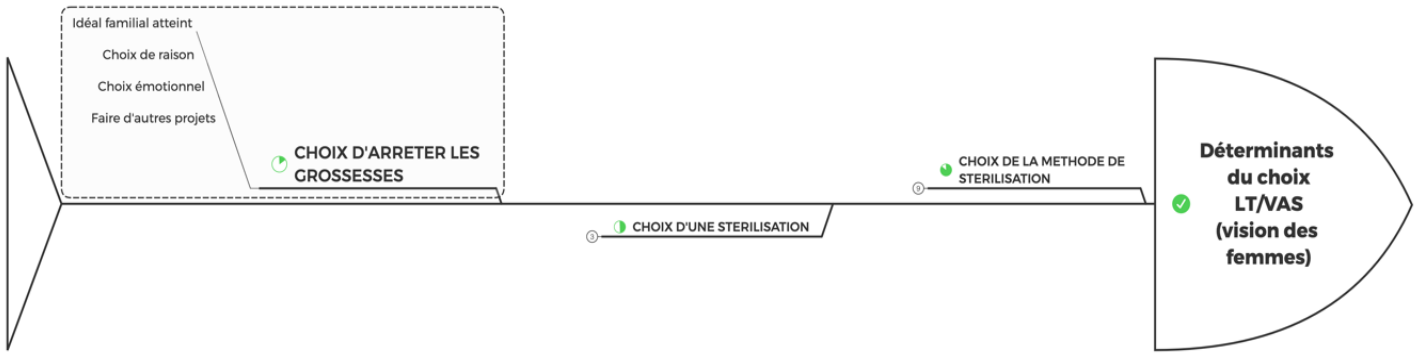
- De la contraception (*VAS5 « Lui il m'avait déjà dit, c'était pas la première fois, que s'il y avait une contraception masculine qui lui convenait à lui, et bien sûr qu'il aurait essayé. Ou alors il m'a proposé de revenir uniquement aux capotes »).*



DISCUSSION

I. A propos des résultats

A. LE CHOIX D'ARRÊTER LES GROSSESSES



Les arguments pour le choix d'une stérilisation étaient partagés entre femmes LT et VAS.

Dans les deux groupes de cette étude, l'âge à l'intervention se situait à 36,1 ans et les couples avaient en moyenne 2,9 enfants. Les raisons pour ces femmes d'arrêter les grossesses correspondaient à une **vision « normée » de la famille,** retrouvée par l'étude de Laurence Charton (30). Cette dernière analysait en effet que la famille idéale se composait de 2 enfants, issus des mêmes parents, avec le bon écart d'âge entre eux, et où l'âge limite pour devenir mère était placé à 40 ans. La stérilisation était alors perçue comme un choix « responsable ».

Le choix pouvait aussi être **« émotionnel »** dans cette étude**,** lorsque le vécu d'une grossesse ou d'un accouchement avait eu des séquelles psychologiques importantes. Aucune autre étude n'a été retrouvée mettant en avant cet aspect dans le choix de l'arrêt des grossesses.

Cette étude n'a analysé les raisons d'arrêter les grossesses que chez des femmes ayant déjà eu des enfants.

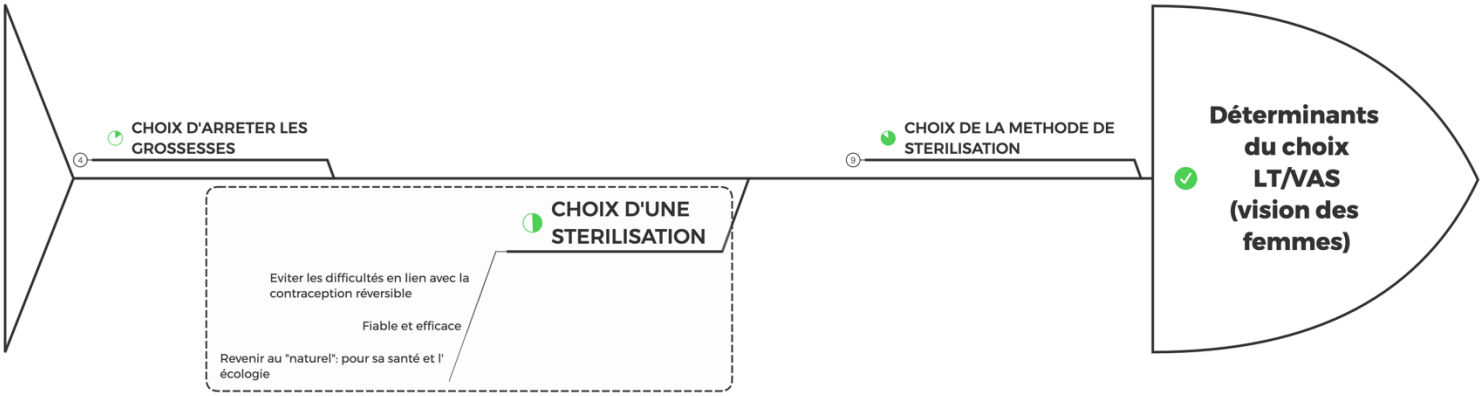
Il existe cependant une population qui n'a pas d'enfant et ne souhaite pas en avoir, qui pourrait être intéressée par la stérilisation. Le terme « Childfree » leur a été dédié aux Etats-Unis dès 1972. En France, l'acronyme proposé est « SEnVol » pour Sans Enfant Volontaire (31).

En France, l'étude FECOND montrait en 2010 qu'il s'agissait d'une petite partie de la population française : 4,4 % de femmes et 6,8 % d'hommes (2). Les raisons évoquées dans la thèse de sociologie de Charlotte Debest étaient principalement « libertaires » (être bien sans enfant, vouloir rester libre, avoir d'autres projets), d'autres étaient le fait d'être déjà beau-parent ou de se penser trop âgé (31). Actuellement, le mouvement « Childfree » croît en visibilité via les réseaux sociaux.

Ainsi :

- **Le choix d'arrêter les grossesses se ferait souvent de façon raisonnée, dans le cadre d'une vision normée de la famille.**
- **Le choix est parfois « émotionnel », lié à un vécu difficile de la grossesse ou de l'accouchement.**

B. LE CHOIX D'UNE STÉRILISATION



1. Difficultés liées à la contraception réversible : principal argument pour la stérilisation

La plupart des femmes interrogées avaient eu recours tout d'abord au préservatif, puis à une pilule, et enfin à un DIU. Cette succession correspond à la « **norme contraceptive** » définie par l'étude COCON (1).

Toutes les femmes interrogées avaient rencontré des difficultés avec les contraceptions réversibles : effets indésirables, contre-indications, charge mentale, peur du risque d'échec.
Aucune méthode ne leur semblant satisfaisante, elles se tournaient en dernier recours vers la stérilisation. Une étude nantaise retrouvait de façon similaire qu'elles étaient 46% à demander une stérilisation à cause des effets indésirables de leur contraception réversible, 22% par « ras le bol », 12% à cause d'une contre-indication et 10% à cause d'un échec de contraception (32). Il s'agissait également du principal argument pour la stérilisation dans une revue de littérature (16) et, plus récemment dans la thèse de Lucie Thezé (33).

La stérilisation leur permettait alors de **se soulager de la charge de la contraception réversible**, tout en étant une méthode fiable et efficace. Laurence Charton soulignait dans son étude qu'elle permettait de se libérer « de l'angoisse d'un échec de contraception » (30).

2. Rejet des hormones et retour au naturel : des arguments récents pour la stérilisation

a) Peur pour la santé

Cette étude met en relief la méfiance importante des femmes vis-à-vis des contraceptions hormonales. Elles sont inquiètes des répercussions potentielles sur leur santé, avec des craintes plus ou moins bien identifiées sur leur risque.

Ce **rejet des hormones** débute en France aux alentours de « la crise des pilule » qui a mené au déremboursement des pilules de 3e génération et à la diminution du recours aux contraceptifs oraux.

La peur du caractère « chimique » et « synthétique » des contraceptions hormonales et de ses répercussions sur la santé de la femme est retrouvée dans les thèses récentes de Lucie Theze (33) et d'Anaïs Beeli Maussire (34).

Ce rejet des « hormones » est un argument pour le choix de la stérilisation qui est perçue, à l'inverse de celles-ci, comme une contraception « naturelle ».

b) Le retour au naturel

Au-delà de l'effet sur la santé, la peur des contraceptions hormonales s'intègre dans un contexte plus global de désir de « **retour au naturel** ».

Plusieurs femmes voulaient orienter leur mode de vie vers une tendance plus « naturelle » et être à l'écoute de leur corps et de leurs cycles. Cela se répercute sur les domaines de la contraception, des grossesses, des accouchements, de l'alimentation, et de la santé de façon globale, avec le désir d'éviter au maximum la prise de médicaments et la « surmédicalisation ».

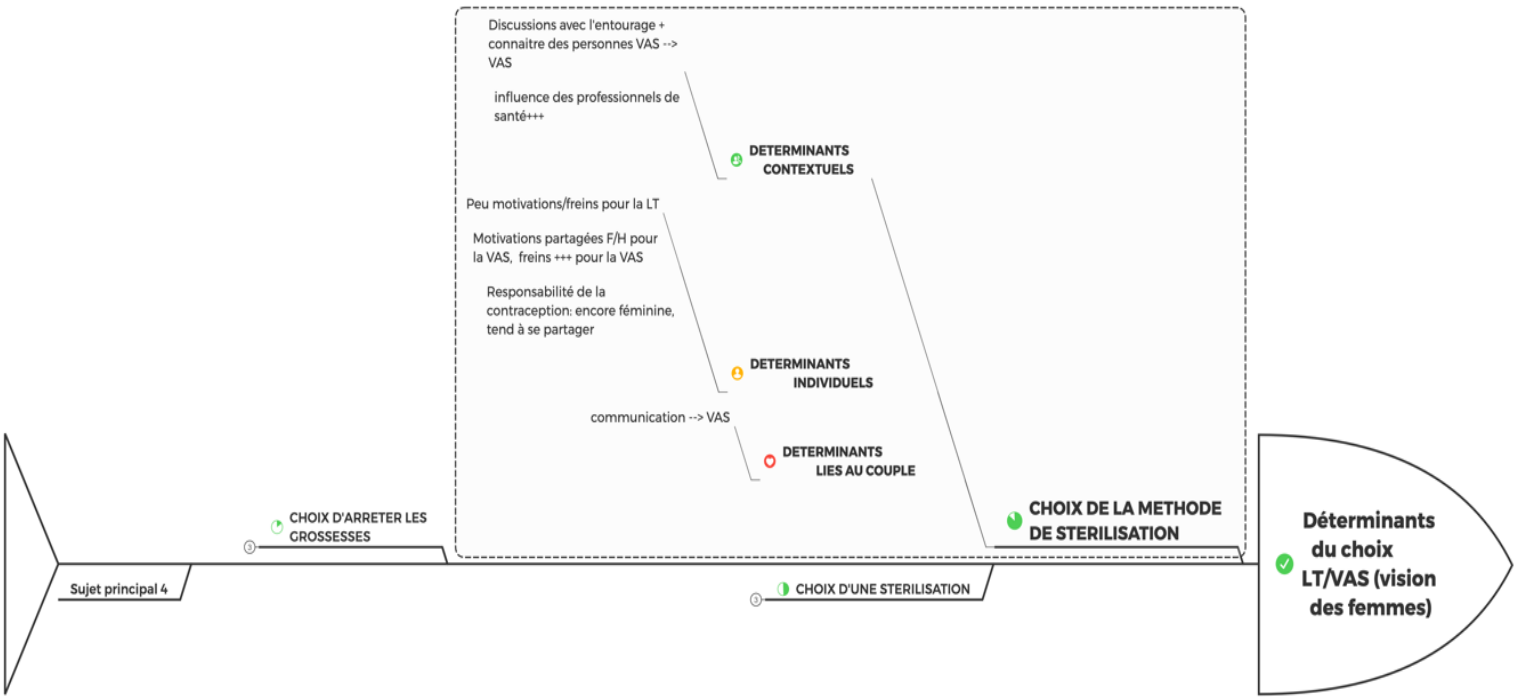
La **préoccupation écologique** était également au cœur de ces arguments. Les femmes voulaient faire attention à la gestion des déchets, insister sur le « Bio », et éviter la pollution engendrée par les contraceptifs hormonaux. La stérilisation contraceptive permettait alors de répondre à ces attentes.

Aucune autre étude n'a été retrouvée mettant en évidence l'envie d'un mode de vie « naturel » et l'aspect écologique comme arguments en faveur de la stérilisation.

Ainsi :

- **Les femmes se tournent vers la stérilisation en dernier recours.**
- **Les arguments pour la stérilisation seraient d'éviter les difficultés liées à la contraception réversible et de vouloir utiliser une contraception sans hormones, pour protéger sa santé et l'écologie.**

C. LE CHOIX DE LA METHODE DE STERILISATION



1. Déterminants contextuels

a) Influence de l'entourage familial et amical

Les thèses récentes de Lucie Thezé (33) et d'Anais Beeli-Maussire (34) sur le vécu des couples ayant réalisé une stérilisation, montraient que l'entourage ayant déjà réalisé une stérilisation était une source d'information principale, sans détailler la différence sur le choix d'une méthode.

Dans cette étude :

- Connaître des couples VAS avait favorisé le choix d'une vasectomie : en faisant découvrir la méthode, rassurant sur les effets indésirables, permettant de s'identifier.
- Les femmes VAS avaient souvent demandé l'avis de leur entourage sur cette opération. Que ce dernier soit positif ou négatif n'avait pas eu d'influence sur leur décision.
- Les femmes LT avaient peu sollicité leur entourage pour discuter de la ligature. Elles ne rapportaient pas non plus avoir été influencées par des personnes stérilisées dans leur entourage. De fait, elles n'en connaissaient pas ou n'en avaient pas recherché.

Les études américaines des années 1980 (26)(35-38) rejoignent ces données. Elles mettaient en évidence le rôle des discussions avec l'entourage et du nombre de personnes connues ayant réalisé une vasectomie sur le choix de cette méthode. Elles expliquaient : plus la femme discute de stérilisation avec son entourage, plus elle connait d'hommes ayant réalisé de vasectomies, plus le couple est à même de choisir la vasectomie. A l'inverse, le manque de soutien social des couples et le fait de ne connaître que peu ou pas de personnes ayant réalisé une vasectomie sont des facteurs augmentant la probabilité de réaliser une ligature.
Les hypothèses pour expliquer que le choix de la vasectomie nécessite plus de soutien social pourraient être que les couples sont moins bien informés sur cette opération et que le choix de la vasectomie ne rentre pas encore dans la norme.

Ainsi :

- **Le choix d'une vasectomie semble influencé par l'entourage : le fait de connaitre des personnes vasectomisées et le nombre de discussions avec l'entourage.**
- **L'avis de l'entourage en lui-même ne semble pas influencer le choix de la méthode.**
- **Le soutien de l'entourage n'apparait pas nécessaire pour effectuer une ligature.**

b) Influence médicale

- <u>La réticence à parler de stérilisation</u>

La plupart des femmes interrogées étaient à l'initiative d'aborder la stérilisation avec leur médecin, avec une différence entre femmes LT et VAS :

- La ligature avait été abordée par les femmes LT ou parfois leur gynécologue au cours de leur suivi.
- L'initiative de la vasectomie était venue systématiquement des couples qui en parlaient avec leur médecin après avoir pris leur décision.

Les données retrouvées dans la littérature vont en ce sens. Elles montraient que **les médecins attendaient le plus souvent la demande du patient pour parler de stérilisation** (39)(40). Ils décidaient de le faire seulement lorsqu'ils retrouvent plusieurs critères, par ordre d'importance : l'âge du patient, le nombre d'enfants et la stabilité du couple (40). La difficulté avec les autres méthodes contraceptives était aussi évoquée (39).
Quand le patient consultait, il avait la plupart du temps déjà pris sa décision après discussion dans son couple (39).

Dans cette étude, les médecins avaient parfois été réticents à répondre à la demande de stérilisation car ils considéraient que le (la) patient(e) était trop jeune ou n'avait pas assez d'enfant. Les personnes

« childless » pourraient ainsi avoir d'autant plus de difficultés d'accès à la stérilisation. Pourtant, la loi du 4 juillet 2001 autorise la stérilisation chez toute personne majeure ayant donné son consentement, à la condition de respecter un délai de réflexion. En effet, il peut exister des enjeux éthiques entre l'autonomie du patient et la crainte déontologique des médecins d'effectuer un geste à risque de regret, en supprimant la fonction physiologique de procréation.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande aux médecins une « précaution particulière » aux personnes jeunes et aux nullipares, car il s'agit des principaux facteurs de regret post stérilisation (16). Le Collège National des Gynéco-Obstétriens Français (CNGOF) (14) insiste également sur la prudence à avoir pour les femmes les plus à risque de regret. Il propose d'évoquer « les aléas de la vie » ainsi que l'utilisation d'un « score de stérilisation sans indication médicale majeure » comme aide à la décision. Des commissions d'éthique clinique peuvent parfois être requises pour donner un avis sur une demande de stérilisation.

- <u>La réticence à parler de vasectomie</u>

Les femmes interrogées étaient pour la plupart informées uniquement sur les méthodes de contraception féminines.
La littérature appuie ces données. Les différentes études retrouvaient que les méthodes de contraception proposées étaient exclusivement féminines, et que les hommes et les méthodes de contraception masculines étaient laissés de côté. Ainsi, quand la stérilisation était abordée en consultation, **les femmes étaient informées en priorité sur la ligature tubaire. La vasectomie était évoquée en ultime recours** (39)(41)(42).

En effet, il pouvait être difficile pour les médecins d'intégrer les hommes dans le choix de la contraception :

- Dans la majorité des cas, seules les femmes consultaient pour une demande de contraception (39)(41).
- Certains médecins avaient une vision genrée des compétences contraceptives : les femmes étaient « naturellement » intéressées par leur fertilité, tandis que les hommes n'étaient pas impliqués dans la contraception (39)(43).

- <u>Un défaut de formation des médecins généralistes sur la vasectomie</u>

De nombreuses études et thèses se rejoignent et identifiaient auprès des médecins généralistes des **réticences en lien avec un défaut d'information** sur la méthode et sa légalité ou des fausses idées sur ses conséquences. Certains médecins n'abordaient pas la vasectomie car « ils avaient peu de demandes », par « oubli », ou parce que seule la femme consultait pour la contraception (5)(44).

