

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-221

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

par

Sophie PAULIAT

Née le 17/07/1989 à Soyaux (16)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 2018

***Quels sont les déterminants de l'arrêt du préservatif ?
Etude qualitative à partir d'entretiens de patients de 18 à 30 ans***

Président du jury : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directrice de thèse : Madame la Professeure Céline BOUTON

Membres du jury : Madame le Docteur Catherine KNIPPING

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Norbert WINER,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'attention portée à ce travail et pour votre disponibilité.

A Madame la Professeure Céline BOUTON,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagnée tout au long de ma fin d'étude. Merci de m'avoir épaulée malgré mon changement de thème et d'avoir su balayer mes doutes. Merci de ton engagement auprès des internes de médecine générale.

A Madame le Docteur Catherine KNIPPING,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci du savoir-faire et du savoir-être que tu m'as transmis.

A Madame le Docteur Maud JOURDAIN,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci de votre disponibilité et de votre engagement auprès des internes de médecine générale.

Aux médecins qui m'ont formée tout au long de mes études.

Aux équipes médicales et paramédicales avec qui ça a toujours été un plaisir d'échanger. Un petit clin d'œil à l'équipe du centre Clothilde Vauthier.

Aux médecins qui ont accepté de participer au recrutement des patients : Dr Emilie TESSIER, Dr Etienne GABRIEL, Dr Annie CAILLET, Dr Christophe CLAVEAU, Dr Nathalie GRANDIN. Merci de votre soutien et de votre confiance.

Aux patients qui ont accepté de s'impliquer dans cette étude.

Un grand merci,

A ma famille, composée et recomposée,

A mes grands-parents, merci de votre soutien depuis le plus jeune âge,

A mon père et ma belle-mère, merci, sans vous je n'en serai pas là aujourd'hui,

A ma mère, qui a probablement contribué à ma vocation,

A mes frères et ma sœur, merci de m'avoir fait croire que j'étais le cerveau de la famille !

A ma belle-famille bretonne, qui m'a accueillie les bras ouverts. Vive la team belle-sœur !

A mes amis et leur famille,

A Magali, qui aurait parié en grande section maternelle que l'on deviendrait pharmacienne et médecin ? Unies pour sûr ! Je te souhaite que du bonheur avec ta petite famille ! PS : L'île bretonne ce n'est pas encore d'actualité !

A Marion, merci de ton soutien depuis notre première année. Nos années à la gibauderie ont été rythmées de joie, de rire, de peine mais surtout par une amitié à toute épreuve. Vivement la suite à Brive !!

A la team poitevine, Sev, Mat, François, Nicos...mais aussi Alice et Mimile. Je ne garde que de précieux moments en votre compagnie.

A Claire, merci de ton amitié, pour tes calendriers de l'avent (encore 10 ans !) et pour ta relecture efficace !

A la team angevine, merci de me faire bouger et rire à Angers ! Merci à la JCEA ! Merci aux Ecoflantais ! Merci pour les weekends, les soirées passées et futures !

A Gaël,

Merci de ton soutien, de tes conseils toujours éclairés, de ton amour. Tu es mon équilibre. Merci de me faire découvrir ta Bretagne, de beaux voyages et bien d'autres choses encore...A nos projets à venir !

Table des matières :

I.	Introduction	6
II.	Matériel et Méthode	8
	A) Choix de la méthode et recueil des données.....	8
	B) Sélection de la population.....	8
	C) Recrutement des participants.....	8
	D) Déroulement des entretiens.....	9
	E) Méthode d'analyse des données.....	9
III.	Résultats	10
	A) Descriptif de la population étudiée.....	10
	B) Profil des participants.....	11
	C) Analyse des données.....	12
	1) La perception du préservatif et son utilisation.....	12
	a) Comment les femmes en parlent-elles ?.....	12
	b) Une image positive.....	12
	c) Une norme au début de la sexualité.....	13
	d) Une utilisation variable dans la suite de leur sexualité.....	13
	2) Les freins identifiés à l'utilisation du préservatif.....	14
	a) Une limitation du plaisir.....	14
	b) Une utilisation vécue comme une contrainte.....	15
	c) Des freins liés au partenaire.....	15
	d) Un manque d'efficacité.....	16
	3) L'enjeu relationnel de l'arrêt du préservatif.....	16
	a) Un phénomène d'influence des pairs.....	16
	b) La relation avec le partenaire.....	17
	4) L'arrêt du préservatif et la gestion des risques sexuels.....	19
	a) Le risque d'IST.....	19
	b) Le risque de grossesse non désirée.....	20

5) Les facteurs influençant les prises de risques autour de la sexualité.....	21
a) Un écart entre les prises de risques réelles et perçues.....	21
b) Une vulnérabilité plus globale des femmes.....	23
c) Le rôle protecteur des médecins et de l'environnement familial.....	24
IV. Discussion.....	25
A) Principaux résultats.....	25
B) Forces et faiblesses de l'étude.....	26
1) Liées à la méthode.....	26
2) Liées à l'enquêteur.....	26
3) Liées au recrutement.....	26
C) Confrontation des résultats aux données de la littérature.....	27
1) Le préservatif masculin et les 18-30 ans.....	27
2) L'arrêt du préservatif : un enjeu de la norme contraceptive.....	28
3) L'arrêt du préservatif : au cœur de la relation homme/femme.....	30
4) L'arrêt du préservatif et la réalisation du dépistage des IST.....	32
5) Une vulnérabilité globale des jeunes femmes face aux risques sexuels.....	34
D) Ouverture.....	36
V. Conclusion.....	37
VI. Bibliographie.....	38
VII. Annexes	41
N°1 Liste des abréviations.....	41
N°2 Guide d'entretien	42
N°3 Feuille de contact	44
N°4 Profil des participants.....	45

I. Introduction :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (1).

« Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité » est un axe du plan santé 2018-2022 présenté par la Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès BUZYN. La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) font parties des enjeux de l'amélioration de la santé sexuelle afin d'éviter leurs répercussions ; au même titre que l'accès aux différentes contraceptions et l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (2).

Selon les dernières données épidémiologiques en France (3), on constate une augmentation du nombre d'IST diagnostiquées depuis le début des années 2000, notamment la syphilis, la chlamydie et la gonococcie. On retrouve en 2016 un nombre de diagnostics d'infection à chlamydiae et à gonocoque relativement élevé (267 097 cas pour les infections à chlamydiae et 49 628 cas pour les infections à gonocoque) en particulier chez les jeunes de 15-24 ans. Concernant le Virus à Immunodéficience Humaine (VIH) en France, les données sont stables depuis quelques années, avec un nombre de découverte de séropositivité estimé à 6 000 cas en 2016 (4), dont 700 cas chez les moins de 25 ans. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à plus de 150 000 en 2013 (5).

On peut expliquer ces chiffres par une amélioration des pratiques de dépistage mais il semble exister une réelle augmentation de l'incidence des IST (3).

Actuellement, les moyens de préventions des IST reposent sur différents outils : le préservatif ; la vaccination contre le virus de l'hépatite B, contre le papillomavirus ; le dépistage des IST ; les campagnes de prévention et l'éducation à la sexualité.

D'autres outils sont plus spécifiques pour les individus à haut risques de contracter le VIH : la prophylaxie pré et post-exposition.

La prise en charge médicale, grâce aux antirétroviraux et à la trithérapie, de toutes les personnes vivant avec le VIH permet aussi de prévenir la transmission de ce virus (« treatment as prevention ») (5).

Le préservatif reste cependant « le seul moyen de prévention du VIH et des autres IST qui soit disponible pour tous, hommes et femmes » comme le rappelle le groupe d'experts dirigé par le Pr Philippe MORLAT, pour les relations homosexuelles et hétérosexuelles (5).

Concernant son utilisation en France, le préservatif masculin est devenu une norme préventive lors de l'entrée dans la sexualité (6). Selon l'étude Baromètre santé jeune en 2010 (7), 90% des jeunes de 15 à 25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, ont utilisé un préservatif masculin lors de leur premier rapport sexuel. Ils étaient 75% à l'utiliser dans ce contexte en 1994.

Mais dans les suites de leur vie sexuelle, l'utilisation du préservatif masculin est loin d'être systématique lors des rapports sexuels avec de nouveaux partenaires, notamment lorsqu'il y a eu plusieurs nouveaux partenaires dans l'année (7).

Un relâchement des conduites préventives autour de la sexualité semble être effectif chez les jeunes. D'autant plus que si l'on s'intéresse aux connaissances des 18-30 ans, ils ont selon l'enquête KABP 2010 (8), de moins bonnes connaissances que leurs aînés sur les IST et le VIH, et sont moins nombreux à reconnaître l'efficacité du préservatif masculin.

Sur le plan contraceptif, le préservatif masculin est principalement utilisé chez les femmes de 15-19 ans, dans 46% des cas (dont en association avec la pilule dans 16% des cas) selon la dernière enquête Baromètre santé contraception 2016 (9). Concernant les hommes, peu d'études les interrogent sur leur mode de contraception mais le préservatif masculin semble être principalement utilisé chez les hommes de 15-24 ans, de façon équivalente avec la pilule (10). Il est par la suite rapidement abandonné dans les tranches d'âges supérieures, pour des moyens de contraception plus efficaces comme la pilule et les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) chez les femmes comme chez les hommes (9) (10).

A l'occasion des périodes de transition dans la vie affective et conjugale des femmes, le changement de mode de contraception a été identifié comme un moment à risque de grossesses non prévues (11). Les raisons d'une IVG sont complexes et les dimensions multiples. Soulignons que dans l'enquête COCON 2000, une femme ayant eu recours à l'IVG sur deux avait changé de situation contraceptive dans les 6 mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG (12).

En 2016, 211 900 IVG ont été réalisées en France. Ce nombre est en légère baisse pour la troisième année consécutive. Les femmes de 20 à 24 ans restent cependant les plus concernées (13).

Malgré les outils de prévention déjà mis en place et les moyens contraceptifs actuels, le nombre d'IST, notamment bactériennes, augmentent et le nombre d'IVG ne semble pas vouloir diminuer notablement (3) (13).

Devant ces différents constats, nous nous sommes demandé si l'arrêt du préservatif masculin à des fins préventives et contraceptives était une pierre angulaire de cette problématique chez les jeunes aujourd'hui. L'arrêt du préservatif se fait-il dans des conditions de moindres risques sexuels ?

Les conditions d'arrêt du préservatif sont largement méconnues (6). Nous nous sommes intéressés à la question par l'approche du comportement des jeunes face à cette décision. Peu d'études qualitatives se sont penchées sur le sujet.

Afin de mieux comprendre les déterminants de l'arrêt du préservatif, nous avons réalisé une étude à partir d'entretiens de patients de 18 à 30 ans. L'objectif était d'identifier les facteurs influençant l'arrêt du préservatif masculin et ceux influençant les prises de risques autour de la sexualité dans cette classe d'âge.

II. Matériel et Méthode :

A) Choix de la méthode et recueil des données :

La méthode de recherche par analyse qualitative a été choisie pour cette étude afin de pouvoir explorer au mieux le contexte d'arrêt du préservatif. Il s'agissait de « comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel » (14).

Devant la sphère intime du sujet, il a été choisi de réaliser des entretiens individuels, semi-structurés par un guide d'entretien (Annexe N°2).

B) Sélection de la population :

Le critère d'inclusion dans l'étude était d'être âgé de 18 à 30 ans.

L'antériorité de rapport sexuel n'était pas limitant dans l'inclusion.

Les personnes mineures ont été exclues de l'étude afin d'éviter le frein de l'accord parental dans un contexte où la sexualité n'est pas forcément évoquée avec eux.

L'âge de la population étudiée a été limité à 30 ans. Rappelons que sur un plan épidémiologique, la tranche d'âge 18-30 ans est la plus concernée par les IST et les IVG.

La taille de l'échantillon a été définie par la recherche de la saturation des données, lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles catégories de données.

La variation maximale des profils des participants a été recherchée notamment sur des variables telles que l'âge, la situation conjugale et familiale ainsi que la catégorie socio-professionnelle.

C) Recrutement des participants :

Les participants ont été recrutés de façon aléatoire dans les patientèles de confrères médecins généralistes du Maine et Loire, entre Mai 2017 et Mars 2018. Quatre cabinets ont été sollicités pour participer, en lien avec la connaissance de l'enquêteur. Les patients recrutés par leur médecin généraliste ne devaient pas avoir été vu en consultation dans le cadre d'un remplacement professionnel par l'enquêteur.

Dans un second temps, l'enquêteur fixait un rendez-vous avec le participant afin de réaliser l'entretien. Sur la feuille de contact (Annexe N°3), il était spécifié la participation à une enquête sur le thème de la prévention et de la contraception.

Devant un démarrage difficile des recrutements, il a été décidé de mettre la feuille de contact dans les salles d'attentes des cabinets médicaux pour une meilleure visibilité et afin d'ouvrir une discussion entre les patients et leur médecin généraliste sur cette étude.

D) Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont tous été enregistrés dans les cabinets des médecins recruteurs par un unique chercheur. Ils ont été réalisés dans la ville d'Angers, sa périphérie ainsi qu'à Cholet, de Mai 2017 à Mars 2018.

Les entretiens étaient enregistrés par une application d'enregistrement vocal sur téléphone. Ils étaient anonymes et ont été numérotés par ordre de réalisation. L'objectif de l'entretien était rappelé au début de la rencontre avec le participant. A la fin de l'entretien, des données permettant de cibler le profil de chaque participant étaient recueillies si elles n'avaient pas été abordées.