Dans cette étude, les femmes VAS rapportaient des réactions diverses des médecins généralistes sur la vasectomie. Certains avaient également des réticences, tandis que d'autres avaient des réactions positives et de bonnes connaissances. Ces données vont dans le sens d'une amélioration des connaissances avec de plus en plus de formation des médecins.

- Le rôle déterminant du médecin

Cette étude mettait en évidence **le rôle majeur du médecin dans le choix de la méthode de stérilisation**. Les femmes insistaient sur l'importance de l'avis de leur médecin (généraliste ou gynécologue) pour leur faire découvrir les différentes méthodes, donner de l'information et les guider.

La HAS souligne en effet que les sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues, en tant que premiers recours, ont une place privilégiée dans le choix de la contraception (5). Ils sont ainsi souvent identifiés comme la principale source d'information pour la stérilisation (16).

C'est à ce moment clé que l'influence médicale s'exerce. Dans l'étude, une fois la décision prise et les démarches entamées, la consultation avec le chirurgien ou le délai de réflexion obligatoire n'avaient pas d'influence sur le choix de la méthode de stérilisation. Le délai de réflexion avait d'ailleurs parfois été perçu comme contraignant selon les enquêtées, qui avaient souvent mûri leur réflexion plusieurs années avant leur demande. Cette notion peut donc interroger sur la pertinence de ce délai pour certaines demandes de stérilisation.

Ainsi :

- **Les médecins de premier recours (généralistes ou gynécologues) et sages-femmes ont une influence importante sur le choix de stérilisation et de sa méthode.**
- **La stérilisation est peu abordée par les médecins généralistes. Lorsqu'elle l'est, les femmes sont informées en priorité sur la ligature tubaire. La vasectomie est évoquée en ultime recours.**

c) Les autres sources

Internet avait été utilisé pour conforter le choix d'une méthode de stérilisation déjà sélectionnée.
Il avait permis aux femmes VAS en particulier de récolter des retours d'expériences d'hommes ayant déjà réalisé cette opération, si elles ne connaissaient personne dans leur entourage. Cela rejoint l'idée que le choix de la vasectomie est renforcé par le fait de connaître des personnes vasectomisées.

Internet et les médias sont parfois cités comme source d'information (16)(33)(34). En effet, on peut faire l'hypothèse que l'émergence d'internet a permis un accès direct et facile aux données. Les patients

jugeaient cependant cela comme insuffisant (45), en partie du fait de la complexité des indications et de la divergence des avis. On pense ainsi à certains articles ou forums rapportant préjugés, fausses idées, faits erronés ou dissuasifs. Dans cette étude, les femmes avaient insisté sur leur utilisation précautionneuse, car elles connaissaient les risques de désinformation.

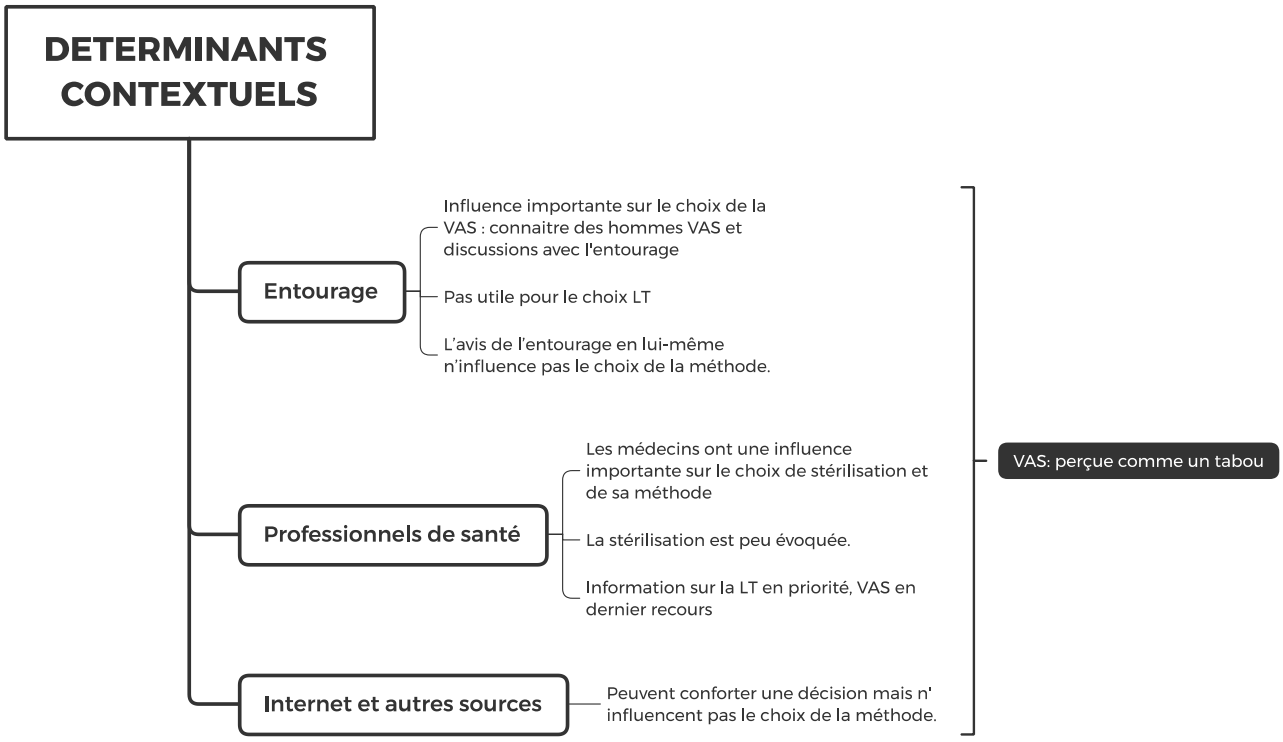
Actuellement, l'accès sur internet à des informations fiables et objectives n'est pas suffisant pour guider les patients dans le choix de la stérilisation et de sa méthode.

d) Briser le tabou de la vasectomie

Dans cette étude, la stérilisation était perçue comme un sujet intime, abordée avec le cercle proche.
La vasectomie était quant à elle un sujet véritablement tabou.
Les femmes interrogées évoquaient des hypothèses :

- Culturelle : les vasectomies sont bien plus réalisées dans les pays anglo-saxons que latins (20).
- Générationnelle : les vasectomies concernent de plus en plus d'hommes en France . Pourtant, cette perception concernait même les femmes les plus jeunes dans cette étude.

Elles remettaient en question ce tabou et étaient demandeuses de plus d'information sur la vasectomie, comme les femmes de l'étude de Shih and al (41).



2. Déterminants individuels

Dans cette étude comme dans la littérature (16) (26), le choix de la méthode de stérilisation était lié aux représentations individuelles sur la ligature et la vasectomie.

a) Représentations sur la ligature tubaire

- Représentations des femmes sur la ligature tubaire

Motivations des femmes à la ligature tubaire

La motivation principale des femmes pour choisir une ligature dans cette étude était le **principe d'autonomie.** Cette notion est retrouvée dans l'étude de Laurence Charton (30), où les femmes revendiquaient avec leur stérilisation, une réappropriation de leur corps et de leur sexualité vis à vis des hommes, du corps médical et des intérêts économiques pharmaceutiques.
Elles étaient 23% dans l'étude de Shain et Miller (36) à avoir choisi la ligature car elles voulaient assumer cette responsabilité. Dans cette même étude, 15% d'entre elles choisissaient la ligature par praticité (car réalisée au moment de l'accouchement), notion qui n'a pas été retrouvée dans cette enquête. En effet, actuellement le CNGOF recommande d'éviter de réaliser une stérilisation lors d'un accouchement ou d'une césarienne, car le risque de regret post stérilisation est alors plus élevé (16).

D'autre part, dans cette étude, les femmes LT percevaient **cette opération comme bénigne.**

Freins des femmes à la ligature tubaire

Pourtant**, la peur de l'opération** et les contraintes en lien avec le geste étaient les freins principaux à la ligature pour les femmes VAS. Les femmes interrogées dans l'étude de Shain et Miller (36) rapportaient à 48% cette même inquiétude.

Dans cette étude, une **perte de féminité** et une crainte des conséquences hormonales de la ligature étaient évoquées, comme dans la littérature (16).

- Représentations des hommes sur la ligature tubaire *(perçues par les femmes)*

Dans cette étude, peu de données sur la vision des hommes sur la ligature avaient été recueillies. Elle était souvent inconnue.
De même, la littérature est pauvre à ce sujet.
Dans des pays en voie de développement, certains hommes étaient inquiets d'un risque de relations extraconjugales (16). Une étude américaine de 1985 (36) montrait quant à elle que 88% des hommes interrogés n'exprimaient aucune crainte lorsque leur femme se faisait opérer. Les différences de population ne permettent pas de généraliser ces données à la France.

Quelques éléments suggéraient dans cette étude que les conjoints LT semblaient confiants tandis que les conjoints VAS exprimaient parfois une inquiétude. Ainsi, le choix d'une ligature pourrait être en lien avec l'avis de l'homme sur cette opération.

Des hypothèses peuvent être formulées pour expliquer la difficulté à recueillir l'avis des hommes sur la ligature :

- Les hommes manquent de connaissances et sont peu informés sur la ligature.
- La ligature n'est pas un sujet discuté en couple.
- Les hommes ont des motivations ou des freins à la ligature qu'ils n'expriment pas.

b) Représentations sur la vasectomie

- Représentations des hommes sur la vasectomie *(perçues par les femmes)*

Motivations des hommes à la vasectomie (*perçues par les femmes)*

Dans cette étude, les femmes pensaient que les motivations de leur conjoint à réaliser une vasectomie étaient le principe d'**autonomie**, le **partage de la responsabilité contraceptive**, ainsi que le désir de **soulager la femme et de protéger sa santé**.

Ces résultats convergent avec de nombreuses autres études réalisées, interrogeant le regard des hommes sur la vasectomie (30)(34)(46)(47). Elles retrouvaient ces mêmes arguments en priorité. S'y ajoutait la simplicité et la sûreté du geste. Ces dernières n'ont pas été mises en évidence dans ce travail, probablement du fait que les femmes ont été interrogées. Leur regard sur la perception masculine est biaisé.

Freins des hommes à la vasectomie *(perçus par les femmes)*

Dans la présente étude, femmes LT comme VAS rapportaient de nombreuses craintes de leur conjoint sur la vasectomie : la **peur de l'opération et de la douleur engendrée**, la **peur « instinctive** » d'une opération réalisée sur les organes génitaux et la peur des conséquences imaginées sur la **sexualité et la virilité**. Ces idées sont relayées dans de nombreuses études qui se sont intéressées au regard des hommes sur la vasectomie (34)(45-48).

Seules les femmes ont été interrogées dans cette étude : il existe donc un biais sur les données récoltées concernant le regard des hommes sur la vasectomie. Pourtant, elles correspondent aux éléments retrouvés dans la littérature. L'image qu'ont les femmes des motivations et des freins de leur conjoint apparait donc proche de la réalité.

- Représentations des femmes sur la vasectomie

Motivations des femmes pour la vasectomie

Dans cette étude, les avantages perçus des femmes pour la vasectomie étaient nombreux. Elles considéraient cette opération comme **rapide et simple**, moins lourde qu'une ligature. C'était également le moyen de **partager la responsabilité contraceptive**, en passant le relai et en **se soulageant** de la charge de la contraception réversible.

Dans la littérature, peu d'études ont interrogé le regard des femmes sur la vasectomie.
L'étude de Shain et Miller de 1985 (36) interrogeait des femmes dont le conjoint avait fait une vasectomie et retrouvait alors les mêmes motivations : la facilité de la méthode (18%), la peur de l'opération féminine (26%), la volonté de leur conjoint d'assumer cette responsabilité ou de protéger la santé de leur femme (24%).

Freins des femmes à la vasectomie

Dans cette étude, les freins rapportés étaient rapidement cités et se concentraient principalement sur la peur des conséquences de **l'anesthésie générale**. Les femmes LT interrogées percevaient également cette opération comme peu risquée et n'étaient pas inquiètes de ses conséquences.

Dans la littérature étrangère, au contraire, les femmes ont une vision méfiante de la vasectomie :

- Aux États-Unis, 40% des femmes dont le conjoint a réalisé une vasectomie rapportaient des inquiétudes sur l'opération (36). Elles partageaient les mêmes craintes que les hommes sur la perte de virilité et de fonction sexuelle avec en supplément la peur de l'image renvoyée auprès de la société et de l'exclusion (16)(46).
- Dans les pays en voie de développement, les craintes étaient nombreuses (perte de sexualité, et de virilité, péché religieux ou culturel, exclusion sociale, perte de force, facilitation des relations extraconjugales) (16)(49).

En France, il n'y a pas d'autre étude s'intéressant directement au regard des femmes sur la vasectomie. Des indices sur la peur des femmes d'une atteinte à la virilité et sur le risque d'adultère et d'infection sexuellement transmissibles ont été retrouvées dans des thèses récentes (33)(34).

Ainsi, dans cette étude :

- **Les femmes ont pour principal frein à la ligature la peur de l'intervention.**
- **Il n'y a pas de données sur le regard des hommes (rapporté par les femmes) sur la ligature.**
- **Les femmes partagent les mêmes motivations que les hommes pour la vasectomie et sont ouvertes à envisager cette opération dans leur couple.**
- **Les freins à la vasectomie sont nombreux pour les hommes, rares pour les femmes.**

c) La responsabilité de la contraception

Dans le domaine de la contraception, le rôle perçu de l'homme et de la femme dans la société impacte directement le choix de la méthode de stérilisation (16).

Deux visions féminines sur la responsabilité contraceptive étaient retrouvées dans cette étude.

Certaines femmes LT voyaient la contraception comme une responsabilité exclusivement féminine, sur des arguments « biologiques » ou « traditionnels », dont l'homme était exclu.
La sociologue Cécile Thomé expliquait qu'en effet, du fait de la médicalisation de la contraception, *« la contraception est devenue en France, en une cinquantaine d'années seulement, une affaire de femmes »* (50). Il existe une vision essentialiste où les femmes sont « naturellement » compétentes dans les domaines de la contraception et de la maternité en lien avec leur capacité gestationnelle, et où les hommes sont incompétents et irresponsables (51).

Les autres femmes interrogées, LT comme VAS, percevaient également que **la charge contraceptive reposait socialement sur les femmes.** Elles remettaient cependant en question cette responsabilité et **considéraient la contraception comme une « affaire de couple ».**
La crise des pilules a été le point de départ d'une nouvelle interrogation sur la responsabilité masculine en matière de contraception (52).

- Les hommes se sentent de plus en plus concernés. En 2012, l'enquête de l'institut CSA (Consumer, Science and Analytics), montrait qu'ils étaient 91% à considérer que la contraception devrait être « autant l'affaire de l'homme que de la femme » (53). Depuis, un nombre très important de thèses et de mémoires ont été réalisés sur le sujet dont les résultats confirment la volonté d'implication des hommes dans la contraception (54)(55)
- La littérature retrouvait dans les années 2010 une position ambivalente des femmes. Elles souhaitaient se soulager du poids de la responsabilité contraceptive mais restaient méfiantes sur l'implication masculine (48)(56).

Au contraire dans cette étude, **l'implication masculine est perçue positivement**. Elle est appréciée des femmes VAS. Les femmes LT sont en demande ou dans l'acceptation d'une potentielle implication masculine, et ce, quelle que soit leur vision de la responsabilité contraceptive.
L'implication masculine pouvait même être **source d'admiration**. La vasectomie, perçue comme une opération symboliquement plus importante qu'une ligature, était alors un geste courageux, source de fierté. Dans une étude néozéalandaise de 2011 (22), des hommes interrogés présentaient leur vasectomie comme un acte « héroïque ». Ce ressenti pourrait venir du fait que la responsabilité sociale de la contraception repose sur les femmes ; une intervention masculine, non « obligatoire », semblerait alors remarquable.

3. Déterminants liés au couple

Dans cette étude :

- Le partenaire le plus motivé pour arrêter les grossesses était plus à même de réaliser une stérilisation.

Cela relève alors du principe d'autonomie détaillé plus tôt : le conjoint concerné peut effectuer une démarche « individuelle » de stérilisation. Selon ses représentations personnelles et avec la participation de facteurs contextuels, il peut prendre sa décision pour lui-même, et ce quelle que soit l'implication de son conjoint.

- La femme était systématiquement à l'initiative de la ligature, et parfois de la vasectomie.

Le fait que les femmes sont perçues comme responsable de la contraception est retrouvé. Elles jouent alors un **rôle clé dans l'implication masculine** (27)(36)(37). Selon le sociologue Cyril Desjeux, elles peuvent faciliter, ou non, l'implication de leur partenaire selon leurs représentations. Certaines ne souhaitent pas que leur conjoint s'implique, tandis que d'autres en font la demande (28).

- Le refus d'un des partenaires de se faire stériliser favorisait l'opération chez son conjoint.