Le guide d'entretien (Annexe N°2) a été élaboré en abordant plusieurs thématiques définies à partir d'hypothèses et des données de la littérature. Dans un premier temps, nous avons exploré la biographie contraceptive et les raisons de l'arrêt du préservatif. Dans un second temps, nous avons évoqué la manière dont était arrêté le préservatif, pour finir par aborder les prises de risques autour de la santé et de la sexualité. Le guide d'entretien a été réévalué à plusieurs reprises pour élargir le champ des données explorées. Une première modification a été réalisée suite aux deux premiers entretiens dit « test », dont les données ont été conservées pour l'étude. Une deuxième modification du guide a été réalisée suite au 5^e entretien. Nous voulions explorer la place du médecin traitant dans la problématique suite à des évocations répétées de son implication.

Un temps dédié aux questions et remarques des participants était réalisé hors enregistrement en fin d'entretien afin de pouvoir échanger sur le sujet et de pouvoir répondre à leurs questions.

E) Méthode d'analyse des données :

Les entretiens étaient par la suite retranscrits sur ordinateur à l'aide du logiciel Microsoft Word.

Les données ont été analysées initialement par un chercheur, médecin en formation. Un deuxième chercheur, médecin généraliste plus expérimenté dans l'analyse qualitative, a analysé dans un second temps les données afin d'apporter un double regard sur l'analyse thématique.

Nous avons réalisé une analyse thématique de chaque entretien. Dans un premier temps, nous avons codé les données dans un tableau avec l'aide du logiciel Microsoft Excel, pour chaque entretien afin de pouvoir les regrouper en catégories. Dans un second temps, nous avons fait ressortir les différents thèmes de cette analyse en mettant en parallèle tous les tableaux d'analyse des entretiens.

III. Résultats :

A) Descriptif de la population étudiée :

Il a été recruté pour cette étude 17 patients : 13 femmes et 4 hommes. Mais 6 patients n'ont pas donné suite au contact téléphonique du chercheur et 1 patient ne s'est pas présenté à l'entretien prévu. Aucun des 4 hommes n'a pu être interrogé.

Nous avons pu réaliser 10 entretiens, tous dans le cabinet de leur médecin traitant. Ils ont duré entre 20 et 45 minutes. Ils ont été numérotés d'E1 à E10 par ordre de réalisation.

La population étudiée était donc constituée de 10 femmes, âgées de 18 à 28 ans. L'âge médian de la population étudiée est de 24,5 ans.

Leur caractéristique socio-professionnelle ainsi que leur situation conjugale et familiale ont été reprises dans le tableau 1. Les catégories socio-professionnelles ainsi que les niveaux de formation étaient variées. Il est à noter que 3 femmes travaillaient dans le domaine paramédical : une aide-soignante, une infirmière et une sage-femme.

	Sexe	Age	Niveau de formation*	Catégorie socio-professionnelle*	Situation conjugale*	Situation familiale	Habitat	Durée de l'entretien
E1	F	23 ans	Niveau 3	Etudiante	Concubin	Sans enfant	Semi urbain	45 minutes
E2	F	21 ans	Niveau 3	Etudiante	Concubin	Sans enfant	Semi urbain	20 minutes
E3	F	25 ans	Niveau 2	Ouvrière	Célibataire	Sans enfant	Semi urbain	20 minutes
E4	F	23 ans	Niveau 1	Etudiante	Célibataire	Sans enfant	Semi urbain	25 minutes
E5	F	25 ans	Niveau 4	Employée	Pacsée	Deux enfants	Urbain	30 minutes
E6	F	25 ans	Niveau 4	Employée	En couple	Un enfant	Urbain	30 minutes
E7	F	18 ans	Niveau 4	Etudiante	En couple	Sans enfant	Semi urbain	30 minutes
E8	F	28 ans	Niveau 3	Profession intermédiaire	En couple	Sans enfant	Urbain	20 minutes
E9	F	28 ans	Niveau 3	Profession intermédiaire	Concubin	Sans enfant	Urbain	30 minutes
E10	F	24 ans	Niveau 3	Employée	Célibataire	Un enfant	Urbain	40 minutes

Tableau 1 : descriptif de la population étudiée, * selon les définitions de l'INSEE

Niveau de formation : 1- égal ou supérieur à bac +4 ou 5 (master, doctorat, grandes écoles) ; 2- bac +3 (licence) ; 3- bac +2 (DUT, BTS, écoles de formation sanitaire et sociale) ; 4- sortie de classe de terminal avec ou sans bac ; 5- CAP, BEP, arrêt second cycle avant le terminal ; 6- arrêt au cours du premier cycle secondaire ou abandon CAP ou BEP

Concernant leurs antécédents, une femme avait vécu une IVG à l'âge de 17 ans. Deux femmes avaient été contaminées par une IST: la chlamydiae pour l'une et la syphilis pour la seconde.

Lors des entretiens, une femme a pu évoquer une problématique de violence conjugale.

Sur les 10 femmes interrogées, toutes avaient déjà eu un rapport sexuel. Concernant leur premier rapport, 2 femmes n'ont pas utilisé de préservatif. L'âge de leur premier rapport allait de 14 à 21 ans, avec un âge médian de 17,5 ans.

Aucune femme n'a évoqué une homosexualité ou une bisexualité.

Enfin, concernant leur contraception actuelle : 5 femmes utilisaient un DIU, 2 femmes utilisaient le préservatif (dont 1 femme qui l'associe à une méthode naturelle), 1 femme utilisait l'association pilule et préservatif, 1 femme utilisait un anneau contraceptif et 1 femme n'avait aucune contraception (mais envisageait de reprendre le préservatif).

B) Profil des participants :

Nous avons réalisé un schéma par participant décrivant de façon synthétique leur profil (Annexe N°4).

C) Analyse des données :

1) La perception du préservatif et son utilisation :

a) Comment les femmes en parlent-elles ?

Sur un plan sémantique, les femmes qui abordent spontanément le sujet, utilisent le terme « préservatif ». Quelques femmes le désignent sous un autre terme plus familier « la capote », lors d'une évocation d'un souvenir d'adolescente « *Au collège, je me rappelle il faisait des ateliers pratiques, il fallait que l'on mette les capotes sur des bananes* » E8, et lors d'un accident de préservatif « *La capote a craqué, il y a 2-3 mois* » E10.

Quand les femmes parlent du préservatif, elles évoquent le préservatif masculin. Une seule femme le précise « *Je connais l'implant, les préservatifs féminins et masculins* » E5. Lorsque les femmes veulent parler du préservatif féminin, elles le précisent systématiquement « *Et puis aussi les préservatifs pour femmes...* » E2. Il est d'ailleurs cité dans plusieurs entretiens comme étant un contraceptif connu, mais aucune femme n'évoque son utilisation.

b) Une image positive :

Toutes les femmes parlent du préservatif positivement. « *Moi je trouve ça génial* » E7.