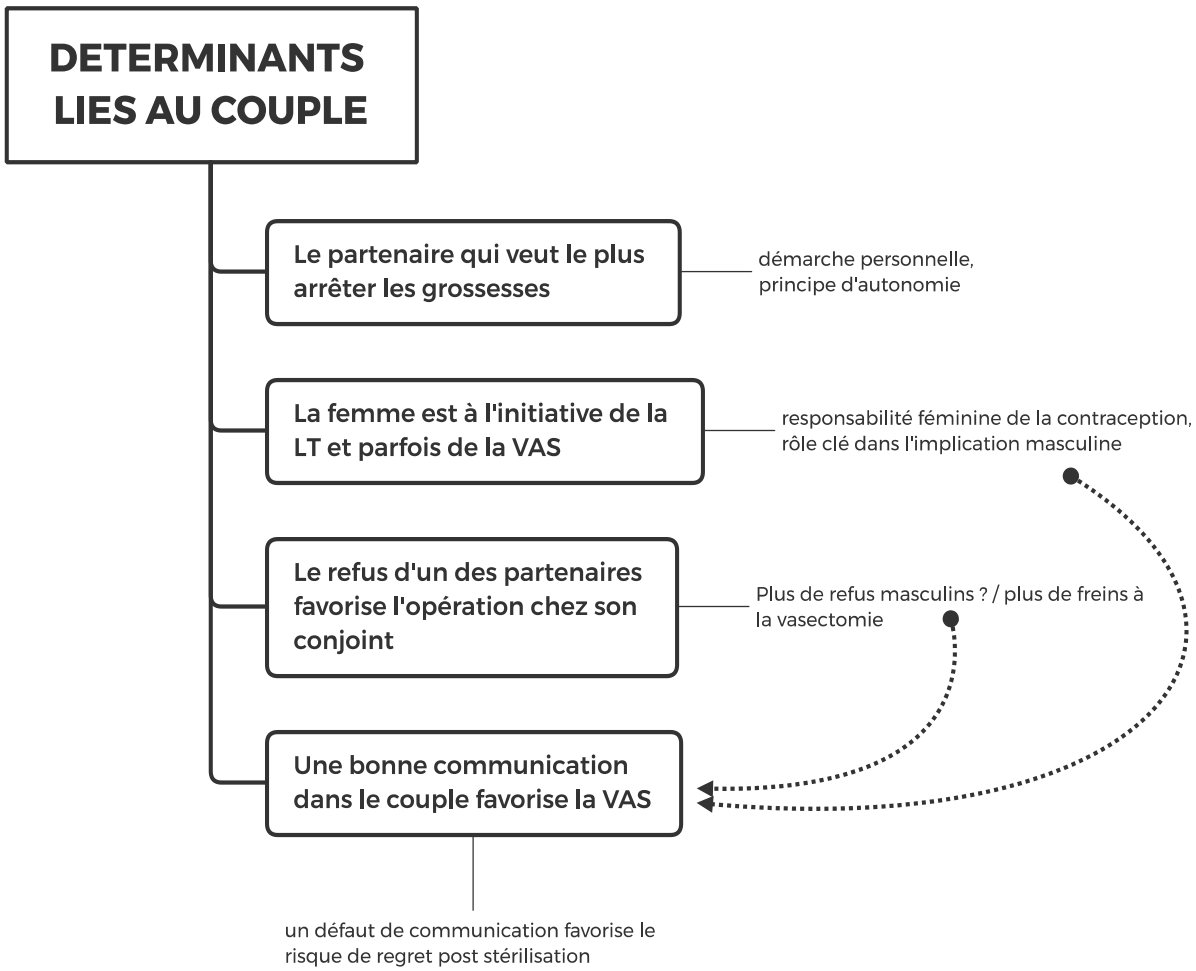
Les données de littérature sont concordantes et détaillent que c'est l'homme qui refuse le plus souvent (16)(57). Il y a peu de données en France mais la tendance semble similaire : dans la thèse de Lucie Theze (33), certaines femmes rapportaient avoir réalisé une stérilisation car leur partenaire refusait la vasectomie ; l'étude CSA montrait des hommes plus susceptibles de refuser l'intervention : seulement 20% sont prêts à la réaliser, contre 40% de femmes (53).
Les hommes pourraient être plus à même de refuser la vasectomie car ils ont plus de freins au niveau individuel et contextuel.
Des femmes interrogées dans cette étude racontaient alors que l'acceptation de leur conjoint aurait été possible avec plus de temps de réflexion, d'informations et de discussions.
Ainsi, les freins basés sur les méconnaissances, en plus d'être accessibles à davantage d'information médicale et de l'entourage, pourraient être levés par des discussions dans le couple.

- La communication dans le couple *perçue par les femmes* dans le domaine de la contraception était meilleure dans le groupe VAS.

La démarche de stérilisation était alors individuelle dans le groupe LT tandis qu'il s'agissait plutôt d'une démarche de couple dans le groupe VAS. Il existe un biais du fait que seules des femmes ont été

interrogées. Pourtant, cette notion était également mise en évidence dans d'autres études interrogeant des hommes sur leur vasectomie (22) (33-38). Les études américaines expliquaient que si les deux membres du couple se sentent responsables et impliqués dans la contraception, ils discutent du choix ensemble et sont également susceptibles de prendre en charge la stérilisation. En outre, **plus la qualité de la communication perçue par la femme augmente, plus le couple est susceptible de choisir la vasectomie**, tandis que sans participation de l'homme, la femme a plus de chances de choisir la ligature tubaire. D'ailleurs dans ces études, la participation de l'homme à la contraception antérieure était significativement supérieure dans le groupe de couples « vasectomie » que dans le groupe « ligature » (36).

Il faut d'autre part souligner que le défaut de communication dans le couple et le fait que la décision soit dominée par un seul partenaire sont des facteurs majeurs de regret post stérilisation (16).



II. FORCES ET FAIBLESSES

A. Le sujet de l'étude

Cette étude originale explore la vision des femmes sur l'ensemble du processus les ayant menées au choix de la stérilisation. Aucune étude française ne s'était intéressée à ces déterminants du choix. Une des forces de cette étude est qu'elle permet d'explorer et de comparer la vision des femmes ayant choisi une ligature, de celles dont le conjoint a choisi une vasectomie. Cette dernière population n'avait fait l'objet d'aucune autre publication en France.

B. La population étudiée

Les enquêtées ont été recrutées sur la base du volontariat. Celles ayant accepté de participer étaient probablement plus intéressées par le sujet et plus ouvertes à en parler, ce qui a pu engendrer un biais de sélection.

Pour des raisons d'organisation pratique et de faisabilité, le choix a été fait de restreindre le recrutement à certains cabinets médicaux de Loire Atlantique et Vendée, ce qui occasionne d'un biais de sélection.

Le choix a été fait d'interroger des femmes sans critère de délai depuis la stérilisation. Il est donc possible que les femmes ayant réalisé la stérilisation il y a de nombreuses années aient pu oublier certains éléments ayant mené au choix de la stérilisation (biais de mémoire). Cela permettait cependant d'inclure des femmes d'âge différent dans une démarche de recherche de variation maximale.

Aucune enquêtée nullipare n'a pu être recrutée. Comme décrit plus tôt, cela s'explique par la rareté des femmes sans enfants et sans désir d'en avoir et la difficulté d'accès de ces personnes à une contraception définitive. Cela aurait permis d'enrichir ce travail.

Dans cette étude, les couples LT sont plus âgés que les couples VAS, ce qui est responsable d'un biais de sélection. Il a été difficile de recruter des femmes VAS plus âgées. Cela pourrait rejoindre l'aspect « générationnel » du tabou autour de la vasectomie évoqué dans l'étude, ainsi que le fait qu'il y a un recours croissant à la vasectomie.

Tous les niveaux socio-économiques étaient représentés dans une démarche de recherche de variation maximales. Dans la littérature, ils n'étaient pas reliés au choix de la méthode de stérilisation (16).

C. Les entretiens

La méthode qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi dirigés était adaptée pour explorer les représentations autour de ce sujet intime. L'inexpérience des chercheurs, novices dans la réalisation de cette méthode, a été une limite. Malgré les questions ouvertes et une attitude la plus neutre possible, les réponses des enquêtées ont pu être influencées par un biais de désirabilité sociale.
Le guide d'entretien pré-établi et son évolution au fil des entretiens ont pu atténuer ces limites.

D. Analyse des données

Le double codage et la triangulation des données ont limité le biais d'interprétation et renforcé la validité interne de l'étude.

III. PERSPECTIVES EN MÉDECINE GENERALE

● L'analyse des motivations pour arrêter les grossesses permet de cibler les personnes qui pourraient bénéficier d'une stérilisation.

Ainsi, il semblerait pertinent pour les médecins généralistes en consultation :

- De poser aux patient(e)s la question de la famille et du projet parental envisagé.
- De présenter les avantages de la stérilisation par rapport aux contraceptions réversibles et notamment de souligner son aspect « non hormonal ». Cet argument pourrait avoir une résonance importante chez certains patients.

D'autres études sembleraient intéressantes, dans la prolongation et en complément de ce travail :

- Une analyse de littérature et des enquêtes complémentaires sur la place de la stérilisation chez les personnes « Childfree » en France. Le recueil de données à ce sujet permettrait un meilleur accompagnement des personnes concernées.
- Une étude ciblant la perception des contraceptions « hormonales » dans la population en âge de procréer, afin d'évaluer l'évolution et l'ampleur de la méfiance envers les hormones.

● Ce travail montre qu'il existe une demande d'information importante sur la stérilisation et en particulier la vasectomie.

Il permet de comprendre que pour y répondre et « briser le tabou », il est nécessaire de jouer sur chaque déterminant contextuel analysé :

- L'entourage des patients : encourager les patients à discuter de stérilisation dans leur entourage pourrait avoir un impact, en augmentant l'information et le nombre de personnes connues ayant été opérées. Il serait également envisageable de mettre en relation, avec leur accord, des patients ayant été opérés avec des patients en demande d'information.

- Les sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues : ils sont incités depuis le rapport de l'IGAS en 2009 (25) à « présenter tous les moyens de contraception, y compris la stérilisation » et à impliquer les hommes dans la décision. Ces recommandations ont été renouvelées en 2019 par la HAS (58). Concrètement, la première étape serait de poser la question de la contraception aux hommes. Une étude pourrait être réalisée en ce sens afin d'évaluer l'impact de l'abord du sujet de la contraception avec les hommes sur le choix contraceptif ou l'implication masculine dans la contraception.

  D'autre part, il apparaît important de renforcer les formations de ces professionnels de santé sur la stérilisation de façon générale, et plus particulièrement sur la vasectomie.

Approfondir les recherches sur l'influence du délai de réflexion dans la démarche de stérilisation pourrait également être intéressant.

- Internet : moyen majeur de diffusion d'information actuellement, son utilisation gagnerait à être optimisée afin de mieux communiquer sur la stérilisation. Une étude préalable sur la pertinence et l'accessibilité des informations disponibles pourrait être réalisée. En fonction des résultats, des pistes à envisager pourraient être la mise en place d'un site dédié, des forums « contrôlés » avec des réponses de professionnels de santé, des relais de témoignages, ou encore de la communication sur les réseaux sociaux.

  - L'identification des motivations individuelles et la compréhension des déterminants liés au couple pourraient être utilisées afin de guider les patients dans le choix de la méthode de stérilisation.

- Le professionnel de santé pourrait mettre en avant les arguments pour chacune des méthodes et anticiper les freins potentiels par des explications.
- Il serait probablement efficace d'encourager la discussion dans le couple sur la stérilisation, mais aussi et de façon plus précoce, sur la contraception en général.
- Un autre moyen serait de proposer de recevoir le couple en consultation pour aborder la contraception et la stérilisation, et pas seulement d'en discuter avec la femme.

Des enquêtes complémentaires seraient pertinentes pour affiner l'analyse débutée dans cette étude :

- Une étude pour interroger le regard des hommes sur la ligature tubaire, données qui constituent actuellement un « angle mort » dans la littérature.
- Une étude sur le regard des femmes, stérilisées ou non, sur la vasectomie, compléterait les données.
- Les enquêtées ont un regard positif voire admiratif sur l'implication masculine dans la contraception, ce qui diverge avec la littérature : une nouvelle étude relative à la vision des femmes sur l'implication masculine dans le domaine de la contraception serait intéressante.
- Une étude plus récente comparant le refus des hommes et des femmes à se faire stériliser, dans le contexte actuel où les hommes souhaitent de plus en plus s'investir dans la contraception, permettrait de suivre l'évolution par rapport aux études déjà anciennes sur ce sujet.

CONCLUSION

La stérilisation est une méthode de contraception encore peu connue et utilisée en dernier recours en France. La vasectomie est principalement victime de préjugés et laissée de côté.

Le choix de la méthode de stérilisation est un processus débutant au moment où il n'y a plus de projet de grossesse et résultant de l'interaction complexe entre croyances personnelles, avis de l'entourage et des professionnels de santé, et qualité des échanges dans le couple.

Certains de ces déterminants sont stables depuis les débuts de la stérilisation contraceptive, tandis que d'autres ont fait leur apparition suite aux évolutions sociales de la dernière décennie. Le désir de « retour au naturel » et la remise en question d'une responsabilité contraceptive exclusivement féminine apparaissent comme de nouvelles motivations pour la réalisation de stérilisations et en particulier de vasectomies.

L'analyse de ces déterminants permet de mieux cibler les personnes qui pourraient bénéficier de la stérilisation et de les guider concrètement dans le choix de la méthode adaptée à leur situation et à leur souhait.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003;18(5):994-9.

2. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Société [Internet]. sept 2012;(492):4. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/

3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014;(511):4.

4. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017 p. 8.

5. Barré S, Hamers F, Scemama O et al. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Paris: Haute Autorité de Santé; 2013 p. 50.

6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception des femmes de plus de 35 ans. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 28 nov 2002;34(5).

7. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES. sept 2020;Etudes et Résultats(1163).

8. Huygue E, Blanc A, Nohra J et al. Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles :aspects légaux et techniques. Prog Urol [Internet]. 2007 [cité 25 mars 2020];17:789-93. Disponible sur: https://www.urofrance.org/base-bibliographique/vasectomie-et-chirurgies-contraceptives-deferentielles-aspects-legaux-et

9. Haute Autorité de santé. Male and female sterilization techniques: Summary of ANAES assessments (May 2005). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). oct 2006;35(6):551-70.

10. Bhindi B, Wallis C, Nayan M et al. The Association Between Vasectomy and Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. sept 2017;177(9):1273-86.

11. Richie J. Association between Vasectomy and Risk of Testicular Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Urol [Internet]. 2019 [cité 29 mai 2020];201(4):667-8. Disponible sur: https://www.auajournals.org/doi/full/10.1097/JU.0000000000000083

12. Guo Z, Xu J, Lai R, Wang S. Vasectomy and cardiovascular disease risk. A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2017 [cité 29 mai 2020];96(34). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5572018/

13. Mohamad Al-Ali B, Shamloul R, Ramsauer J et al. The effect of vasectomy on the sexual life of couples. J Sex Med. sept 2014;11(9):2239-42.

14. Lopes P, Collège National des Gynécologues Obstétriens Français. La stérilisation tubaire. Indications, techniques, résultats et conséquences. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. nov 2006 [cité 24 mars 2020];34(5):513. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674

15. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Information suite à l'arrêt de la commercialisation en France par la société Bayer Pharma AG du dispositif de stérilisation

définitive Essure - Communiqué [Internet]. 2017 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Information-suite-a-l-arret-de-la-commercialisation-en-France-par-la-societe-Bayer-Pharma-AG-du-dispositif-de-sterilisation-definitive-Essure-Communique

16. Engender Health. Chapter 5: Factors influencing sterilisation use and outcomes. In: Contraceptive sterilization : Global Issues and Trends. 2002. p. 107-37.

17. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in women who have had a tubal ligation? A population-based study of Australian women: Sexual problems and tubal ligation. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2010 [cité 27 janv 2020];117(4):463-8. Disponible sur : http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2009.02469.x

18. Shih G, Zhang Y, Bukowski K, Chen A. Bringing Men to the Table: Sterilization Can Be for Him or for Her. Clin Obstet Gynecol [Internet]. déc 2014 [cité 29 oct 2018];57(4):731-40. Disponible sur: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00003081-201412000-00010

19. L'Assurance Maladie. CCAM en ligne - Classification Commune des Actes Médicaux [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/index.php

20. World contraceptive use 2019. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2019.

21. Skouby S. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]. déc 2010 [cité 29 mai 2019];15(S2):S42-53. Disponible sur: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2010.533002

22. Terry G, Braun V. It's kind of me taking responsibility for these things: Men, vasectomy and contraceptive economies. Fem Psychol [Internet]. nov 2011 [cité 6 nov 2018];21(4):477-95. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353511419814

23. Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juil 4, 2001.

24. MCO par diagnostic ou acte | Stats ATIH [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes

25. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Inspection générale des affaires sociales; 2009.

26. Miller W, Shain R, Pasta D. A model of the determinants in married women of sterilization method choice. Popul Environ [Internet]. 1985 [cité 3 déc 2018];8(3-4):223-39. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/BF01263075

27. Mumford S. The vasectomy decision-making process. Stud Fam Plann. 1983;14(3):83-8.

28. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart [Internet]. 28 déc 2009 [cité 6 nov 2018];(52):49-63. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-49.htm

29. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://biostatgv.sentiweb.fr/

30. Charton L. La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille. Rech Fam [Internet]. 2014 [cité 2 nov 2018];(11):65-73. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2014-1-page-65.htm

31. Debest C, Mazuy M, l'équipe de l'enquête Fecond. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant. Popul Sociétés [Internet]. 2014 [cité 6 août 2021];N° 508(2):1. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2014-2-page-1.htm?ref=doi

32. Ploteau S, Haudebourg M, Philippe H-J, Lopes P. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique chez les femmes de plus de quarante ans : quelle motivation pour ces femmes ? Gynecol Obstet Fertil. oct 2009;37(10):775-9.

33. Theze L. Exploration du parcours et du vécu des personnes ayant eu une contraception définitive: enquête qualitative menée en Haute-Savoie à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Faculté de Médecine; 2017.

34. Beeli-Maussire A. Le vécu des couples ayant fait le choix de la contraception définitive [Thèse d'exercice]. Besançon: Université de Franche-Comté Faculté de Médecine; 2019.

35. Clark M, Swicegood G. Husband or Wife?: A Multivariate Analysis of Decision Making for Voluntary Sterilization. J Fam Issues [Internet]. sept 1982 [cité 3 déc 2018];3(3):341-60. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019251382003003005

36. Shain R, Miller W, Holden A. Factors associated with married women's selection of tubal sterilization and vasectomy. Fertil Steril [Internet]. Fev 1985 [cité 3 déc 2018];43(2):234-44. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028216483792

37. Miller W, Shain R, Pasta D. Tubal sterilization or vasectomy: how do married couples make the choice? Fertil Steril [Internet]. 1991 [cité 26 nov 2018];56(2):278-84. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028216544859

38. Clark M, Bean F, Swicegood G, Ansbacher R. The Decision for Male versus Female Sterilization. Fam Coord [Internet]. avr 1979 [cité 3 déc 2018];28(2):250. Disponible sur: https://www.jstor.org/stable/581681?origin=crossref

39. Chambost J, Raboteau, A, Vallée, J. Vasectomie: regards croisés des hommes et des médecins généralistes. Exercer. 2017;(232):162-9.

40. Romero M. Existe t il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? Enquête auprès de médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi Pyrénées et de Normandie [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2014.

41. Shih G, Dubé K, Dehlendorf C. "We never thought of a vasectomy": a qualitative study of men and women's counseling around sterilization. Contraception [Internet]. sept 2013 [cité 12 nov 2018];88(3):376-81.Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782412009523

42. Shih G, Turok D, Parker W. Vasectomy: the other (better) form of sterilization. Contraception [Internet]. avr 2011 [cité 12 nov 2018];83(4):310-5. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782410004828

43. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées [Internet]. Genre, sexualité & société. 2014 [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: http://journals.openedition.org/gss/3215

44. Raboteau A. La vasectomie: regard de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Saint Etienne: Université Jean Monnet Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2016.

45. Chambost J. Vision des hommes sur la vasectomie [Thèse d'exercice]. Saint Etienne: Université Jean Monnet Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2016.

46. Shih G, Dubé K, Sheinbein M, Borrero S, Dehlendorf C. He's a real man: a qualitative study of the social context of couples' vasectomy decisions among a racially diverse population. Am J Mens Health [Internet]. mai 2013;7(3):206-13. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23144022

47. Rossignol A. Regards des hommes sur la stérilisation à visée contraceptive [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers Faculté de médecine; 2016.

48. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouv Rev Psychosociologie [Internet]. 20 nov 2007 [cité 19 nov 2018];2(4):89-104. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2007-2-page-89.htm

49. Shattuck D, Perry B, Packer C, Chin Quee D. A Review of 10 Years of Vasectomy Programming and Research in Low-Resource Settings. Glob Health Sci Pract [Internet]. déc 2016 [cité 24 sept 2019];4(4):647-60. Disponible sur: http://www.ghspjournal.org/lookup/doi/10.9745/GHSP-D-16-00235

50. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. Sociétés Contemp. 2016;4(104):67-94.

51. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cah Genre [Internet]. avr 2016 [cité 29 mai 2019];1(60):101-22. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-101.htm

52. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Popul Sociétés. nov 2017;(549):4.

53. Institut CSA. Les français et la contraception. Terrafemina; 2012.

54. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine: enquête auprès de 3368 hommes français [Thèse d'exercice]. Nice: Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de Médecine; 2016.

55. Smet, L, Vallée J. L'implication des hommes de 18-50 ans dans la contraception. Étude qualitative en Rhône-Alpes. Exercer. 2012;104:210-1.

56. Sirven-Villaros M. L'implication des hommes dans la contraception du couple vue par les femmes : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Montpellier: Université de Montpellier Faculté de Médecine; 2015.

57. Markman L, Frankel H. The choice of sterilization procedure among married couples. J Fam Issues. 1982;14(14):27.

58. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. 2013 mise à jour 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Flyer utilisé pour le recrutement de l'échantillon

PARTICIPER À UNE THÈSE DE MÉDECINE ?

LES FEMMES ET LA CONTRACEPTION DEFINITIVE …

Comment ?

Avec des interviews individuels et anonymes

Où ça ?

Dans le lieu que vous choisirez

En combien de temps ?

Moins de 20 minutes !

Bonjour !

Nous sommes 2 jeunes médecins généralistes et nous réalisons actuellement notre thèse sur les femmes et la contraception définitive.

Vous avez réalisé une ligature des trompes ou votre conjoint a réalisé une vasectomie ?

Venez nous aider en nous faisant part de votre expérience !

Xavier BRUNEAU
et Astrid LANGLOIS

Si vous acceptez d'être contactée, merci de remplir les informations ci-dessous :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Numéro de téléphone :
Adresse mail :

Méthode de contraception définitive : Ligature tubaire / Vasectomie
Année de réalisation :

Annexe 2 : Guide d'entretien final

Merci de me recevoir. Comme nous l'avons expliqué par téléphone, nous réalisons notre thèse sur le thème de la stérilisation. C'est donc ce que nous allons aborder aujourd'hui ensemble si vous êtes toujours d'accord. Notre entretien sera anonyme et strictement confidentiel. Est-ce que vous me donnez votre accord pour l'enregistrer afin de le retranscrire au mieux ?
Avez-vous des questions avant de débuter ?

Profil de la patiente	**Pourriez-vous vous présenter et me parler de vous ?**
Histoire contraceptive avant la stérilisation	**Comment se passait la contraception avant votre choix de méthode définitive ?** - Quelles méthodes avez-vous utilisé et qu'en avez-vous pensé ? - Avez-vous des enfants ? Comment se sont passées les grossesses et les accouchements ? - En quel année la stérilisation a -t-elle été réalisée ?
Le choix d'arrêter les grossesses	**Comment en êtes-vous venue à la décision d'arrêter les grossesses ?**
Le choix de la stérilisation	**Pour quelles raisons avez-vous fait le choix d'une stérilisation ?** - Quelles idées en aviez-vous avant le geste ?
Le choix de la méthode de stérilisation	**Comment s'est passée la prise de décision de la ligature/ vasectomie ?** - Quelles ont été vos motivations ? - Quelles ont été vos craintes ?
	Comment en avez-vous discuté au sein de votre couple ? - Quel rôle votre conjoint a t-il eu dans cette décision ? - Qui a pris l'initiative de lancer la discussion ? - Qui a influencé le plus la décision ? - Que pensait-il de la ligature / vasectomie ?
	Comment aviez-vous été informée de la ligature / vasectomie ? - Par qui aviez-vous été informée ? - Quel rôle ont joué votre médecin traitant et le médecin spécialiste ? - Quel rôle votre entourage a-t-il joué dans la décision ? - Connaissez-vous des personnes dans votre entourage ayant réalisé une stérilisation ? - Aviez-vous cherché des informations supplémentaires et par quel biais ?
	Avez-vous entendu parler de la stérilisation masculine / féminine *(autre méthode que celle utilisée)* **? Qu'en pensez-vous ?** - Auriez-vous été d'accord pour que votre conjoint se fasse stériliser / pour vous faire stériliser ? - Votre conjoint aurait-il été d'accord pour se faire stériliser/ pour que vous vous fassiez stériliser ?
Avez-vous d'autres choses à me raconter ? **Données socio-démographiques n'ayant pas encore été abordées :** - Âge et profession de l'enquêtée et de son conjoint, actuellement et lors de l'intervention - Date de l'intervention - Nombre d'enfants et âge des enfants	

Annexe 3 : Caractéristiques détaillées des populations interrogées

Groupe LT

	investigateur	Année de l'intervention et âge lors de celle ci	Année de naissance et profession enquêtée	Année de naissance et profession conjoint	Parité	Durée d'entretien
LT1	A	2014 Enquêtée 37 ans Conjoint 37 ans	1977 kinésithérapeute	1977 professeur de sport	4 enfants (2010-2013-2015-2017)	33 min
LT2	A	2000 Enquêtée 40 ans Conjoint 43 ans	1961 retraitée (employée de cantine)	1958 retraité (facteur/ conducteur de travaux)	2 enfants (1984-1987)	31 min
LT3	A	1988 Enquêtée 37 ans Conjoint 37 ans	1951 retraitée (secretaire)	1951 retraité (employé de mairie)	3 enfants (1978, 1980, 1981)	23 min
LT4	A	1991 Enquêtée 32 ans Conjoint 29 ans	1959 Retraitée (employée de mairie)	1962 Décédé (agent d'entretien)	3 enfants (1985, 1988, 1991)	29min
LT5	X	2007 Enquêtée 39 ans Conjoint 40 ans	1969 Adjointe administrative	1968 Cadre administratif	2 enfants (1997, 2001)	52 min
LT6	X	2019 Enquêtée 33 ans Conjoint 42 ans	1986 Hôtesse de caisse	1977 Agent de production	2 enfants (2007, 2009)	52 min
LT7	X	1990 Enquêtée 32 ans Conjoint 32 ans	1958 Retraitée ex-bibliothécaire	1958 Conducteur de travaux	3 enfants (1981, 1984, 1987)	23 min
LT8	X	1997 Enquêtée 34 ans Conjoint 35 ans	1963 Infirmière	1962 Responsable logistique	3 enfants (1986, 1990, 1996)	53 min

Groupe VAS

	investigateur	Année de l'intervention et âge lors de celle ci	Année de naissance et profession enquêtée	Année de naissance et profession conjoint	Parité	Durée d'entretien
VAS 1	A	2019 Enquêtée 39 ans Conjoint 40 ans	1980 institutrice	1979 policier	4 enfants (16-15-13-10)	49 min
VAS 2	A	2018 Enquêtée 37 ans Conjoint 42 ans	1978 assistante maternelle	1971 Ouvrier métallurgie	Enquêtée 3 enfants (2003, 2007), conjoint +3 (1999, 2002, 1997)	24 min
VAS 3	A	2018 Enquêtée 39 ans Conjoint 40 ans	1979 Ingénieur en agriculture	1978 Ingénieur commercial	3 enfants (2006-2008-2010)	1h15
VAS 4	X	2019 Enquêtée 31 ans Conjoint 33 ans	1988 Monitrice éducatrice	1986 Menuisier charpentier	Enquêtée 4 enfants (2011, 2013, 2015, 2019) Conjoint : + 1 (2007)	1h02
VAS 5	X	2017 Enquêtée 26 ans Conjoint 42 ans	1991 Assistante d'éducation	1975 Régisseur général	Enquêtée 1 enfant (2015) Conjoint : + 1 (2003)	45 min
VAS 6	X	2021 Enquêtée 41 ans Conjoint 38 ans	1979 Technicienne de laboratoire	1983 Opérateur vidéonumérique	4 enfants (2009, 2012, 2015, 2017)	58 min
VAS 7	X	2020 Enquêtée 36 ans Conjoint 37 ans	1983 Technicienne de laboratoire	1982 En invalidité (ex-metrologue)	2 enfants (2009-2014)	43 min
VAS 8	X	2017 Enquêtée 28 ans Conjoint 33 ans	1989 Assistance d'éducation spécialisée	1983 Chauffeur routier	3 enfants (2007-2009-2017)	39 min

Annexe 4 : Tableau des verbatims

LE CHOIX D'ARRETER LES GROSSESSES		
Un idéal familial atteint		
Nombre d'enfants	Pour la femme/le couple	*LT1 « Après 4 enfants, on en voulait plus, donc la grosse question s'est posée : comment on fait ? »* *LT4 « On voulait pas avoir d'autre enfant, c'était surtout ça. 3 enfants c'était bien, et on avait le désir d'en avoir 3e et pas 4 ni 5 tout simplement »* *LT5 « 2 enfants c'est suffisant »* *LT6 « J'en avais 3, c'était suffisant »* *LT7 « On ne se voyait pas avoir un 3 e enfant »* *LT8 « Je ne rêvais pas d'un 4e enfant »* *VAS3 « J'ai 3 enfants, c'est largement suffisant. »* *VAS6 « Il n'y en avait pas un qui disait à l'autre "un troisième" ou non non non »* *VAS7 « Oui oui deux enfants »*
	Pour le conjoint	*VAS4 « Lui, dans son parcours de couple et de vie s'était dit : 4 enfants c'était très bien »,* *VAS5 « Il ne voulait pas passer le cap de 2 enfants, ce n'était pas possible pour lui »* *VAS8 « Lui il avait eu ses trois enfants »*
Écart d'âge entre les enfants		*LT2 « Et le fait d'avoir 40 ans, d'avoir déjà 2 filles qui étaient grandes, adolescentes… »* *LT3 « J'ai eu mes 3 enfants en 3 ans, donc je voulais plus »* *LT6 « J'ai eu mon 1er enfant à 23 ans, donc j'ai eu une césarienne. Le 2ème je l'ai à 26 ans, donc 2ème césarienne. Et le 3ème à 29 ans donc 3ème césarienne. »* *VAS1 « Dans ma famille nombreuse comme je l'avais imaginée, c'était une famille nombreuse mais avec des enfants rapprochés »* *VAS3 « J'ai eu ma 1e grossesse à 26 ans, ma 2e à 28 ans et ma 3e à 30 ans »* *VAS6 « J'ai eu mon premier enfant à 31 et mon deuxième à 33 »*
Enfants de sexe différent		*LT4 « En plus, on avait une fille et un garçon ! »* *LT7 « J'ai eu un garçon et une fille ! Donc le choix du roi »* *VAS7 « Et en plus on a vraiment le top aussi: un gars, une fille »*
Un choix de raison		
Age pour arrêter les grossesses	Femmes	*LT6 « Je trouvais qu'après 29 ans c'était un peu compliqué d'avoir d'autres enfants »* *LT8 « J'avais 33 ans quand mon fils est né »* *VAS1 « J'approchais des 40 ans »* *VAS3 « J'avance en âge »*
	Couple	*VAS2 « Arrivés à la quarantaine, on s'est dit ce serait pas raisonnable »*
	Conjoint	*LT7 « Mais moi je me serais mal vue, sachant que mon mari on a 9 ans de différence il aurait 49 ans »* *VAS5 « (fait parler son conjoint) Non c'est plus possible pour moi, j'ai 40 ans »*
Raisons de santé	Inquiétudes pour sa propre santé	*LT4 « Par rapport à ma santé, d'avoir eu 3 césariennes »* *LT5 « Déjà l'épisiotomie j'ai pas trop aimé, l'infection non plus, l'hémorragie… et ça, ça a aussi joué dans le fait que je ne voulais plus d'enfant aussi », « Imaginons que 'ai un 3e enfant et que ça se repasse comme ça »* *LT6 « C'était que j'avais fait 3 césariennes »* *LT7 « Ha ba non à chaque grossesse j'ai un truc ! Donc à la 3e grossesse qu'est-ce que je vais avoir ! »* *LT7 « J'ai eu mes opérations pour perdre du poids, j'aurais tellement peur avec mes grossesses, il suffit que je reprenne du poids et tout… »* *LT8 « La naissance de mon fils, ça avait quand même été chaud »*
	Inquiétudes de l'entourage pour la santé de la femme	*VAS1 « Tous les gynécologues me disaient : les enfants, c'est fini »* *VAS1 « Et là ma sœur me dit : je crois que c'est vraiment un signe pour que tu n'aies plus d'enfants »* *VAS1 « Il dit : ha bah non, je veux pas (d'autres enfants), plusieurs fois j'ai eu le sentiment de perdre ma femme, les accouchements ça suffit ! »*
Contraintes d'une nouvelle naissance	Charge mentale	*LT6 « Ca commençait à être un peu prenant quoi »,* *LT6 « Il faut aussi penser aux études, à l'avenir (…) faut pouvoir leur trouver une situation »,* *VAS2 « Je pense qu'il faut s'arrêter là, ça fait déjà beaucoup de travail »,* *LT4 « Trois c'était bien, après ça faisait beaucoup ».* *VAS7 « Je ne peux pas gérer deux enfants, la santé de mon mari, fin tous les rendez-vous qu'il y a avec »*
	Surtout quand la femme s'occupe seule des enfants	*LT5 « Je les ai élevées seules »* *LT6 « Mon conjoint était en déplacement souvent, et fallait gérer !*

	Difficultés autour de l'activité professionnelle	*LT6 « Je travaillais donc c'est pas évident non plus »,* *LT8 « Je voulais (…) garder une activité professionnelle ».*
	Contraintes autour du soin du bébé	*LT7 « Si on veut sortir maintenant on a plus les couches, les biberons tout ça... »* *VAS3 « Mes enfants commencent à être grands, c'est quand même top, et j'ai pas envie de me recoller des couches ! »,* *VAS2 « En réfléchissant, je me suis dit... Non… retomber, la fatigue, les couches... »,*
	L'effort financier	*LT7 « Ca coute quand même assez cher les enfants » « Et puis financièrement aussi ! » « Il faut changer de voiture ».*
Un choix murement réfléchi		*LT5 « Ca a été murement réfléchi »* *LT6 « C'était pas sur un coup de tête hein. J'avais vraiment muri, parce qu'on ne sait jamais, si des fois je me sépare… » et «Jj'ai réflechi, j'ai pensé aux conséquences que ça pouvait m'engendrer »* *LT7 « C'était déjà bien avant mes 30 ans que j'avais fait les démarches pour savoir si je pouvais me faire ligaturer les trompes, c'était bien réfléchi »,* *VAS2 « Du coup on a bien réfléchi, et on s'est dit « on va s'arrêter la » »* *VAS8 « On savait avant que ça serait notre dernier enfant. (...) On savait, les enfant avaient grandi.. on avait choisi vraiment le moment. »*
Un choix émotionnel		
Suite à un accouchement traumatique		*LT8 « C'était pas possible psychologiquement ».*
Suite à un parcours difficile de PMA		*VAS5 « Du fait de son âge, du fait de son parcours je pense aussi, de son divorce ».*
Vouloir faire de nouveaux projets		
« Passer à autre chose »		*LT8 « Fait le tour de la maternité »* *VAS1 « Passer à autre chose »* *VAS3 « C'est une phase de vie qu'on a passée », « Envie de vivre différemment ! »* *VAS6 « Arrivés à un certain âge, pas envie de revenir en arrière. D'avancer quoi, de profiter d'eux quoi »*
Se tourner vers des projets de couple		*VAS1 « On repart pas voyager mais l'année dernière on a monté une école de théâtre qu'on fait tous les deux, on a d'autres projets pour faire autre chose »* *LT7 « Les enfants sont grands donc on peut plus profiter »* *LT8 « Il y a la phase de la maternité/ paternité et la phase du conjugal aussi »*
Se tourner vers ses propres projets		*VAS3 « Moi j'ai aussi besoin d'indépendance, de vivre ma vie de femme. ».*
LE CHOIX D'UNE STERILISATION		
DIFFICULTES LIEES A LA CONTRACEPTION REVERSIBLE		
Effets indésirables de la contraception réversible		
Pilule	Prise de poids	*LT6 « J'avais pris du poids »*
	Baisse de libido	*VAS2 « Il y a des signes qu'on ressentait pas forcément avec la pilule »*
	Douleurs et ménorragies	*VAS5 « Ca ne convenait pas au niveau des saignements c'était très important et très douloureux »*
	Effets sur l'humeur	*VAS4 « Des effets des fois voilà, pas de tristesse, mais de mélancolie où je voyais qu'au niveau hormonal c'était pas moi »*
	Migraines	*VAS7 « J'avais des migraines avant chaque début de cycle et pendant mon cycle »*
	Intolérance globale	*LL7 « Je ne supportais pas »* *VAS5 « Je ne les supportait plus »* *VAS7 « J'avais du mal à la supporter »* *VAS8 « Ca m'a rendue malade, nauséeuse tout ça…»*
	Oublis	*VAS1 « Pfiouf honnêtement la pilule c'était pas le truc top pour moi, parce que j'étais plutôt tête en l'air… »* *VAS4 « Il m'est arrivé d'oublier la pilule »* *LT3 « La dernière (grossesse), j'étais persuadée que j'avais pris la pilule, mais j'ai dû l'oublier »* *LT5 « Ca m'arrivait de l'oublier de temps en temps »*
	Contrainte	*LT7 « La pilule tout ça on croit que ce n'est pas contraignant mais moi ça commençait à me saouler quoi donc »* *LT2 « Il faut que ce soit à heure régulière »* *LT5 « Ca me gavait de prendre la pilule »* *LT6 « C'était contraignant de prendre la pilule. C'était toujours à heure fixe »* *VAS6 « C'était tout ce côté paperasse aussi et prendre quelque chose tous les jours, y penser... »*
Mirena	Céphalées	*VAS5 « Des migraines extrêmement importantes à chaque cycle »*
	Prise de poids	*VAS1 « Il y a une forte prise de poids, et moi j'ai pris 15kg en un an et demi »*
	Effets sur la sexualité	*LT1 « Ca a été une catastrophe ! J'ai pas du tout aimé, les rapports se passaient mal, j'avais l'impression d'avoir une sécheresse vaginale continue (…) et une diminution de la libido un peu »*
DIU cuivre	Ménorragies	*VAS1 « Je sais que je saigne beaucoup beaucoup »*