Certaines femmes le justifient par son rôle de prévention. C'est à la fois un moyen de lutte contre les IST et un moyen de contraception. « *Comme on le sait, c'est la seule protection contre toutes les IST et la seule qui protège totalement, donc oui c'est positif* » E1, « *C'est un moyen de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles...Le fait de ne pas tomber enceinte non plus...* » E7. Il est vu comme une véritable défense « *On le voit comme une protection, une sorte de bouclier, un rempart* » E1, « *Oui ça nous protège, je ne vois pas pourquoi je le prendrai négativement* » E4.

La vision positive du préservatif est aussi évoquée par une femme car il renvoie à sa sexualité « *Le plaisir...(Rire) Le plaisir de partager un moment à deux...c'est tout ce que ça m'évoque* » E10.

La banalisation du préservatif semble renforcer cette image positive « *Aujourd'hui, c'est rentré dans les mœurs* » E5. Il n'est pas un tabou pour les femmes de cette étude « *On en parle un peu partout* » E7, « *On en parle avec les gens, avec le partenaire...* » E3.

Il est évoqué à plusieurs reprises comme adapté aux jeunes « *Ça c'est bien pour les jeunes ça leur fait prendre moins de risques* » E5, « *C'est bien, je trouve ça normal que les jeunes soient bien informés* » E7. Il permet d'être autonome « *C'est essentiel, il n'y a pas besoin de demander aux parents, on est pas obligé de passer par un médecin, on peut rester anonyme* » E5.

Le préservatif est de plus facile d'accès « *C'est facile, tu en trouves partout, à la pharmacie, en grande surface* » E8, « *On en trouve assez facilement* » E10, à un prix acceptable « *A des prix franchement raisonnable* » E10 et avec des choix variés « *Après ce qui est bien, c'est qu'il y a toute sorte de préservatif maintenant* » E7.

c) Une norme au début de la sexualité :

Le préservatif masculin est lié à l'entrée dans la sexualité pour la majorité des participantes. 8 femmes sur 10 l'ont utilisé lors de leur premier rapport sexuel.

Pour certaines femmes, le préservatif est considéré comme la première contraception, utilisé seul ou en association. Certaines l'ont utilisé sans un autre contraceptif lors de leur premier rapport sexuel. Puis fréquemment, elles l'ont associé à la pilule, pour ensuite l'arrêter « *Nous au début on ne prenait que ça, après j'ai pris la pilule et après on a continué à faire les deux, pendant un bout de temps et après on l'a enlevé* » E2. D'autres femmes l'ont utilisé en plus de la pilule lors de leur premier rapport sexuel à visée préventive.

Le préservatif masculin fait partie d'une norme « *Le préservatif c'est quelque chose de normal je pense* » E5, « *C'est une protection de base quoi...* » E3. Son rôle initiatique dans le début de la sexualité est reconnu. Il est un rituel « *Ça a été une première étape avant que je prenne la pilule* » E4, spontané « *Ça a été quelque chose de plutôt instinctif* » E7.

Le préservatif fait partie d'une norme à la fois contraceptive et préventive contre les IST en début de sexualité.

Les deux femmes qui n'ont pas utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel, le justifient en évoquant principalement la confiance importante envers leur partenaire « *Non je ne l'ai pas utilisé, après c'est une histoire de confiance aussi. J'avais 21 ans, je connaissais le mec, il avait déjà fait des tests de dépistage. Du coup au niveau des MST, à priori c'était bon. Et puis j'avais une contraception aussi, je ne me suis pas lancé le premier soir pour coucher...* » E8.

d) Une utilisation variable dans la suite de leur sexualité :

Pour les femmes qui ont eu plusieurs partenaires sexuels, elles évoquent l'utilisation du préservatif pour des relations courtes « *Avec des mecs que je ne connaissais pas très bien du coup, c'était une évidence d'en utiliser* » E8, « *Quand on va voir à droite, à gauche, je ne juge pas... c'est hyper important parce que l'on ne peut pas faire confiance à n'importe qui et à n'importe quel moment* » E1. Une femme évoque son utilisation pour des relations sans engagement « *C'est vrai que depuis que je ne suis plus avec lui, j'utilise à chaque fois le préservatif. Tant que je ne serais pas sérieuse, je n'ai pas envie de m'embêter* » E10.

Un rapport sexuel dans un contexte alcoolisé et la confiance envers le partenaire sont des éléments retrouvés lorsque les femmes n'ont pas utilisé de préservatif avec un nouveau partenaire « *Après, ça m'est arrivé de ne pas l'avoir sous la main et d'avoir quand même des rapports non protégés. Auquel cas après c'était un dépistage pour vérifier que tout allait bien.*

Ça ne m'est jamais arrivé de ne pas l'utiliser avec des gens en qui je n'avais pas confiance » E1.

Pour les femmes ayant eu un seul partenaire, le préservatif est nécessaire lors du début des relations *« C'est quelque chose vraiment pour le début, ce n'est pas pour le long terme » E2.*

Si au départ c'est une norme, dans les suites de la sexualité le préservatif ne semble pas faire partie des préoccupations préventive de toutes les femmes. Sur le plan contraceptif, les femmes semblent aussi prendre leur distance.

Quelques femmes ne l'évoquent pas spontanément comme une contraception connue. Et pour la moitié des femmes, il n'est pas non plus évoqué spontanément comme faisant partie de leur parcours contraceptif *« Après moi je n'ai connu que le père de mes filles quasiment. Au final aujourd'hui pour moi, le préservatif me semble anecdotique » E5.*

Mais devant des difficultés de gestion ou de tolérance des contraceptifs oraux, certaines femmes utilisent sur le plan contraceptif le préservatif. Elles évoquent des oublis de pilule *« Je l'utilisais aussi si j'avais des oublis de pilule » E4*, et des difficultés à tolérer d'autre contraceptif. *« Comme j'ai eu une mauvaise expérience avec les contraceptions dans mon passé, pour le moment on a justement une contraception mécanique, on utilise le préservatif » E1*, *« là je sais que sachant que je n'ai plus de contraception, bah on va repasser au préservatif, c'est normal parce que je n'ai pas envie de tomber enceinte » E7.*

Les femmes de cette étude ont majoritairement vécus des effets secondaires de la pilule. Sur les dix femmes, une seule femme utilise la pilule lors de cette étude.