		LT1 « C'était la catastrophe pour moi et cela ne me convenait plus du tout ces règles qui durent une semaine, trop abondantes, c'était pas possible » *LT6 « Le stérilet j'avais des hémorragies, ça ne me correspondait pas du tout »* *VAS4 « Stérilet en cuivre que je n'ai pas supporté : c'est-à-dire saignements en continu »* *VAS3 « Mais j'avais pas mal de saignements, et mes règles duraient 1 semaine, fiouf je trouvais ça lourd ! »* *VAS6 « Je perdais trop de sang c'était la catastrophe »* *VAS7 « A chaque fois que j'avais mes règles c'était des règles qui étaient hémorragiques avec le stérilet en cuivre »*
	Corps étranger	*VAS2 « Le fait d'avoir un corps étranger, ça me disait rien du tout... »* *LT5 « Je n'aime pas les corps étrangers en moi »*
	Inquiétude pose/retrait	*LT8 « J'ai eu un stérilet, oh ! C'était tout une affaire (…) c'était stressant »* *LT5 « J'avais peur de mettre un stérilet », « c'était la peur de le poser, la peur de l'enlever »*
	Suivi contraignant	*LT5 « Je ne voulais surtout pas m'embêter à en mettre un, l'enlever et me faire suivre »*
	Infections urinaires	*VAS6 « J'ai fait des infections urinaires alors que je n'en avais jamais fait de ma vie ».*
Implant	Métrorragies	*VAS5 « J'ai eu pendant 3 mois des saignements quasi hémorragiques »*
	Peur du corps étranger	*VAS6 « Je ne voulais pas d'implant. Il y a un côté, oh, je ne sais pas, stressant (…) ça me paraissait bizarre d'avoir quelque chose »*
Préservatif	Rejet de la part du conjoint	*LT1 « Disons que le préservatif, ça lui convenait pas, c'était pas l'idéal pour lui »* *VAS6 « C'était mon conjoint qui en avait très marre du préservatif »*
Contre-indications : absolues ou relatives		
Aux oestro-progestatifs	Tabac	*LT8 « J'étais toujours fumeuse: 1 paquet par jour, parfois plus, donc la gynéco m'a dit la contraception orale c'est quand même pas terrible »* *VAS4 « J'ai fumé avec cette pilule, après on a vu que c'était relativement mauvais.*
	HTA	*LT4 « J'avais de l'hypertension depuis très longtemps. (…) Donc la pilule pour moi n'était pas une chose à faire »*
	Migraines	*LT2 « J'ai toujours été migraineuse, donc la contraception pour moi c'était pas recommandé »*
	Prééclampsie	*VAS7 « J'ai fait une crise de prééclampsie . Donc suite à ça ma gynécologue m'a plutôt mis avec une pilule microdosée »*
Au DIU	Synéchies utérines	*LT8 « Coller les parois utérines (…) il n'y avait plus de possibilité de poser un stérilet »*
	Ménorragies antérieures	*VAS5 « Le stérilet cuivre n'était pas envisagé du fait des règles abondantes que j'avais eu avant »*
Méfiance envers les contraceptifs hormonaux		
Méfiance vis-à-vis de la santé	Produits de composition inconnue, « synthétiques »	*VAS4 « Je ne suis pas très au clair de ce qu'il y a dedans »* *VAS1 « Prendre des trucs pas naturels*
	Utilisation non anodine	*VAS1 « C'est pas rien de prendre comme ça des hormones »* *VAS2 « C'est toujours des substances qui rentrent dans le corps, c'est pas forcément bon »* *VAS3 « Les médicaments c'est jamais anodin »* *VAS8 « Je ne suis pas à la base vraiment pour les médicaments*
	Dosage « personnel »	*VAS3 « La dose d'hormones elle devait être certainement surdosée pour moi »*
	Peurs générales à bien identifiées	*LT2 « La pilule c'est pas très bon »,* *LT8 « Des trucs un peu craignos »* *VAS3 « Moins on prend de merdouilles, mieux on se porte »,* *VAS2 « Ca peut faire certaines maladies, cancers, je ne sais même plus quoi… »,* *VAS6 «Je me dis euh je ne sais pas pour le corps pour tout 'est bien de ne pas avoir des règles toujours précises, toujours tout est provoqué par une hormone »* *LT6 « Pour le risque de cancer du sein »,* *VAS3 « Ca peut provoquer des cancers du sein ».*
Méfiance vis à vis de l'écologie		*VAS3 « Je sais que les résidus hormonaux partent dans les urines et partent dans l'environnement »* *VAS3 « C'était confortable pour moi mais pas pour la nature »* *« De pas polluer à ce niveau là »*
Rejet des « hormones »		*LT6 « Si je prends rien ce serait peut être mieux »* *LT1 « Je ne voulais surtout pas reprendre d'hormones »* *VAS6 « Et puis marre aussi de prendre des... des hormones »*

Méfiance sur l'efficacité des contraceptifs réversibles		
Doute sur efficacité	Pour elles-mêmes	*L1 « après je sais que ce n'est pas non plus hyper fiable »* *L2 « je ne faisais pas confiance au stérilet, fallait pas m'en parler »* *L4 « On avait peur justement que les autres contraceptifs suffisent pas, et que je retombe enceinte »* *L5 « j'étais pas sereine à 100% pour ne pas tomber enceinte »*
	Doutes validés par un médecin	*L7 « je pouvais tomber enceinte et même avec une autre pilule elle me disait que j'avais des risques de tomber enceinte »* *V7 « mais il dit : voilà c'est du dépannage hein ça peut être sûr à 100% »*
Échec de contraception	Vécu par la femme	*LT2 «à l'âge de 40 ans, n'étant pas sous pilule, je me suis retrouvée enceinte.»* *LT3 « Donc, parce que comme Y. la dernière de nos filles, était venue malgré la pilule, bah j'avais plus confiance. »* *LT4 « J'ai fait une fausse couche alors que je ne pensais pas être enceinte »* *LT7 « J'ai eu ma 1e grossesse j'avais 19ans, parce qu'en fait j'avais des soucis avec la pilule »* *VAS4 « Je suis tombée enceinte sous pilule »*
	Vécu par l'entourage	*LT2 « Parce qu'il y a des accidents aussi, comme ça. Les femmes peuvent se retrouver, ha elle a oublié, et paf. Ça je connaît des personnes à qui s'est arrivé ! »* *LT2 « Parce que j'ai connu des personnes qui ont eu une grossesse avec les stérilets »* *LT3 « Je lui ai dit « tu sais, même avec un stérilet, on peut avoir un enfant ».(…) moi j'en connais avec un stérilet qui en ont eu ! »* *VAS4 « Elle a perdu son stérilet, elle est tombée enceinte »*
La charge mentale de la contraception réversible		
Aucune méthode satisfaisante		*LT2 « J'ai pris la pilule, mis très peu. Avec les migraines […] c'était pas ce qui était le mieux adapté. […] je faisais la méthode des températures […] je ne faisais pas confiance au stérilet […] donc c'était soit pilule* soit ligature de trompe *»* *LT7 « J'ai eu plusieurs sortes de pilule, je ne sais plus combien... Donc j'arrêtais, je reprenais, je changeais de pilule »* *VAS2 « J'avais vu tout ce qu'il y avait, mais y avait rien qui me tentait… »* *VAS4 « Ce cheminement de contraception tentée/ loupée/ retentée et loupée ont fait que la vasectomie a émergé »* *VAS5 « J'avais l'impression d'avoir vu tout le panel et que plus aucun ne me convenait », « je pense que j'avais fait le tour, j'en avais marre »* *VAS6 « Il n'y en avait aucune qui me plaisait réellement »* *VAS8 « L'implant et le stérilet on a dû m'en parler à la maternité, mais c'est pareil, j'étais pas spécialement pour non plus*
Une charge lourde		*LT1 « C'est un sacré souci, cette contraception »* *LT5 « J'en avais marre de prendre la contraception »* *LT7 « Je veux arrêter la pilule et tout, je préfère ne plus rien avoir et puis être tranquille »*
AVANTAGES DE LA CONTRACEPTION DEFINITIVE		
Se libérer de la charge mentale de la contraception		
		VAS1« Ne pas prendre de cachet », *LT2 « J'étais soulagée. Et il y a plus à se dire tous les soirs, ha, j'ai oublié ma petite pilule »* *VAS4 « Fin voilà, ne pas se préoccuper effectivement de moyen de contraception, de « est ce que je ne vais pas zapper ma pilule ? » de « oh on part en week-end, je n'ai pas pris ma plaquette, je n'ai pas mon ordonnance », fin voilà c'était réellement la simplicité pour nous, des 2 côtés ! »* *VAS4 « Et moi j'avais plus rien à prendre, pas de corps étranger, un stérilet installé, à penser à enlever, à le changer, tout ça… »* *VAS1 « Bah mon mari il est ravi, pour lui pas avoir à mettre de préservatif c'est génial, ne pas s'occuper de contraception c'est génial », « le principal avantage c'est de ne plus se poser de questions sur la contraception ».* *VAS2 « J'ai moins de contraintes »,* *VAS8 « On avait plus besoin ni de préservatifs, ni de pilule, ni de quoi que ce soit, on a trouvé ça génial quoi ! »*
Se libérer de la peur d'une nouvelle grossesse		
		LT1 « Donc on peut faire l'amour sans se poser la question de l'enfant, ça c'est génial (…) Il n'y a plus que le plaisir » *LT5 « J'ai senti un soulagement et une sérénité »* *VAS3 « C'est une libération ! » et « ça fait rajeunir, d'une certaine façon. Parce que je me sens hyper libre ! »* *VAS4 « Pour nous c'était aussi entre guillemets "la facilité", et aussi la liberté au sein du couple, c'est-à-dire de plus du tout avoir cette crainte d'une potentielle grossesse »* *VAS5 « On est en sécurité par rapport à cette possibilité de grossesse non désirée »*

Etre en cohérence avec un mode de vie « naturel »: tant sur leur corps que sur leur environnement		
Un mode de vie « naturel »		*VAS3 « Moi je veux faire gaffe, de réfléchir au zéro déchet » « conscience écolo »* *LT1 « Je voulais pas de péridurale », « j'ai accouché d'A. à la clinique avec elle et puis les 2 autres à la maison »,* *VAS5 « J'étais penchée sur quelque chose d'assez naturel et simple», « je fais une formation de Doula »*
Méfiance du corps médical et des médicaments	Corps médical	*VAS3 « Parce que c'était beaucoup moins médicalisé, moins froid qu'un médecin ! C'était beaucoup plus cool ! »* *VAS5 « Notre angoisse de : est-ce que ça va être surmédicalisé »*
	Hormones	*LT1 « Parce qu'on fait attention à plein de choses : au niveau alimentaire, on essaye de ne pas manger trop de viande, on mange plutôt BIO, on a un jardin et je ne me voyais pas prendre des hormones en fait »* *VAS4 « J'en peux plus de la pilule, en plus on a tendance à faire très attention à notre alimentation, à tout faire maison, à manger local le plus possible bio et tout... »* *VAS5 « Il y avait un désir pour moi de revenir au naturel. Pas avoir d'hormones, rien du tout »*
« Être cohérent »		*VAS3 « Je me dis à mon petit niveau, qu'est-ce que je peux faire, et ça, ça en faisait partie », « être cohérent »* *VAS5 « Quelque chose de 100% naturel »*

LE CHOIX DE LA METHODE DE STERILISATION		
DETERMINANTS CONTEXTUELS		
Influence de l'entourage ayant réalisé une stérilisation		
Un avis facilitant le choix d'une vasectomie	Découvrir la méthode	*VAS1 « lui il en avait entendu parler parce qu'il est policier, et il avait un de ses copains collègues qui s'était fait opérer »,* *VAS3 « il s'affiche ! Il a effectivement eu une vasectomie, et tout le monde le sait !* *VAS4 « Mais on ne parle jamais de la vasectomie, donc je me dis que peut-être si on n'avait pas eu ce couple là qui nous en avait parlé, je ne sais pas si… »* *VAS6 « dès le début il m'en avait parlé de la vasectomie, parce qu'on avait 2 amis qui avait fait ça ».* *VAS8 la vasectomie s'est venu d'un couple d'amis à nous qui nous en a parlé.*
	Se confier, se rassurer	*VAS1 « c'est le fait de connaitre quelqu'un de proche, parce qu'en fait on va pouvoir parler de questions qu'on va pas forcément poser à des gens qu'on connait pas », « ils ont aussi parlé de l'opération elle-même, que ça faisait pas mal, qu'on perdait rien non plus au niveau des sensations etc… »* *VAS6 « le fait aussi d'avoir deux amis qui l'ont fait avant. Il savait que ça se passait bien ».* *VAS8 Gaël à raconté à Florimond comment l'opéra9on était simple, que ça se faisait en ambulatoire, la suite aussi qu'il n'y avait rien qui avait changé au niveau des rapports. Toutes les questions que je pense que lui pouvait se poser.*
	S'identifier	*VAS1 « un de ses copains collègues (…) à peu près du même âge »* *VAS7 « Peut être que Monsieur s'est dit : bon bah c'est bon en fait (rire), je ne suis pas tout seul ! Et peut être ça a permis de … D'ajouter un point en plus »* *VAS8 Oui ils ont quelques années de plus, mais ouais*
Avis non recherché		*LT2 « Je connaissais personne dans mon entourage qui l'avait fait mais je savais que ca existait »* *LT3 « Non, je connaissais personne qui l'avait fait ! »* *LT7 « Moi aussi j'ai cherché un peu mais j'avais vraiment personne aux alentours »*
Un avis freinant le choix de la LT		*VAS6 « Ma mère s'est fait ligaturer les trompes, c'était une autre époque je pense ! »* *VAS7 « Ma maman s'est fait ligaturer les trompes (…) elle a eu vraiment beaucoup de mal à récupérer, (...) Si jamais effectivement ma maman n'aurait pas eu cette expérience, mais je pense que ça a joué effectivement dans la balance quoi. »*
Influence de l'entourage familial et amical		
Avis de l'entourage sur la vasectomie		
Avis négatifs	Douleur	*VAS1 « Autour de nous, c'était plutôt les réactions de garçons qui étaient "holala, tu vas faire ça ??", parce que la vasectomie, ils font "houuuu" (secoue la main) »* *VAS5 « Ah il y a toujours les questions des garçons : comment ça marche ? Est-ce que ça fait mal ? »*
	Perte d'érection	*VAS7 « Les avis des gens, euh c'est malheureusement une idée reçue le coup du problème d'érection »*
	Atteinte virilité	*VAS1 « On touche aux parties un peu mâles, ça peut donner l'impression d'être moins homme »* *VAS4 « il ne s'est pas du tout senti amoindri dans sa virilité comme peuvent prétendre certains copains où c'est hors de question, où il ne faut surtout pas toucher à leur sexe… ».* *VAS5 « Et voilà, il y a un peu l'angoisse autour de la virilité forcément »* *VAS6 « Ha ba oui oui, c'est une question de virilité »*