2) Les freins identifiés à l'utilisation du préservatif :

a) Une limitation du plaisir :

En pratique, pour la plupart des femmes interrogées, le préservatif est source d'inconfort. Il limite leurs sensations *« Pas confortable » E5*, *« Ce n'est pas agréable » E2*, *« Je n'aime pas déjà d'un point de vue sensation, je trouve ça désagréable » E8*. Une femme évoque la perte de plaisir lié au préservatif. *« Je pense qu'il coupe une partie du plaisir et puis enfiler un préservatif au milieu de l'acte, ça n'a rien d'agréable » E1.*

Quelques femmes lui attribuent même des sensations douloureuses pendant les rapports lors d'un problème d'allergie *« Donc je faisais quand même avec, même si je savais que ça pouvait faire mal. Je savais que j'étais allergique, mais je préfèrai quand même me protéger, on savait jamais » E6*, ou de lubrification *« Ça peut être un problème aussi le préservatif, quand il y a un manque de lubrification, ça peut être irritant et faire mal » E1.*

Certaines femmes évoquent, en plus du côté sensoriel désagréable, une perte du désir liée à la pose du préservatif pendant le rapport sexuel. Le terme de « coupure » revient régulièrement. « *Et puis après quand tu dis qu'il faut le mettre, ça coupe un peu le désir* » E8, « *Il faut le mettre, au bout d'un moment, ça coupe un peu le truc...naturel* » E5. Une femme parle du préservatif comme d'un frein à la séduction « *C'est surtout le côté anti glamour, et de ce dire attend on arrête là...on va mettre un préservatif...* » E8. Le préservatif semble venir perturber l'acte sexuel.

b) Une utilisation vécue comme une contrainte :

L'utilisation du préservatif est vue comme une véritable contrainte « *Pour moi ce n'est pas quelque chose d'anodin, ni un réflexe de mettre un préservatif* » E5, « *Mais pour moi personnellement, c'est un peu la plaie. Si j'oubliais ma pilule et qu'il fallait utiliser le préservatif c'était chiant* » E8. Le préservatif est une gêne lorsqu'il est utilisé « *Je n'ai pas pris le temps de prendre rendez-vous pour mettre en place une contraception moins gênante* » E1.

Une femme évoque l'obligation de l'utiliser « *Je me force à en mettre, au bout d'un moment ça me soule un peu* » E6, décrivant une véritable violence « *Je faisais quand même avec, même si je savais que ça pouvait me faire mal...* » E6.

Une autre femme parle de l'utilisation du préservatif par défaut, en absence d'alternative « *Pour moi c'est plutôt obligatoire au début, mais ce n'est pas agréable. Moi je le mets par ce que je sais et voilà ... je sais tout ce que ça fait si on ne le met pas. Mais si on pouvait faire autrement, ça serait mieux* » E2.

c) Des freins liés au partenaire :

Pour certaines femmes, la gestion de la contraception fait partie de la responsabilité féminine. Mais elles distinguent la responsabilité masculine pour le préservatif. Elles ont accès au préservatif par leur partenaire « *Parce que bon, il faut qu'il prenne ses responsabilités, moi je m'occupais de ma contraception, mais quand j'ai oublié ma pilule, c'était son rôle d'aller chercher des préservatifs* » E8, « *Et dans mon cas c'était souvent mon ami qui les avait avec lui...ou si vraiment on en avait besoin c'était lui qui allait les prendre, il en avait chez lui* » E4.

Mais il semble exister des freins pour les hommes à son utilisation qui peuvent peser sur le choix des femmes. Une femme évoque clairement un refus d'utilisation venant de son partenaire « *- Est ce qu'il y a des choses qui vous ont freinées dans l'utilisation du préservatif ? - Moi non...et lui oui...parce qu'en fait on ne le prenait pas, donc on n'allait pas le prendre après, on avait déjà un enfant ...c'est peut être ça aussi qui a joué. Le fait qu'on ne l'ai jamais utilisé* » E10.

Une femme exprime que son partenaire n'a pas spontanément pensé au préservatif lors de leur premier rapport sexuel « *Bah déjà quand on l'a fait la première fois avec mon ami, il ne savait pas que je n'étais pas sous pilule. Du coup c'est moi qui ai dû lui dire qu'il fallait un préservatif forcément* » E4. Elle a dû imposer le préservatif à son partenaire.

Une femme évoque la demande d'arrêt du préservatif venant de son partenaire « *C'est plus lui qui va me le demander et c'est moi qui vais lui dire si oui ou non, c'est la bonne période. Mais avec ce que j'ai vécu, mon IVG, ce ne sera jamais moi qui aurait tendance à proposer qu'on le fasse sans préservatif(...)* Voilà c'est plus lui qui va me le demander, je sais de quand date mes dernières règles, je sens des douleurs quand j'ovule, donc je sais à peu près à quel moment j'ovule et à quel moment je suis à risque » E1.

d) Un manque d'efficacité :

Son utilisation est reconnue par certaines femmes comme risquée.

Elles évoquent le manque de fiabilité du préservatif « *On sait que ce n'est pas fiable à 100%...* » E3. Il existe des risques de rupture « *Ça peut percer* » E6.

L'efficacité du préservatif dépend pour une femme des connaissances autour de son utilisation, « *Ce n'est pas une protection tout à fait fiable, si on le met mal ou au mauvais moment, il y a un risque de grossesse* » E1.

Si sur le plan de protection des IST, l'efficacité du préservatif est reconnue par certaines femmes « *Comme on le sait, c'est la seule protection contre toutes les IST et la seule qui protège totalement* » E1, « *Comme j'ai utilisé le préservatif à chaque fois, c'était logique que je ne sois pas contaminée* » E9, quelques femmes évoquent en revanche un manque d'efficacité notamment contraceptive « *On peut tomber enceinte avec si la partenaire n'a pas de pilule* » E6.

Malgré une image positive et une norme ancrée au début de la sexualité, des freins à l'utilisation du préservatif masculin ont été évoqués par les femmes. La majorité des femmes de cette étude a été amenée à arrêter le préservatif dans leur parcours.

3) L'enjeu relationnel de l'arrêt du préservatif :

a) Un phénomène d'influence des pairs :

Une femme exprime l'influence du discours des pairs, qui l'a amené à arrêter le préservatif. « *J'entendais mes copines qui disaient que faire l'amour sans préservatif c'était mieux, qu'on avait plus de sensation et tout...et du coup c'est pour ça que j'ai pris la décision de me faire dépister et puis d'essayer. Et c'est mieux comme ça en fait !* » E7. A la recherche d'expérience, elle a arrêté le préservatif alors qu'elle n'exprimait pas de frein à son utilisation « *Et puis on voulait voir ce que ça donnait sans* » E7.

b) La relation avec le partenaire :

- *La durée de relation* :

La durée de la relation au moment de l'arrêt du préservatif varie entre 2-3 mois et 2 ans chez les femmes interrogées. Le critère de durée de relation est évoqué quelques fois comme condition nécessaire pour l'arrêt « *Lorsque l'on s'est quitté et que je me suis retrouvée d'autres petits amis, avec eux j'ai toujours utilisé le préservatif, mais je ne suis pas restée assez longtemps avec eux pour décider l'arrêt du préservatif* » E1.

Cela semble traduire le temps nécessaire à l'instauration d'une confiance envers le partenaire avant d'arrêter le préservatif « *Ce n'est pas vraiment la notion de 6-7 mois, c'est surtout d'être bien ensemble, on était sûr* » E9. Ce temps peut être plus ou moins long « *2 ans de relation, du fait d'avoir confiance en la personne...* » E6.

Comme vu précédemment, certaines femmes par la confiance envers leur partenaire ne l'utilise pas au premier rapport.

- *Le choix du partenaire* :

Les femmes évoquent des critères pour choisir le partenaire avec qui elles vont arrêter le préservatif.

Une femme évoque l'hygiène de vie de son partenaire, à travers ses dons du sang. « *C'était suite à un don du sang. Mon conjoint donne son sang, donc il sait qu'il est « clean » au niveau du SIDA tout ça. Donc oui, il avait été faire son don du sang, et puis était venu le fait que l'on voulait peut être enlevé le préservatif* » E5.

Une femme évoque l'attention qu'elle porte au passé de son partenaire « *On ne sait jamais ce qu'ils ont eu avant, s'ils l'ont toujours mis, s'ils n'ont pas eu quelque chose* » E3. Mais évoquant une méfiance, elle n'a jamais arrêté le préservatif dans ses relations « *Non...je n'ai jamais eu (à arrêter le préservatif)...j'ai du mal à faire confiance aux gens (...) Il y a des gens qui ne disent pas quand ils ont eu quelque chose* » E3.

- *Un besoin de sentiment et d'engagement* :

Le préservatif est vu comme un outil lié au début des relations « *Oui j'en ai utilisé au début où l'on était ensemble* » E6. Mais lorsque la relation dure et que la relation de couple s'instaure, l'arrêt du préservatif traduit l'investissement dans cette relation « *Quand on est investi avec quelqu'un et qu'on lui fait confiance, le préservatif peut se trouver gênant* » E1.

La majorité des femmes l'évoque, l'arrêt du préservatif est un engagement envers leur partenaire. Une femme parle de l'importance de la décision, le coté irréversible dans la construction du couple « *Il n'y a aucun intérêt d'arrêter pour recommencer derrière* » E9.

L'arrêt traduit pour certaines femmes la notion de fidélité « *On se faisait confiance, donc on savait que l'on n'allait pas voir ailleurs. Donc là j'ai complètement arrêté le préservatif* » E1, « *J'avais le même partenaire depuis plusieurs mois et au bout d'un moment on s'est dit que l'on pouvait arrêter* » E10.

D'autres femmes évoquent le sentiment de bien-être « *C'était surtout ça l'idée...ce n'est pas vraiment la notion de 6-7 mois, c'est surtout d'être bien ensemble, on était sûr...* » E9. Une femme évoque le besoin de sentiments amoureux « *Mais au début c'était ma première relation, je n'étais pas sûre de moi, de mes sentiments. Mais quand j'ai été plus sûre, plus posée, et que l'on en avait parlé, on a décidé d'arrêter* » E2.

La stabilité dans leur relation est nécessaire pour certaines femmes pour arrêter le préservatif « *Il y a un autre homme où l'on s'est posé la question d'arrêter vraiment car on était posé, mais ça n'a pas duré...* » E6.

- *Une décision discutée avec le partenaire :*

Pour la majorité des femmes, la décision d'arrêter le préservatif est un choix pris ensemble « *Enfin, on en avait discuté ensemble et on a arrêté* » E9, « *Mais quand j'ai été plus sûre, plus posée, et que l'on en avait parlé, on a décidé d'arrêter* » E2. Les femmes recherchent un accord avec leur partenaire, une égalité dans la prise de décision. La communication semble importante, plus de la moitié des femmes évoque une discussion autour de la décision d'arrêt du préservatif.

Une femme qui n'a jamais arrêté le préservatif se projette, évoquant son souhait de décision partagée. « *Je pense qu'il faut que ça vienne des deux, il faut en parler....se mettre d'accord et puis il faut être sûr de la personne aussi. Parce qu'une fois le préservatif arrêté, il ne faut pas que l'un des deux aille voir ailleurs...voilà il faut en parler, avoir une discussion* » E3.

- *Un projet au sein du couple :*

L'arrêt du préservatif est évoqué par une femme comme précédant un projet au sein de son couple, une grossesse « *C'est au bout de 2 ans, on a arrêté le préservatif et puis après je suis tombée enceinte* » E6.

Nous avons pu identifier les raisons de l'arrêt du préservatif chez les femmes de 18 à 30 ans dans cette étude, mais comment l'arrêtent-elles ?

4) L'arrêt du préservatif et la gestion des risques sexuels :

a) Le risque d'IST :

- *Peu de connaissances autour des IST* :

Quand les femmes veulent parler des IST, elles utilisent plutôt le terme de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) « *Ça reste pratique (le préservatif) pour éviter les grossesses et les MST* » E5. Une femme utilise le terme d'IST, c'est elle qui a le plus haut niveau d'étude. La notion d'infection sans symptômes ne semble pas être intégrée chez la majorité des femmes, même chez les femmes travaillant dans le milieu paramédical.

Quand on évoque les tests de dépistage des IST, les femmes utilisent fréquemment le terme « les tests ». Une femme utilise l'image de « *Faire une prise de sang* » E9.

Globalement les femmes ont peu de connaissances sur le sujet des IST « *J'en ai eu des informations, mais comme je n'ai pas été exposée, je n'ai pas retenue on va dire* » E9. Le moyen d'obtention d'information sur le sujet est le plus fréquemment lié au parcours scolaire « *Justement je me souviens, il y avait des intervenants qui étaient venus au lycée, il y avait des jeux, une espèce de roue* » E2.

Il est à noter que les médias, avec notamment les séries télévisées, font partis des ressources d'information des femmes plusieurs fois cités. La syphilis a notamment été citée grâce à ce biais-là « *La syphilis aussi, que j'ai pu entendre dans des séries comiques, où c'est tourné en drôle* » E5. Mais ce passage d'information par les médias favorise-t-il le fait de rendre les IST fictives aux yeux des femmes ?

Certaines femmes ne sentent pas le besoin de recevoir plus d'informations « *Comme je suis avec mon ami depuis maintenant quelques années, je ne ressens pas le besoin d'être informée là-dessus* » E9.

- *La place des tests de dépistage* :

Malgré le peu de connaissances sur les IST, les femmes ont majoritairement réalisé un test de dépistage des IST avant d'arrêter le préservatif. Il semble leur apporter la sécurité nécessaire vis-à-vis des IST pour arrêter le préservatif.

La plupart du temps ce sont des tests réalisés à deux « *Après on s'est fait dépister* » E7, ou bien seul le partenaire le fait « *C'est mon ami qui a dû le faire de son côté* » E9.

Une femme évoque son sentiment de sécurité à travers la réalisation de test de dépistage « *J'avais 21 ans, je connaissais le mec, il avait déjà fait des tests de dépistage. Du coup au niveau des MST, à priori c'était bon. Et puis j'avais une contraception aussi, je ne me suis pas lancé le premier soir pour coucher...* » E8. Alors que pour une autre femme ce n'est pas l'assurance d'une fidélité « *Mais après je suis un peu parano, donc je me dis, même si on fait les tests tous les deux, qu'est ce qui me dit qu'il ne va pas coucher ailleurs ?* » E10.