	Castration	*VAS7 « Je pense, il y a toujours le coté je trouve qui est dommage, castrateur fin voilà : oui ta femme t'a demandé de faire ça »*
	Rejet	*LT7 « Alors lui mon beau-frère c'était catégorique jamais il ne ferait ça »,* *VAS3 « J'ai discuté avec des collègues par exemple, qui disent « ha moi, mon homme, jamais de la vie il voudra faire ça ! » »* *VAS7 « Mon père avait dit : oula ! non non non non, il dit : moi on coupe pas, on coupe pas ça »* *VAS5 « Bah il y a des gens qui nous ont dit forcément : bah moi je ne pourrais pas »* *VAS6 « C'est redhibitoire pour eux ! »*
Avis positifs	Rassurant	*VAS2 « J'ai une tante qui est médecin, donc elle a pu nous confirmer qu'il y avait pas de danger quoi. »*
	Compréhensif et soutenant	*VAS5 « Tout le monde nous a dit : c'est votre choix. Pour le coup il n'y a eu aucun jugement de porté, on a des familles extrêmement compréhensives donc il n'y a eu aucun souci, tout le monde a compris »*
	L'admiration	*VAS4 « Dans notre famille, c'était plutôt bien vu. (...) c'était plutôt fier, c'était plutôt classe qu'il fasse ça »* *VAS6 « J'ai entendu des choses : ho c'est beau ce que tu fais, c'est beau ce que tu fais »*
	L'envie	*VAS2 « J'ai même eu des personnes qui m'ont dit : t'as de la chance ! C'est pas forcément évident que le mari accepte »,* *VAS6 « Des collègues bah voila c'était… fin elles: envieuses, mais de toute façon leur mari ce ne sera jamais ca »*
Avis de l'entourage sur la ligature tubaire		
Avis négatifs	Sur la LT ou sur la stérilisation ?	*LT6 « ma maman, mais elle était pas trop trop chaude elle ! »,« y'en a qui ne comprenaient pas mon choix, ça oui ! »*
Avis positifs	Compréhensif et soutenant	*LT3 « J'en ai parlé à mes parents, et mon père m'a dit : c'est très bien, t'as raison de faire ça »* *LT4 « Mes parents ont bien accepté, au contraire. Ils ont pas du tout… ils ont même été contents que je le fasse. »,* *LT6 « Beaucoup de femmes sont plutôt pour, quoi. »* *LT7 « Ils ont jamais contredit mon choix, ils ont toujours été dans mon sens »*
Entourage non sollicité		*LT1 « Pas du tout ! Non, que tous les deux »* *LT5 « Je n'en avais même pas parlé avec ma famille », « je prends mes décisions toute seule »*
Influence médicale		
Initiative de la démarche	Initiative pour les LT	*LT8 « Bah qui a posé la question, c'est quand même le gynéco ! »* *LT3 « Je me demande même si c'est pas elle qui m'en a parlé la première fois »* *LT5 « C'est le gynécologue qui m'en avait parlé »*
	Influence du suivi régulier	*LT8 « Car du coup ça s'est fait dans le cadre d'un suivi »* *VAS4 « Finalement je me dis, aux hommes c'est proposé à quel moment ? Parce que nous on a notre suivi gynéco où on nous parle de tous les moyens de contraception ».*
	N'est pas à l'initiative	*LT1 « Donc j'arrive et je lui dis bon bah voilà je voudrais faire ça »* *LT2 « C'est moi qui ai demandé au Dr D »* *LT3 « Donc quand je lui ai dit, 3 enfants ça suffit, je voudrais me faire ligaturer les trompes »* *VAS1 « On avait pris rendez-vous avec elle pour dire : ba voilà, on voudrait faire ça »* *VAS4 « Mais notre médecin traitant quand on lui en a parlé… »*
Une source d'information	Les femmes informées en priorité sur les méthodes féminines et peu sur la vasectomie	*LT8 « Elle m'a dit « mais c'est pas zéro », du coup il faut trouver une solution. « Physiquement vous ne pouvez pas supporter un stérilet », voilà il y a quelque chose qui n'est pas possible à poser ; « vous fumez », donc pas de contraception orale ; donc voilà ce qui est possible (la ligature) »*
		LT4 « C'est vrai que même les médecins nous en parlaient très peu ! Les gynécos non plus ! On abordait rarement le sujet. Dans le milieu médical on en parlait très peu. Très très peu. Je sais même pas si on en parlait vraiment. » *LT6 « Il n'en avait pas parlé non »* *VAS4 « Mais même lors des consultations, on ne nous a jamais dit : mais vous avez cette possibilité là que votre conjoint fasse une vasectomie » et « c'est pas quelque chose qu'on nous propose, c'est pas quelque chose dont on nous parle. »* *VAS6 « Ma gynécologue ne m'a jamais parlé de la vasectomie. C'était toujours axé sur moi ! »* *VAS8 « Même en sortant de la maternité c'est vrai qu'on ne m'en a jamais parlé. On parle toujours à la sortie de contraception, de pilule etc. (...)Mais à aucun moment on ne m'a parlé de vasectomie. »*
	Bonne information sur la méthode demandée	*VAS1 « Quand il est allé voir la médecin, elle lui a tout expliqué » et « on a eu toutes les réponses aux questions »* *VAS4 « Il lui a juste effectivement bien expliqué le côté définitif des choses, le fait qu'il y avait 4 mois de réflexion, que ça permettait de réfléchir, on a eu la documentation, il a*

		expliqué effectivement que c'était une intervention relativement facile, sans trop de douleurs voilà en ambulatoire - rentrée le matin et sortie le soir » *VAS6 « Il a été très satisfait, je crois de l'information »* *VAS7 « Elle a bien pris le temps, celle qui nous a reçu le médecin de nous expliquer tout, de répondre aux questions, avec un schéma d'expliquer où se fait l'incision »* *VAS8 « Il y avait beaucoup d'informa9ons. Et puis lui sur place il avait eu tout un schéma de comment c'était, comment ça se passait. Ouais, non non c'était bien expliqué hein ! »* *LT5 « Il m'avait très très bien renseigné et tout »* *LT7 « Le chirurgien m'a vraiment mis en confiance, m'a bien expliqué comment ça allait se passer et tout »* *LT8 « Elle avait pris le temps de me dire les conséquences »*
	Rassurant	*VAS2 « Suite au rendez-vous qu'on a eu au CHU, il a vraiment été rassuré, sur comment ça marche »* *VAS4 « Je trouve que l'urologue a été rassurant »* *VAS6 « On est vite rassurés »* *VAS7 « Donc voilà, rassurant aussi »*
	L'importance de l'avis médical	*VAS6 « Si on avait eu quelqu'un qui nous aurait plus poussé dans cette voie là, en nous disant qu'on ne craignait rien, que c'était une valeur sure que … Je pense qu'on aurait beaucoup plus… fin voilà la parole du médecin quoi. L'accompagnement ».* *VAS8 « Peut être si un médecin nous l'avait expliqué, nous l'avait proposé. en fonc9on de notre situa9on, on s'y serait peut être intéressé aussi. »*
La relation au médecin	Relation de confiance avec le gynécologue	*LT2 « Je faisais confiance à mon médecin. C'est avec lui que j'ai eu mes renseignements »* *LT4 « C'était mon gynécologue qui m'a accouchée »* *LT5 « Quand on a confiance dans notre médecin, il n'y a aucun souci »* *LT6 « Les 3 fois c'était le même gynéco. Et c'est lui qui m'a fait la ligature des trompes, qui me connaissait bien quoi. Donc j'avais confiance en lui »* *LT8 « Je me suis sentie bien accompagnée »* *VAS7 « C'est la gynécologue que j'ai depuis mes 2 enfants, donc ça fait 10 ans qu'on se connait, fin même 12 ans ».*
	Réactions et connaissances inégales chez les médecins généralistes	*LT5 « Je n'en avais pas parlé avec mon MT ».* *VAS4 « Honnêtement notre médecin traitant quand on lui en a parlé Mme M. elle était : je ne vous embrasserais pas... à JC, mais je suis fière, fin elle était contente que ça vienne de lui et voilà ! »* *VAS3 « Médecin généraliste qui dit « ha ouais » (grimace) enfin... Un peu surpris ! »* *VAS5 « Notre médecin traitant qui lui a expliqué toutes les démarches »* *VAS1 « Elle avait pas trop l'habitude de ça ».*
Conditions posées par le corps médical	Mises en garde	*LT1 « Et donc là il a fait mourir mes enfants, il m'a fait divorcer, perdre mon mari (rires) enfin voilà on a beaucoup discuté »* *LT6 « Il m'avait dit : si des fois vous perdez un enfant, ou si vous refaites votre vie vous allez peut être le regretter après »* *LT2 « Alors par exemple on disait, mais si vous désirez un enfant dans quelques années, imaginons qu'un des enfants a un accident… »*
	Conditions d'âge et de parité	*LT2 « C'était pour les femmes qui avaient eu plusieurs enfants. Et puis pas avant 40 ans, c'était pas autorisé, la médecine voulait pas »* *LT3 « Il fallait avoir 37 ans et 3 enfants »* *LT5 « J'avais demandé ... euh ... (hésite) au gynéco : je voulais une stérilisation. Et donc il voulait que je commence d'abord par le stérilet »* *LT6 « Il ne voulait pas au départ, j'étais trop jeune »* *LT1 « Moi le gynéco il m'a dit « ho ba ça ne se fait pas beaucoup avant 40 ans, vous êtes jeune ! »* *LT4 « A l'époque, on pouvait, alors je sais pas si c'est toujours comme ça, on pouvait quand on avait 3 césariennes, faire un section de trompe. Mais je pense que 2 enfants, je suis pas sure qu'on pouvait. »* *LT7 « J'avais déjà fait la demande avant mes 30 ans. Et en fait elle m'avait dis que j'étais un peu jeune »* *LT3 « Il a fallu attendre 7 ans »* *VAS7 « Apparemment dans la reglementation il faut, même si on a deux enfants, il faut avoir un âge minimum »* *VAS8 « A Nantes ils n'ont pas voulu l'opérer parce qu'ils le trouvaient trop jeune (36 ans) »*
	La négociation	*LT6 « L'argument que je lui donnais »,* *LT1 « Donc je lui dis : bah oui, je suis jeune, mais j'ai eu mes enfants jeunes, vous savez. J'ai dû m'expliquer, »*
Le cadre	Le protocole	*LT3 « C'est elle qui s'est occupée de tout et ça s'est fait au CHU très rapidement sans aucun problème »* *LT8 « Il y avait quelque chose de bien bordé »*

	Les difficultés d'accès		*VAS3 « Entre le moment où il a pris son rendez-vous et le moment où il l'a eu, il s'est passé peut être 4 mois ! parce qu'il a été opéré à la clinique Jules Verne par un médecin qui était quasiment en retraite et qui consultait 1 fois par semaine »*
	Délai de réflexion	Compris et accepté	*LT1 « C'est définitif. Donc ça vaut le coup d'avoir un temps de réflexion. »* *LT5 « Je l'ai accepté »* *VAS4 « Mais j'ai trouvé ça raisonnable qu'on ne nous dise pas : bah effectivement la semaine prochaine on vous opère »* *LT7 « Mais en fait je pense que pour certaines ils ont peut-être besoin d'avoir ces mois de réflexions »* *LT8 « C'est pour ça que j'avais l'impression : à la fois il y avait une certaine vitesse mais c'était aussi protocolisé. Et du coup ça s'est fait dans les règles de l'art »* *VAS6 « J'imagine que ça peut être utile pour différentes personnes »* *VAS7 « Je pense que c'est hyper important, parce que c'est un choix : on ne peut pas revenir en arrière »*
		Pas utile	*LT1 « Et il m'a dit bon ba je vous donne rendez vous dans 6 mois, et il m'a donné les papiers. Je sais plus ce que c'était, un temps de réflexion quoi. Et j'ai repris rendez-vous, et puis j'avais pas changé d'avis »* *LT5 « Ca n'a rien changé car je savais que j'allais le faire »* *LT7 « Parce qu'après le 1er rendez-vous j'étais déjà fixée (…) mais moi vu que ça fait des années avant que j'étais déjà préparée que je ne voulais plus d'enfants, que j'avais mes 2, que ça me suffisait. Que non moi j'ai pas eu besoin. (…) Parce que je voulais vraiment faire l'opération assez rapidement, je disais mais moi c'est bon j'ai réfléchi ça fait déjà des années, et puis j'avais emmené le courrier de Mme M. (son médecin traitant NDLA) comme quoi j'étais déjà décidée ! Donc il y avait déjà l'année ! Je ne sais plus quelle année, ça doit bien faire ... 4, 5 ans je pense ! Donc ils ont vu que j'étais décidée à faire cette opération-là. Donc non moi la réflexion... J'avais pas besoin ! »* *VAS3 « Il a quand même 6 mois de réflexion, même si nous il étaient fait ! »* *VAS4 « On s'est dit que les 4 mois n'ont rien changé, ça ne nous a pas permis d'y réfléchir plus parce que ça faisait déjà plusieurs années que finalement qu'on y réfléchissait (…) On nous aurait : la semaine prochaine JC peut se faire opérer, on aurait dit ok »* *VAS6 « Pour lui non, j'en ai pas eu l'impression »*
		Long et contraignant	*LT5 « Je l'ai trouvé long, pour moi. »* *VAS3 « Il a quand même 6 mois de réflexion, même si nous il étaient fait ! mais .. pas grave, il faut le refaire, on reprend 6 mois ! »* *LT7 « Ca m'a même saoulée (rires) ! »* *VAS6 « Si ca avait été même fait plus tot, fin ça l'aurait arrangé je pense* *VAS8 « On aurait pas forcément eu besoin des 4 mois »*
		Utile	*VAS7 « Les 4 mois voilà ca permet après, meme du coup on a beaucoup échangé »* *VAS8 « Mais on a parlé de plein de choses, des peines choses bêtes de la vie, mais surtout s'il m'arrivait quelque chose, est-ce qu'il n'aurait pas lui envie de refaire sa vie avec quelqu'un et de ravoir des enfants ou euh même si on se séparait, fin c'est plus ce genre de ques9ons là qu'on s'est posé en fait. Moi aussi est-ce que.. peut-être quand Elie aurait grandit je n'aurais de nouveau une envie d'enfant.. On s'est posé toutes ces questions là. »*
Les autres sources d'information			
Internet	Utilisé avec « précaution »		*LT5 « J'étais allée voir sur internet. Je prends ce qui est bon et ce qui n'est pas bon. Je trie je veux dire. »* *VAS2 « J'ai été sur des sites médicaux, comment se passe l'opération, avant après, mais pas sur les forums. »* *VAS3 « On va sur internet (…) mais je vais pas sur les forums, des choses comme ça ! »*
	Non utilisé		*LT2 « On a pas pris de renseignements pour ca (vas) / je n'avais même pas fait de recherches (pour la LT) »* *LT8 « J'avais pas trop lu de trucs là-dessus (LT) »* *VAS1 « On n'avait pas du tout regardé sur internet par exemple »* *VAS4 « On avait toute une documentation (donné par l'uro) et on s'est limité à ça ».*
	Pour se rassurer sur une méthode déjà choisie		*VAS5 « Je pense qu'il s'était renseigné sur internet »* *VAS7 « Que quelqu'un qui a vraiment vécu l'opération, puis vraiment dire ce qu'il a ressenti même au niveau des douleurs tout ça »*
Autres sources	Médias		LT6 *« Par des émissions… »* *LT7 « Avec des reportages »*
	Formation professionnelle		*LT8 « Dans le cadre de ma formation d'infirmière ».* *VAS7 « Je suis aussi un peu technicienne de labo donc j'ai eu aussi les cours de physiologie tout ça »*
Un sujet intime, voire tabou			
La stérilisation est un sujet intime abordée avec le cercle proche			*LT7 « Du coté de ma famille vraiment proche »* *LT4 « Les amis, non, ça reste un petit peu… »*

		VAS2 « J'ai une cousine qui le sait, des amis proches ». *VAS7 « Un des couples d'amis, on est vraiment très proches »* *VAS3 « Mes enfants le savent pas, ma famille le sait pas »* *VAS8 « Alors à ma maman peut-être, oui, sinon pas plus que ça »*
On « entend parler » de la ligature, mais la vasectomie est un sujet tabou	Différence de perception LT/VAS	*LT3 « Oh ba on devait en entendre parler, à l'époque (LT) »* *LT2 « J'ai pas honte de le dire »* *LT4 « La femme elle a le droit, en fait, ça rentre presque dans les cases, que la femme ait une section de trompes, mais que l'homme… C'était tabou quoi, on en parlait pas ».* *VAS6 « C'est pas quelque chose dont on parle, la vasectomie. Le mot ligature de trompes on en entend plus facilement parler »*
	La vas = un sujet évité	*LT6 « Au niveau des copains, personne n'en parlait »* *VAS1 « Sa mère lui a dit: ha ba tu sais ton père il a fait la même chose ! Sauf qu'il ne l'avait jamais dit ».* *VAS4 « Quand on en parle c'est tabou »* *VAS1 « Parce que mon mari il appréhendait quand même la réaction de sa mère, sur le fait de dire "je vais me faire vasectomiser" »*
	La Vas = provoque le malaise	*VAS4 « Des fois quand on peut parler du fait que X. a fait une vasectomie, les gens ils se sentent gênés ! (…) ça lance un ... (blanc) comme un blanc (rire nerveux) et je dis « mais tout va bien, ne vous inquiétez pas » mais voilà comme si c'était un peu... On sent encore un peu le côté tabou. De voilà, faut pas trop, faut pas trop en parler. »* *VAS3 « Mais vous avez raison, la réaction des gens est très… les gens sont surpris. Quand on aborde le sujet, et puis, on en parle souvent en rigolant, sous forme de blague, ils s'arrêtent de rigoler ! (rires) en fait, ils osent pas poser de question je trouve. Il y a un blanc. On dit « ba si , si, c'est vrai ! » . Et après ils osent pas poser de question, et moi j'ai pas spécialement envie qu'ils en posent ! j'ai pas envie qu'ils commencent à dire… j'ai pas envie d'entendre leur remise en question. »*
	Un effet générationnel ?	*LT5 « Je suis d'une génération que c'est plus la femme qui le fait »,* *LT4 « Je pense aussi qu'on en parlait aussi moins que maintenant, de tout ça. Ça fait quand même des années, on était moins à se poser de questions. Je pense que c'est surtout ça. Nous, à notre époque, on faisait ce qu'on pensait bien, mais après… je suis sûre que maintenant, je me poserais plus de questions, et psychologiquement, etc… Mais je pense qu'à cette époque-là, on voyait pas les choses de la même façon que les jeunes femmes maintenant »* *VAS3 « On s'est vraiment rendus compte qu'on était bizarres ! Mais je sais très bien, que je suis, qu'on est complètement atypiques ! »* *VAS4 « Comme j'ai le sentiment - mais même dans notre génération - quand on en parle c'est tabou »* *VAS7 « Après je ne vous cacherai que mon mari, il ne l'a pas dit à certaines personnes. Parce que c'est toujours un peu compliqué le regard, on a beau être la nouvelle génération, voilà, il y a des copains je pense ils en rigoleraient ou ils feraient des blagues déplacées fin… »*
	Un effet culturel ?	*VAS6 « J'ai l'impression qu'aux Etats-Unis ça se fait beaucoup, que c'est quelque chose qui est, enfin au niveau culturel que peut être que ce sont des opérations qui se font plus facilement dans d'autres pays ».* *VAS4 « Niveau informatif, bah c'est un peu zéro en France par rapport à ça »*
Demande de lever le tabou		*VAS7 « Je pense c'est pas encore rentré dans les mœurs »* *LT5 « Je ne pense pas que ce soit rentré dans les mœurs »* *VAS8 « Et oui je me dis que ce serait bien qu'on en parle plus, même des reportages... Des médecins qui puissent nous expliquer beaucoup plus que ça, et nous la proposer cette opération ! Parce que finalement on n'en entend pas parler du tout »*