Les tests de dépistage ont été réalisés dans différents lieux : dans un centre de dépistage anonyme et gratuit, dans un laboratoire de ville ou bien au planning familial.

Certaines femmes n'ont pas réalisées de test de dépistage à l'arrêt du préservatif. Une femme évoque un frein par la manière de réalisation du dépistage, par crainte de l'acte technique « *J'ai très peur des piqûres, je suis phobique et du coup je n'ai jamais pris le temps de faire les tests* » E2. Elle ne voyait par ailleurs pas d'intérêt à posteriori de le faire « *Si on avait quelque chose à transmettre ce serait déjà fait, ça ne changerait pas grand-chose* » E2. Une autre femme reste vague et a des réponses contradictoires sur cette question. Elle évoque finalement la réalisation d'un test de dépistage lors de symptômes, lui révélant une IST « *Oui, euh...non j'ai dû en faire un quand j'ai eu des symptômes* » E6.

Dans cette étude, le test de dépistage semble être assez systématique lors de l'arrêt du préservatif dans les débuts de la sexualité que ça soit chez les femmes ayant eu un partenaire ou de multiples partenaires.

b) Le risque de grossesse non désirée :

- *De bonnes connaissances autour de la contraception* :

Les femmes interrogées ont globalement de bonnes connaissances sur les différentes méthodes contraceptives « *L'implant, les patchs, l'anneau vaginal, le stérilet, la pilule ...je n'en vois pas d'autre...* » E7. Majoritairement, elles estiment se sentir assez informées, parfois en lien avec leur niveau de satisfaction contraceptive « *Dans le sens où je sais ce que je veux et que je ne veux pas d'hormone, déjà ça limite les choix. Donc en fait je n'ai pas trop cherché parce que ça me convient ce que j'ai en fait* » E5. Mais elles ne semblent pas toujours très précises « *Ma sœur elle a eu l'injection....je ne sais plus comment ça s'appelle... (Me montre son bras)...* » E3.

L'utilisation en pratique des contraceptions est parfois évoquée comme difficile à maîtriser « *Beaucoup de risques qui sont amoindris par la contraception aujourd'hui, mais malheureusement ils sont mal utilisés je pense de nos jours* » E4.

Les moyens d'informations sont multiples pour faciliter la diffusion des moyens contraceptifs : les temps dédiés lors du parcours scolaire, les médecins, les médias et la famille sont les moyens d'informations les plus fréquemment cités par les femmes dans cette étude. Les informations obtenues autour de la contraception semblent en lien avec la période de leur premier rapport sexuel, moment où elles ont ressenti en avoir eu probablement besoin.

- *Un relais contraceptif* :

Avant d'arrêter le préservatif, le choix d'une contraception en relais est presque toujours réalisé par les femmes. « *Nous au début on prenait que ça (le préservatif), après j'ai pris la pilule, et après on a continué à faire les deux et après on l'a enlevé* » E2. Elles recherchent une contraception plus efficace que le préservatif « *Du coup comme je prenais la pilule et que j'étais assurée d'être protégée, c'est à ce moment-là que l'on a pu arrêter le préservatif* » E1.

Leur besoin de sécurité autour du risque de grossesse lors de l'arrêt du préservatif est important, la pilule relaie exclusivement le préservatif « *Moi j'avais été au planning familial à l'époque, pour que l'on me prescrive la pilule et puis faire une prise de sang. Et puis ensuite voilà, on avait enlevé le préservatif* » E5.

Une femme évoque un arrêt du préservatif en fonction des jours de son cycle. Elle utilise une méthode naturelle dite « méthode de connaissance de l'ovulation » comme moyen de contraception en alternance avec le préservatif. Elle a conscience du risque qu'elle prend « *Mais le seul risque que l'on pourrait prendre à la rigueur c'est que je tombe enceinte, mais sinon, non je ne pense pas prendre plus de risque que ça* » E1.

Le changement contraceptif est médié principalement par le médecin traitant « *Le temps de faire les tests et de parler à mon médecin de la pilule* » E4. Il paraît donc être un interlocuteur de première ligne lors de l'arrêt du préservatif, notamment lors du début de la sexualité.

Dans cette étude, le moment même de l'arrêt du préservatif masculin paraît peu à risques d'IST et de grossesse non prévue. Mais il a été identifié par ailleurs dans chaque parcours des situations dites à risques autour de leur sexualité.

5) Les facteurs influençant les prises de risques autour de la sexualité :

Lorsque l'on analyse les discours des femmes, elles ont toutes été confrontées à un moment donné de leur parcours à une prise de risque, avec parfois un écart entre leur prise de risques perçue et leur prise de risques réelle. Cela semble limiter la bonne gestion des risques autour de la sexualité.

a) *Un écart entre les prises de risques réelles et perçues :*

- La perception des risques :

Lorsque l'on interroge les femmes sur la notion de prise de risque pour leur santé, les thèmes qui reviennent fréquemment sont les risques accidentels liés au sport ou à la conduite automobile « *Après je fais un sport à risque, je monte à cheval...Je sais que si je tombe il y a une chance sur deux pour que je tombe mal...J'ai déjà eu des soucis à cheval justement. Une fracture tassement de la première lombaire suite à une chute de cheval* » E9. Les risques liés au travail sont aussi évoqués par certaines femmes « *Après je travaille auprès d'enfants, donc au niveau des maladies...* » E2.

Les femmes acceptent les risques de manière générale. Quelques femmes évoquent avec fatalité la notion de risques auxquels elles sont exposées « *Oui, c'est normal il y a toujours des risques dans la vie* » E7. L'omniprésence des risques semble plus avoir une conséquence de banalisation que de provoquer un sentiment d'insécurité dans leur vie « *On est exposé à des risques en permanence* » E1, « *Non, je ne sais pas. Pas des risques inconsidérés...* » E2.

La diversité des attitudes des femmes à l'égard des risques est probablement liée à leur façon d'appréhender la vie.

Certaines femmes évoquent une certaine insouciance « *Après je sais que je prends la vie comme elle vient..* » E6. Un état d'esprit optimiste qui leur permettent de vivre sereinement « *Après je ne pense pas être exposé à des risques ...de nature je ne suis pas stressée* » E8, sans penser aux risques auxquels elles sont exposées.

Par ailleurs, la visibilité des conséquences sur le corps semble être un facteur de conscience des risques, comme par exemple la mauvaise alimentation et le surpoids « *Je ne sais pas si on peut parler d'un risque, mais quand on mange mal, et ça je suis une championne pour ça, on prend des risques pour notre santé. On sait très bien que ce que l'on fait ce n'est pas bien, et pourtant on le fait en pleine conscience du risque que l'on peut avoir derrière, risque à plus ou moins long terme* » E1.