DETERMINANTS INDIVIDUELS		
VISION DE LA FEMME		
Vision de la femme sur la ligature tubaire		
Motivations	Autonomie	*LT1 « Et en même temps, c'est moi qui l'ai fait c'est pour moi. Et c'est moi qui peux plus...Enfin je sais pas comment dire, c'est aussi… C'est moi qui maitrise ça, c'est moi qui ai décidé, enfin c'est nous, mais c'est quand même moi. Donc moi je peux plus avoir d'enfant, j'ai choisi ça, et c'est, ça me plait aussi que ce soit mon choix à moi. Et « j'étais sûre de moi dans ma tête »* *LT3 « J'ai eu 3 enfants en 3 ans, c'était terminé, point final.* *LT5 « J'ai dit c'est terminé, je n'aurais plus jamais d'enfants. Et "la décision était radicale pour moi"* *LT6 « C'est quand même mon choix à moi, c'est mon corps, c'est a moi de prendre la décision »* *LT7 « Pour moi c'était quand même ma décision, peu importe s'il aurait refusé, c'était quand même mon choix, c'était mon corps »*

	Opération bénigne	*LT2 « C'est bénin comme intervention (LT) »* *LT6 « C'est une petite intervention, c'était pas méchant »* *LT5 « Pour moi c'est une opération comme une autre », « Et puis avoir peur de ça et ne pas avoir peur de l'opération ! L'opération pourrait faire beaucoup plus peur ! Théoriquement. »* *LT2 « J'ai pas du tout peur d'aller à l'hôpital »*
	Innocuité totale	*LT3 « Oh non, aucune crainte ! Quel genre de craintes aurais-je pu avoir ? ha non non non, absolument aucunes craintes, j'y suis allée les yeux fermés »* *LT4 « Ca m'a pas inquiétée »*
Freins	Peur de l'opération	*L'anesthésie :* - *LT8 « Je déteste l'anesthésie »* *L'opération elle-même :* - *VAS7 « Pour moi c'est hyper invasif »* - *LT2 « Je sais pas s'il peut y avoir des accidents avec ça, si ca peut bouger ou quoi… »* - *LT8 « Je suis quelqu'un qui peut aussi appréhender tout ce qui est autour des actes un peu physique médicaux »* *La douleur et la récupération post opératoire :* - *LT8 « La douleur physique aussi ca m'inquiète »* - *VAS1 « Elle avait mal, elle, avec ses cicatrices »* - *VAS7 « Pour récupérer après »*
	Opération plus lourde que la VAS	*VAS6 « Que c'est plus lourd comme intervention qu'une vasectomie »,* *VAS8 « Bah forcément on sait que c'est beaucoup plus invasif, beaucoup plus lourd comme opéra9on qu'une vasectomie.*
	Contrainte logistique	*LT7 « c'est quand même une **contrainte** de se faire ligaturer »* *LT8 « Ne pas aller bosser »*
	Perte féminité	*VAS4 « J'avais l'impression que ça touchait à ma féminité en fait »* *LT1 « Je me sens pas mutilée du tout, enfin je sais pas comment dire, je me sens pas moins femme »*
	Deuil de sa fertilité	*VAS2 « Je sais pas, en tant que maman, euh… enfin, oui, c'est bizarre, mais savoir que je peux plus donner la vie, même si c'est mon choix… »* *VAS1 « faire le deuil »*
	Incidence hormonale	*VAS6 « Incidence hormonale »*
	Opération désuète	*VAS6 « Dans ma tête la ligature de trompes ça ne se faisait plus »*
Vision de la femme sur la vasectomie		
Motivations	Information inégale LT/VAS	*VAS2 « J'avais fait mes recherches avant ».* *LT5 « Ca c'est chez…? ».* *LT8 « La vasectomie c'est définitif ? »* *LT3 « Je sais pas comment se présente une vasectomie»*
	Opération rapide et simple	*VAS2 « Et puis l'opération en soi ça dure vraiment pas longtemps »* *VAS3 « C'est quand même une opération anodine »* *VAS8 « Ce qui a fait pencher la balance pour la vasectomie c'est que c'était une opération qui était simple*
	Logistique simple	*VAS3 « C'était relativement facile, il y avait pas besoin de prendre sa journée, de s'organiser trop durement »*
	Confiance dans le geste	*VAS1 « Je ne m'était jamais posé de question… je n'avais pas vraiment d'inquiétudes par rapport à ça »* *VAS5 « Moi je crois que j'ai fait assez confiance »* *VAS4 « Pas de craintes particulières par rapport à la vasectomie »* *VAS7 « Mais non pas au niveau du geste, j'étais pas inquiète du tout* *LT1 « J'ai pas de peurs par rapport à ça. »* *LT3 « Non non j'avais aucune crainte »* *LT4 « Je savais un petit peu comment ça se passait, que c'était l'homme au lieu de la femme, et qu'après on était tranquille quoi !". »*
	Absence de risque sur la sexualité/ virilité	*LT1 « Par rapport à la virilité, aux érections, aux choses comme ça, non, ça va, j'ai plutôt confiance. »* *VAS1 « Je savais que c'était pas une castration »* *VAS4 « Après je ne me suis pas posé de questions de si ça pouvait engendrer des soucis par rapport à la sexualité, mais en fait même pas. »* *VAS6 « Ca ne m'avait même pas traversé l'esprit, ce côté "viril ou pas", j'ai même été étonnée qu'on puisse penser ça »*

		VAS6 « J'avais pas trop peur euh du point de vue de la sexualité, panne d'érection ce genre de choses »
	Passer le relai	*LT6 « Pourquoi c'est toujours la femme qui prend la décision ? Pourquoi pas l'homme ? (…) il aurait très bien pu le faire aussi. »* *VAS3 « Moi, pendant 20 ans, c'est moi qui ai pris en charge la contraception ! (...), c'est pas que je trouvais ça naturel, mais aussi, important qu'on puisse aussi passer le relai à ce niveau-là »* *VAS7 « Oui c'est vraiment le mot : « passer le relais », « chacun son tour ».*
	Soulager la femme	*VAS4 « Et moi ça me dégageait ouf je vais pas galérer avec un nouveau moyen de contraception parce que là concrètement je ne sais pas ce que j'aurais repris »* *VAS5 « J'avais retiré le stérilet, bah en fait dès que la décision avait été prise »* *VAS4 « On a suffisamment de charge mentale pour pas se rajouter ça en plus »*
Freins	Méfiance	*LT7 « Ca doit être aussi efficace qu'une ligature des trompes, mais est-ce que je n'aurais pas eu aussi cette crainte ? ».* *LT8 « C'était plutôt novateur aussi! » « Je ne sais pas s'il y avait beaucoup d'hommes », « Ca m'interpelle ce choix-là ! », « Ca ne m'avait pas du tout heurtée, mais … ».*
	Peur de l'AG	VAS4 *« Plus par rapport au fait que ce soit une intervention chirurgicale: c'était quand même une AG, donc voilà »* *VAS6 « J'étais un peu stressée par l'opération parce que c'était une anesthésie générale »* *VAS7 « Moi j'avais plus des craintes on va dire par rapport à l'anesthésie »*
	Peur de la récupération post opératoire	*VAS7 « Je ne voulais qu'après mon mari pendant toute sa vie, il ait des douleurs où qu'il ait du mal à récupérer. »*
	Conditions d'accès par rapport à l'âge	*VAS4 « On avait encore en tête que peut être qu'un urologue lui dirait qu'il était trop jeune du coup pour faire cette intervention »* *VAS6 « Je pensais que les médecins, oui, allaient dire… non c'est pas possible, pas avant tel âge »*
	Difficultés d'accès	*VAS3 « Si on vivait encore dans le Finistère, je pense pas qu'on l'aurait fait, ça aurait été trop compliqué comme démarches »*
	Facilite les relations extra conjugales	*VAS3 « Est ce qu'il peut aller voir ailleurs, en plus, je sais pas ! Peut-être ! (gros rire) »*
	Méconnaissances	*VAS4 « On avait encore en tête que peut être qu'un urologue lui dirait qu'il était trop jeune du coup pour faire cette intervention »* *VAS6 « Je pensais que les médecins, oui, allaient dire… non c'est pas possible, pas avant tel âge »*
Comparaison des deux méthodes pour la femme		
Pour les femmes VAS : la vasectomie est une opération « moins lourde »		*VAS6 « Que c'est plus lourd comme intervention qu'une vasectomie »,* *VAS3 « C'est plus facile chez un homme. Ça me rajoutait un argument ! »* et *« pour les mecs ça se passe mieux »* *VAS6 « Ca paraissait plus … plus simple et puis comme c'est un organe externe ça donne pas le même effet qu'une ligature de trompe »* *VAS7 « Les hommes s'en remettait plus facilement parce que c'était moins invasif, c'était vraiment une micro-opération »* *VAS8 « Un très bon ressenti par rapport à ça, quand on a vu comment l'opération était simple effectivement, par rapport à une ligature des trompes pour une femme ou euh... »* *Et « bah forcément on sait que c'est beaucoup plus invasif, beaucoup plus lourd comme opération qu'une vasectomie »*
Une opération symboliquement plus importante, source d'admiration		*LT7 « Pour un homme faire ces opérations c'est quand même … (mime ciseaux), je sais que pour une femme... Je pense que ce n'est pas tout à fait pareil ! » et « pour une femme c'est peut-être moins… je ne sais pas... Par rapport à un garçon ou t'enlèves ça... Voilà c'est l'homme quoi ! ».* *LT8 « Il y avait quelque chose d'assez définitif justement chez l'homme, enfin je ne sais pas… ».* *VAS3 « Donc je trouve ça super courageux. On va dire, je l'aime encore plus ! » et « Je suis encore plus fière de lui »* *LT1 « Je pense que c'est une belle preuve d'amour, aussi, quand même. »* *VAS4 « Honnêtement notre médecin traitant quand on lui en a parlé Mme M. elle était « je ne vous embrasserais pas.. » à J, mais je suis fière, fin elle était contente que ça vienne de lui et voilà ! »* *LT7 « J'ai été fière de leur dire, vous savez moi mon mari s'il avait pu faire l'opération bah il l'aurait fait ».*
VISION DE L'HOMME (rapportée par la femme)		
Vision de l'homme sur la vasectomie (perçue par la femme)		
Motivations	Autonomie	*VAS1 « Lui il dit : "il n'y a aucune solution envisagée où je me dis je referais ma vie avec des enfants, avec quelqu'un d'autre" »*

		VAS3 « Même si on se séparait, même s'il rencontrait quelqu'un, il serait tout à fait capable de dire tout de suite « non, j'ai déjà 3 enfants, j'en veux pas d'autre », les choses seraient claires d'entrée de jeu. Et « il est bien content de se dire, il a 3 enfants il n'en aura pas d'autres» *VAS4 « Il me disait "ba non je ne referai pas ma vie, fin voilà je ne me vois pas avec d'autres enfants" «* *VAS6 « Et lui de me dire "non mais de toute façon même si je refais ma vie, je ne veux pas d'autre enfant" »* *VAS7 « Il dit « j'ai 2 enfants, moi ça me va, ma vie est faite comme ça, il n'y aura pas de regrets derrière ».* *VAS8 « Peu importe ce qu'il se passerait plus tard, il ne voulait pas d'autres enfants »*
	Participer et à prendre le relai dans le domaine de la contraception et de la fécondité.	*VAS1 « R il répondait (...) que la femme c'est toujours elle qui prend la pilule, qui fait les enfants, qui accouche, et que pour une fois que l'homme peut participer un peu… »* *VAS3 « Il s'est dit "tient c'est vrai, à mon tour" »* *VAS4 « Il disait entre guillemets : c'est bon, t'as fait ta part du boulot en tentant tout ce qui existait et voilà »* *VAS5 « Lui il est plutôt partisan de... comment dire, aussi de partager tout ce qui contraception »* *VAS6 « Il a compris que moi je voulais plus »* *VAS7 « Donc il a dit « je prends le relais »*
	Soulager la femme et protéger sa santé	*VAS4 « J. me voyait effectivement vraiment galérer »* *VAS4 « Le fait d'avoir la pilule sans savoir ce qui est dedans ça ne lui plaisait pas non plus ».*
	Inconnue	*VAS2 « Oui, parce que vous allez me dire, il prend pas la pilule… ba déjà, de voir sa femme, plus sereine, je sais pas ! (hésitation) »* *VAS3 « Je sais pas ! Si vous voulez, vous pouvez aller lui demander »* *LT5 « Faudrait demander à un homme qui l'a fait ou qui aimerait le faire pourquoi il souhaite le faire car je n'ai pas la réponse »* *LT8 « Je ne sais pas pourquoi cet homme a pris cette décision-là »*
	Pas d'inconvénient	*VAS2 « Ca le dérangeait pas »,* *VAS3 « Lui ça l'a pas dérangé. »*
Freins	Peur « instinctive »	*VAS2 « Au début il a eu peur, évidemment (rires). Parce que les hommes… »* *LT5 « Les hommes ont peur. »* *LT6 « Peut être que l'homme a peur aussi. »*
	Peur d'une perte de virilité/ castration	*LT7 « Donc au début c'est ce qu'il disait (prend une voix masculine, grave) « Non non moi on m'enlève RIEN-DU-TOUT » (rires)* *LT7 « C'est vrai que pour un homme faire ses opérations, c'est quand même … (mime des ciseaux) »* *LT5 « Pour eux c'est leur enlever leur masculinité »* *VAS2 « Que ça change le métabolisme (rires). C'était plus ça qui lui faisait peur ».* *VAS5 « Il y avait quand même la petite crainte autour de la virilité »*
	Peur sur la sexualité	*LT1 « Je pense qu'il aurait eu peur que ça marche pas pareil après »* *VAS2 « Qu'après l'opération…Je vous parle... Style il ait plus d'érection »* *VAS2 « Il avait juste besoin d'être rassuré sur la machine qui fonctionnera toujours ! »* *VAS5 « Et puis l'angoisse de : est-ce que ça va fonctionner toujours après ? »* *VAS7 « Est-ce qu'après il y a des troubles d'érection ? »`* *VAS8 « Je pense qu'il avait un petit peu peur du "après", par rapport aux rapports sexuels »*
	Peur de l'opération et de la douleur	*LT1 « Qu'est ce qui va se passer exactement »* *VAS1 « Mon mari était un peu inquiet d'avoir mal »* *VAS4 « Lui, c'était plus le fait d'avoir mal ou qu'i y ait une complication »* *VAS5 « Mais il y avait aussi la petite appréhension, ça reste une opération donc comme tout le monde, ce n'est pas non plus une partie de plaisir »* *VAS7 « Monsieur avait très peur que ça fasse extrêmement mal »* *VAS7 « Est-ce qu'il peut y avoir aussi - c'est une opération - est-ce qu'il peut y avoir un risque derrière »* *VAS8 « Il avait quelques craintes… Déjà de l'opération en elle-même »*
Vision de l'homme sur la ligature tubaire (percue par la femme)		
Motivations	Avis positif	*LT2 « Il trouvait ça bien »,* *LT4 « Il avait pas d'inquiétudes »* *LT8 « Lui il est rassuré, il fait confiance à la médecine* *VAS3 « Et lui qu'en pensait-il de la stérilisation féminine ? du bien aussi »,*
Avis inconnu		*LT5 « Je ne sais pas s'il en avait déjà entendu parler. Évasive et répond "non non non" quand demande s'il avait des inquiétudes »* *LT6 « Ba je sais pas. C'était pas un grand bavard »* *VAS2 « Finalement il en a pas trop parlé »* *VAS6 « Je ne sais pas l'image qu'il en a, lui, de la ligature tubaire*

Freins	Peur de l'opération	*VAS4 « Et lui il avait plus peur des risques (…) qu'il m'arrive qqch pendant l'intervention. Ou alors des conséquences, au fait je pense que ce soit une opération* » et *« Et puis lui il a conscience qu'on nous met un corps étranger ».* *VAS7 « Il dit « oui effectivement bah oui il faut quand même ouvrir »,*
	Être en arrêt ?	*LT7 « Il fait "ouais, mais tu vas être en arrêt et tout"*
LA RESPONSABILITE DE LA CONTRACEPTION		
Une responsabilité féminine		
Responsabilité naturelle et biologique		*LT7 « C'est moi qui tombe enceinte en fait »* *LT5 « C'est comme ça, c'est la nature qui est faite comme ça ».* *LT8 « La contraception c'est une histoire de mère et fille. » et « c'est quand même les mères qui s'occupent de ça, les femmes »*
Responsabilité traditionnelle et sociale		*LT8 « Il y a quelque chose d'assez organisé, d'une organisation assez classique fin je sais pas un truc... »* *VAS4 « Tout est axé vers la femme »* *VAS6 « C'était que pour moi quoi »* *LT4 « C'était un peu… la femme au foyer, la femme élève les enfants, etc… c'était un petit peu ça ».* *LT1 « J'ai toujours plus pris en charge la santé de la famille, ça a toujours été comme ça ; (…) La santé c'est mon domaine, c'est clair. »* *VAS6 « J'ai l'impression que c'est plus une histoire de femme. C'est à la femme de trouver une contraception »*
Homme laissé de coté		*LT1 « Je sais pas pourquoi je me suis dit "non, pas F. parce que de toute façon.. Comme si j'avais envie de le protéger (…) ça va être compliqué pour lui tout ça »* et *« Vaut mieux que ce soit moi, moi je suis capable d'avoir un truc comme ça, lui on sait jamais »,* *LT7 « Pour moi c'était pas important en fait qu'il soit la »* et *« Lui il m'a dit ça, après est ce que psychologiquement il l'aurait … ».* *LT8 « Si mon mari faisait le choix de la vasectomie, il ne pourrait pas s'il rencontre quelq'un d'autre… enfin j'étais avec ça aussi mais… »*
Une évidence féminine		*LT2 « C'était naturel pour moi de le faire »* *LT3 « Voilà ma petite histoire de femme »* *LT4 « Ca filait... Ca coulait pas de source mais presque !* *LT5 « Je trouve que c'est plus les femmes qui prennent les décisions par rapport à ça. ».* *LT8 « C'était quand meme mon ministère ça ! »* et *« pour moi c'était comme une évidence, c'était mon affaire »* et *« en tant que femme je gère ça »*
Responsabilité de femme et de gynéco		*LT8 « J'étais auto centrée. Enfin, pas toute seule, j'étais avec la gynéco »* *LT7 « Après quand je rentre du rendez-vous, j'en parle à F. »*
Une responsabilité partagée		
Remettre en question la responsabilité exclusivement féminine		*VAS1 « Si un des deux se faisait opérer, pourquoi ce serait plus à moi qu'à lui ? »,* *VAS3 « Chacun ses responsabilités ! Y'a pas que la femme qui doit faire tout ça ! »* *LT6 « C'est toujours la femme qui prend les décisions et puis l'homme… faut que ça s'inverse aussi hein ! ».*
Responsabilité de couple		*VAS4 « affaire de couple »* et *« Non ce n'est pas qu'une affaire de femmes quoi ! Si on prend une contraception, c'est parce qu'il y a une histoire de couple, sinon on n'en prend pas »* *LT6 « Ca le concernait aussi. Quand on fait des enfants on est à 2 (rires), quand on prend une décision on est a 2 aussi ».*
Vision de l'implication masculine		
Femmes VAS	Avis positif	*VAS3 « Que je me dis, il a vraiment pris sa part de responsabilité dans l'évolution de notre couple. »* *VAS4 « J'ai trouvé ça chouette que ce soit lui qui propose »,*
Femmes LT	Auraient aimé une implication spontanée	*LT1 « si on en a pas discuté, ça m'aurait plu qu'il le fasse, je trouve que pour une fois, ç'aurait été l'homme qui aurait assuré ça, et ça, ça m'aurait plu. », J'aurais peut-être été contente, j'en sais rien. Qu'il prenne plus en main. »* et *« Et s'il avait parlé pour lui, je me serais dis « ha, est ce que ça vaut plus le coup que ce soit lui, que ce soit moi… » On aurait parlé. Ca aurait plus ouvert le débat. »* *LT8 « S'il m'avait dit je vais faire ça, ho ouais ! »* LT6 *« une forme d'égoïsme »* et *« C'est toujours la femme qui prend les décisions et puis l'homme… faut que ca s'inverse aussi hein ! »*
	Auraient pu l'accepter	*LT2 « Ho ba s'il avait voulu, pourquoi pas ! »* *LT3 « Il n'y avait aucun problème, ni pour l'un ni pour l'autre. »* *LT4 « Oui, oui, je pense que oui. A l'époque oui, malgré tout. Mais comme on en entendait pas parler … »*
	Auraient pu la rejeter	LT7 « J'aurais peut-être dit oui si je n'avais pas déjà entrepris les démarches et encore je ne sais pas… »

		LT5 « (Blanc ..) Bah non parce que j'aurais toujours été, enfin oui après euh (hésite) (réfléchit) Non pas trop parce que je voulais que ce soit moi qui le fasse »
	Ambivalence	*LT1 « Quand même, si je peux rajouter un tout petit truc, si on en a pas discuté, ça m'aurait plu qu'il le fasse, je trouve que pour une fois, ç'aurait été l'homme qui aurait assuré ça, et ça, ça m'aurait plu. Et puis je pense que c'est une belle preuve d'amour, aussi, quand même. Et en même temps, c'est moi qui l'ai fait c'est pour moi. Et c'est moi qui peux plus...Enfin je sais pas comment dire, c'est aussi… C'est moi qui maitrise ça, c'est moi qui ai décidé, enfin c'est nous, mais c'est quand même moi. Donc moi je peux plus avoir d'enfant, j'ai choisi ça, et c'est, ça me plait aussi que ce soit mon choix à moi. C'est compliqué hein, c'est toujours un peu… »* *LT8 entre "c'est une histoire de femme" et "s'il m'avait proposé j'aurais dis oui"* *LT5 « Bah non parce que j'aurais toujours été, enfin oui après euh (hésite) (réfléchit) Non pas trop parce que je voulais que ce soit moi qui le fasse » et « Mais je ne sais pas si les hommes évolueront à ce niveau là.. »*

DETERMINANTS LIES AU COUPLE		
Partenaire le plus motivé pour arrêter les grossesses : décalage dans la réflexion		
Couples VAS		*VAS1 : « Pourquoi c'est lui qui a dit ? Parce que lui, il ne voulait plus avoir d'enfant », « comme c'était lui qui ne voulait pas d'autres enfants »* *VAS3 : « Mais mon mari, il est encore plus motivé que moi pour ne pas du tout avoir d'autres enfants, même s'il a une seconde femme ! » et « lui ça l'a pas dérangé. Moi, ça me dérangeait un peu plus, aussi parce que psychologiquement, moi j'ai toujours rêvé d'avoir une famille nombreuse »* *VAS4 « Donc lui me parlait de vasectomie et moi je disais "bah non" enfin moi je trouvais que c'était radical mais en fait j'avais au fond de moi, sans oser lui en parler, le désir d'avoir un dernier enfant »* *VAS5« S'il se passe quelque chose dans notre couple, moi je souhaite encore avoir des enfants. Toi s'il se passe quelque chose dans notre couple, tu ne souhaites plus avoir d'enfants » et «Pas au même point au niveau développement de (leurs) aspirations (…) 16 ans comme écart c'est quand même conséquent sur l'échelle d'une vie »*
Couples LT		*LT3 « Donc c'est moi qui ai pris la décision, hein, moi j'en voulais pas d'autre, ha non ! »* *LT6 « Que moi c'était clair je n'en voulais plus, que lui c'était pas si clair que ça » Et « ou parce que je pense il avait plutôt peur en cas de séparation il aurait voulu peut etre refaire sa vie »*
Celui à l'initiative de la démarche		
Femmes LT	Initiative toujours féminine	*LT2 « C'est moi qui lui en avait parlé »* *LT4 « Je pense plutôt de moi quand même (rires). Plutôt de moi »* *LT6 « C'est vous qui avez initié la discussion ? Oui c''est moi oui »* *LT7 : « Je fais à mon mari : ba moi je veux me faire ligaturer les trompes »* *LT1 « Si c'était lui qui était venu m'en parler ? (rires) »* *LT3 est allée directement voir sa gynécologue*
Femmes VAS	Initiative féminine	*VAS2 : « Ba c'est plus moi qui ai du .. (rires). Mettre ca sur le tapis… » et « J'ai bien.. amené les choses ! »* *VAS3 « J'en avais parlé justement, à une sage-femme ou à un médecin (…) Et puis, on en a discuté, et puis effectivement, lui ça l'a pas dérangé (…) je lui ai dit, il paraît que c'est plus compliqué que les mecs »* *VAS5 « Est-ce que toi t'accepterais de, de faire une vasectomie, de pratiquer, de pratiquer une vasectomie ? » Et « c'est moi qui l'ai proposé à M. »* *VAS7 « J'ai dis « donc moi je ne supporte plus le stérilet, on ne veut plus d'enfant, donc qu'est-ce que t'en penses » et « est-ce que je n'ai pas fin... est-ce que je n'ai pas forcé... je ne vais pas dire forcé la main mais mon choix à moi était fait. »*
	Initiative masculine	*VAS1 « C'est mon mari qui m'a dit moi, je serais pas contre faire une vasectomie »* *VAS4 « C'est lui qui m'a proposé de manière spontanée »* *VAS6 « C'est lui vraiment qui … voilà qui s'est lancé là-dedans »*
Celui qui refuse l'opération		
Refus total	Femmes LT	*LT6 « Lui il ne voulait pas se faire stériliser. Donc bah c'est moi qui ai pris la décision »* *LT2 « Je pense que mon mari était pas spécialement pour... »,* *LT8 « Ca n'a pas été aussi clair, mais à la fois je m'en doutais aussi ».*
	Femmes VAS	*VAS1 « Moi non pas du tout »,* *VAS2 « Oui, parce que franchement, s'il avait pas dit oui, je pense pas que je l'aurais fait pour moi du coup ! Je serais restée avec la pilule, et puis voilà »* *VAS5 « C'est pas possible / moi je souhaite encore avoir des enfants / j'avais toujours e petit espoir que on ne sait jamais…* *VAS7 « Mon choix c'était de ne pas subir cette intervention »*

		VAS8 « Je pense pas du tout que j'aurais été vers ce genre d'opération »
En dernier recours	Femmes LT	*LT2 « Peut être que si c'avait pas été possible pour moi, il l'aurait fait »* *LT3 « Si pour quelque raison, enfin je sais même pas quelle raison il y aurait pu avoir… j'aurais pas pu me le faire, et bien lui il était prêt à faire une vasectomie » Et « L3 Mais on a pas eu à aller jusque-là de toute façon »* *LT7 « Mais j'étais contente quand même qu'il m'ait dit qu'il l'aurait fait si je n'avais pas fait ma ligature ! »*
	Femmes VAS	*VAS3 : « Il m'aurait dit : niet niet je veux pas, peut être que je me serais posé la question »* *VAS4 « Lui s'il m'avait demandé à l'inverse de faire une LT, j'aurais refusé justement. (…) peut être qu'avec les années je me serais dit : bon allez c'est bon je le fais »*
Acceptation sous conditions	De temps de réflexion :	*LT1 « Bon je pense qu'au départ il aurait pas eu envie, il aurait pas aimé », et après… « On en a rediscuté depuis, et il dit "mais comment ça se fait qu'on a pas fait ça?" »* *LT7 « Au début : moi non je ne me ferai jamais opérer, et du coup après il m'a dit : bah si si, si tu veux je me fais opérer sans problème quoi »*
	De discussion :	*LT4 « Je pense qu'il aurait pu accepter (…) mais on allait pas très loin dans les discussions »*
	D'information :	*LT1 « Je pense que c'est quelqu'un d'ouvert, et qui si on avait vraiment discuté et posé les choses, voir aller voir un médecin qui lui aurait expliqué, je vois pas pourquoi il aurait dit non »*
Qualité de la communication dans le couple		
Couples LT	Peu de communication	*LT1 « On a pas cherché à se poser les vraies questions, est ce que c'est lui ou est-ce que c'est moi »* *LT2 « Mais la question s'est pas posée, parce que moi c'était tout de suite, systématique »* *LT3 « On a pas parlé avantages inconvénients, comme moi j'étais décidée de le faire, ba voila »* *LT4 « On s'est pas posé énormément de questions L4 il y avait des conversations, où… on allait pas très loin quoi ! (rire) On restait un petit peu en superficie.(…) Je pense que c'est un tort, d'ailleurs »* *LT5 « Ca c'est vrai qu'on en avait pas trop discuté »* *LT6 « C'était pas un grand bavard, on n'avait pas beaucoup d'échanges* *LT8 : « On avait dû en parler comme ça »*
	Décision déjà prise par la femme	*LT2 « Moi j'étais d'accord tout de suite pour le faire pour moi, donc on a pas abordé le sujet »* *LT3 « On a pas parlé avantages inconvénients, comme moi j'étais décidée de le faire, bah voilà »* *LT7 « Et qu'il soit d'accord ou pas, de toutes façons ça revenait à ma décision à moi »*
	Démarches par les femmes seules +- gynécologue	*LT1 « J'ai pris rendez-vous, C'est quand même plus moi qui ai géré ça, c'est vrai. Les rendez-vous, les… » et « Mon mari est même pas venu avec moi je lui avait dit c'est bon »* *LT2 « Je suis allée voir M. D, il m'a envoyé voir… »* *LT3 « Donc quand je lui ai dit, 3 enfants ça suffit, je voudrais me faire ligaturer les trompes, c'est elle qui s'est occupée de tout »,* *LT4 « Je pense plutôt de moi quand même (rires). Plutôt de moi. »* *LT5 « J'ai fait l'erreur d'y aller toute seule en voiture ! Je ne recommencerai plus jamais ça, car je pensais que c'était une toute petite opération .. ! Non non j'y suis allée en voiture moi-même et je suis revenue en voiture moi-même. »* *LT7 « Que j'ai pris mes rendez-vous et tout »* LT6 *« Mon mari m'accompagnait à chaque fois »*, mais *« plutôt en retrait ».*
	Peu d'implication antérieure de l'homme	*LT3 « Il m'a toujours laissée libre de tout ce que je voulais faire, déjà quand on a eu les enfants, à chaque fois il m'a toujours dit « vas-y, tu choisis le prénom que tu veux, c'est toi qui vas souffrir ». ».* *LT6 « Parce qu'il ne se sentait pas concerné ».* *LT6 « Il aurait voulu u 4e mais bon après....c'est pas lui qui l'élevait ! Il était souvent en déplacement, c'est moi qui gérait tout.* *LT8« bah de toute façon c'était ton truc ça »,* *LT8 « il faut que tu prennes une décision vis à vis de ça »*
Couples VAS	Discussions de qualité	*VAS1 : « On en parlait beaucoup, et ouvertement »* *VAS3 : « Et puis on en a discuté » et « on en a parlé et tout »* *VAS4 : « C'est ce qu'on se disait en discutant, parce qu'on a une parole libre tous les deux »* *VAS5 : « C'est très ouvert, pas de souci ! »* *VAS7 « On a bien discuté avec mon mari »* *VAS8 « On en avait longuement parlé avant »*

	Questions de couple	*VAS1 « On s'était posés la question de s'il y aurait rien du tout qui sort »* *VASA8 « Au moment où on a parlé de la vasectomie, on a quand même fait la différence entre les 2. »*
	Recherches en couple	*VAS2 « Après on s'est renseignés, on a regardé sur internet et tout… »,* *VAS7 « On a fait des recherches ensemble »*
	Décision de couple	VAS3 « *Il fallait qu'on soit d'accord tous les deux »,* *VAS7 « On était deux, il n'y a pas une question aussi d'avoir le pouvoir. »* *VAS8 « C'est vraiment une décision qu'on a pris ensemble. »*
	Démarche de couple	*VAS1* : *« On était ensemble quand on en a parlé au docteur B. »,* *VAS2 : « On était allés tous les deux, on avait pu poser nos questions »,* *VAS4 : « On lui a dit que c'était un choix d'avoir nos 5 enfants, mais que du coup on souhaitait une contraception du côté de monsieur ».* *VAS7 « Je voulais vraiment que ce soit plus un échange, qu'on puisse échanger à 3 sur le sujet de discussion et pas que je retranscrive fin voilà. »* VAS1 : *« On pensait qu'on allait être convoqués à deux »* *VAS5 « Il allait aux rendez-vous tout seul du coup. (…) C'était par souci d'emploi du temps tout simplement. Bien sûr si j'avais pu je serais allée avec lui. »*
	Démarche masculine	*VAS5 « Il a pris rendez-vous rapidement avec le médecin »* *VAS6 « Bah il m'a dit : j'ai pris rendez-vous », « je n'ai jamais été incluse dans les rendez-vous »* *VAS8 « C'est F. qui a été tout seul »*
	Partage d'informations	*VAS1 « La visite ou elle lui a tout tout tout expliqué, moi après il m'a tout raconté »* *VAS5 « Il m'a transmis les infos. Si je me souviens qu'on avait eu des plaquettes d'information, et il m'a retransmis tout ce que lui a dit le médecin. »* *VAS6 « Mais après il m'a tout retranscrit ce qu'on lui avait dit ».* *VAS8 « Il m'a expliqué ce qu'on lui avait dit à l'hôpital »*
	Participation antérieure de l'homme dans le domaine fécondité/parentalité	*VAS3 « Il est toujours à mon écoute, il est toujours prêt à évoluer" », « Et à la maison, j'ai un mari qui est top, il s'occupe super bien des enfants, on a un vrai partage des taches »* *VAS4 « Parce que même lui parfois il pouvait des fois stresser sans qu'il ait mes dates de règles, de dire « bah t'as pas eu tes règles ou ... ? »* *VAS5 « Il a été extrêmement présent » et « Tout le temps oui. Toutes les échos, il a été là et toutes les préparations, on a tout.. on a tout vécu ensemble », et « Oui oui lui il m'avait déjà dit, c'était pas la première fois, que s'il y avait une contraception masculine qui lui convenait à lui, et bien sûr qu'il aurait essayé. Ou alors il m'a proposé de revenir uniquement aux capotes»* *VAS6 « Il a toujours été très présent, ça j'ai.. On a vraiment, pour une grossesse c'est à deux. On a toujours été à deux, là pour le suivi des échos là tout ça oui je n'aurais pas aimé être toute seule. Oui très très très présent. Vraiment les tâches, tout est partagé »* *VAS8 « C'est pas moi qui prenait la pilule donc oui c'est lui gérait par rapport à ça »*

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

LANGLOIS Astrid **BRUNEAU Xavier**

Titre de Thèse **:** Déterminants du choix d'une stérilisation par ligature tubaire ou vasectomie au sein de couples : point de vue de femmes. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Loire Atlantique et Vendée

RESUME

Introduction : les difficultés pour les femmes d'avoir une contraception adaptée se majorent avec l'âge. En France, ce sont elles qui portent majoritairement la responsabilité contraceptive. La stérilisation contraceptive est une méthode sure et efficace, mais qui est utilisée en dernier recours. La vasectomie en particulier est laissée de côté. L'objectif de ce travail était d'étudier les déterminants du choix d'une stérilisation par ligature tubaire ou vasectomie dans le couple du point de vue des femmes.

Méthodes : Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée en Loire-Atlantique et Vendée. Deux populations ont été interrogées : des femmes ayant réalisé une ligature tubaire et des femmes dont le conjoint a réalisé une vasectomie. Les entretiens se basaient sur les données de littérature qui décrivaient un processus en 3 étapes : choix d'arrêter les grossesses, choix d'une stérilisation, choix de la méthode de stérilisation. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement, et codés par les 2 enquêteurs, avec triangulation des données. L'analyse a été effectuée selon une approche par théorisation ancrée.

Résultats : 8 femmes ayant réalisé une ligature tubaire et 8 femmes dont le conjoint a réalisé une vasectomie ont été interrogées entre février 2020 et février 2021. Les femmes arrêtent les grossesses car elles ont atteint leur idéal familial. Elles se tournent vers la stérilisation en dernier recours, suite à des difficultés contraceptives et car elles veulent une méthode de contraception naturelle. 3 grands types de déterminants interviennent dans le choix de la méthode de stérilisation : contextuels, individuels, et liés au couple. Le soutien social est nécessaire pour le choix de la vasectomie. L'avis des professionnels de santé est un facteur majeur pour le choix de la méthode. Les femmes sont ouvertes à l'implication masculine et à la réalisation d'une vasectomie. Une bonne communication dans le couple sur le sujet favorise le choix de la vasectomie.

Conclusion : L'analyse des déterminants permet de mieux cibler les personnes qui pourraient bénéficier de la stérilisation et de les guider concrètement dans le choix de la méthode adaptée à leur situation et à leur souhait.

Mots-clés : stérilisation tubaire – vasectomie - stérilisation contraceptive - prise de décision