- Pas de sentiment d'exposition au risque sexuel :

Aucune femme n'évoque spontanément une prise de risque pour leur santé autour de la sexualité.

Lorsque l'on aborde le sujet, certaines femmes pensent ne pas y avoir été exposées « *Mes deux filles ont été désirées, j'ai connu qu'un autre homme avant mon conjoint. Donc je ne pense pas avoir pris plus de risques que ça non.* » E5, « *J'en ai eu des informations (sur les IST), mais comme je n'ai pas été exposée, je n'ai pas retenu on va dire...* » E9.

Certaines femmes mettent le risque sexuel à distance en le liant à leur passé « *Par le passé j'en ai pris...* » E1. Une femme évoque les risques sexuels associés aux anciennes générations « *les anciennes générations n'avaient pas forcément la chance de pouvoir se protéger comme ils veulent, donc il y avait des risques d'IST et de grossesses non désirées* » E4. Une femme décrit les comportements à risques sexuels comme des risques pris par autrui « *Il y en a qui prenne plus de risques que d'autres...moi je ne préfère pas* » E3.

D'autres femmes évoquent se sentir protégées notamment par le nombre qu'elles estiment faible de partenaire sexuel « *Par rapport au risque sexuel, je n'ai pas de multiples partenaires* » E8, « *J'ai toujours eu un seul partenaire* » E2. Certaines femmes estiment que la confiance envers leur partenaire est un élément protecteur vis-à-vis du risque sexuel « *Ça ne m'est jamais arrivé de ne pas l'utiliser avec des gens en qui je n'avais pas confiance* » E1, « *Après j'ai eu des rapports sans préservatif que si j'avais un moyen de contraception fiable et si je connaissais le statut de mes partenaires* » E8.

- Un désir de maternité sous-jacent ?

Il est important de noter que dans la suite de leur parcours de vie, les femmes relient parfois leur prise de risques sexuels à la notion de désir d'enfant. En effet, cela semble influencer leur attitude vis-à-vis de la contraception. Une femme rappelle que la contraception n'est pas obligatoire « *Pour moi la contraception ce n'est pas obligatoire. Il y en a qui font ce qu'ils veulent mais pour moi ça sert de prévention, si on ne veut pas d'enfant* » E6. Une femme évoque ne pas avoir pris de risques sexuels car elle a désiré ses 2 enfants « *Là tout de suite...je ne pense pas. Mes deux filles ont été désirées, j'ai connu qu'un autre homme avant mon conjoint. Donc je ne pense pas avoir pris d'autre risque que ça non* » E5.

Les femmes, en fonction de leur parcours personnel, sont prêtes à prendre le risque de grossesse « *Si je tombe enceinte maintenant, c'est moins grave que si j'étais tombée enceinte il y a 5 ou 6 ans...Ca ne serait pas un drame si je tombe enceinte...* » E9, « *Mais le seul risque que l'on pourrait prendre à la rigueur c'est que je tombe enceinte, mais sinon, non je ne pense pas prendre plus de risque que ça* » E1.

b) Une vulnérabilité plus globale des femmes :

- *Les situations de relâchement :*

Les femmes rencontrent des situations où un relâchement des mesures préventives sont constatées : lors de vacances « *Oui une fois, je me rappelle il y a un petit bout de temps. On était parti en vacances, et j'avais oublié ma pilule, et je me rappelle avoir été dans une pharmacie en vacances. Je l'ai prise une fois oui* » E5, lors d'une soirée alcoolisée « *C'était la totale...c'était à une soirée...bref je ne vous fais pas de dessin. C'était à une soirée, j'avais dû oublier de prendre ma pilule et je n'avais pas mis de préservatif...la totale* » E9.

Certaines femmes adaptent leur comportement en fonction des risques qu'elles ont estimé. Certaines femmes réalisent un test de dépistage des IST après un rapport à risque « *Après, ça m'est arrivé de ne pas l'avoir sous la main et d'avoir quand même des rapports non protégés. Auquel cas après c'était un dépistage pour vérifier que tout allait bien* »E1. Certaines femmes utilisent la pilule d'urgence « *Je ne me souviens même plus, ça devait être un oubli. Je ne me souviens plus trop mais je crois que j'avais pris la pilule du lendemain aussi...* »E9. Une femme pense à reprendre un moyen contraceptif car elle n'a pas de désir de maternité « *là je sais qu'en sachant que je n'ai plus de contraception, bah on va repasser par les préservatifs, c'est normal parce que je n'ai pas envie de tomber enceinte...si je n'ai plus de contraception, ça risque d'arriver...* » E7.

- *Les femmes confrontées à une IST et à une IVG :*

Dans notre étude, les femmes qui ont été confrontées à une IST et à une IVG, l'ont vécu comme un véritable traumatisme « *Je me fais suivre régulièrement par des prises de sang. Je n'ai pas envie que ça revienne, comme j'ai galéré pour que ça parte* » E6, « *Mais avec ce que j'ai vécu, mon IVG, ce ne sera jamais moi qui aurait tendance à proposer qu'on le fasse sans préservatif. C'est une situation, c'est du vécu, je n'ai pas de mal à en parler, mais c'est quelque chose que je ne voudrais surtout pas revivre, surtout pas maintenant, à ce stade de ma vie* » E1.

Une femme est véritablement dans le déni « *Le médecin m'avait dit que ça pouvait venir soit des rapports sexuels, soit des savons qu'on utilisait...après je ne sais pas mais j'ai préféré me dire que ça venait des savons* » E10.

Les deux femmes qui ont eu une IST, semblent avoir des caractéristiques communes : consommation de toxique (consommation excessive d'alcool, tabagique), elles ont été des mères jeunes, et elles ne parlent pas d'entourage familial dans leur parcours. Elles rencontrent par ailleurs des difficultés à communiquer avec leur médecin. « *Je n'osais pas aller voir le médecin, j'avais peur, j'avais trop honte* »E6.

Les deux situations sont complexes au vu de leur parcours contraceptif et préventif, mais un autre point commun est que ces femmes semblent rencontrer des difficultés relationnelles avec leur partenaire : difficulté à imposer le préservatif notamment, une problématique de violence conjugale. Elles semblent être exposées à une forme de violence liée au partenaire qui traduit une vulnérabilité plus globale.

c) Le rôle protecteur des médecins et de l'environnement familial :

Plusieurs femmes évoquent le rôle des médecins dans leur réassurance face aux risques pour leur santé.

Une femme évoque une relation plutôt paternaliste qui favorise son sentiment de protection « *Après j'ai confiance envers les médecins. Je ne vois pas pourquoi je prendrais des risques, ils sont toujours là pour me dire quoi faire* » E7.

Le ressenti de disponibilité et d'écoute de la part du médecin semblent renforcer leur gestion des risques autour de la sexualité « *Dès que j'avais un doute, soit j'appelais le médecin, soit je prenais la pilule du lendemain si c'était un oubli de plus de 12 heures...* » E4.

La discussion autour de la sexualité dans la famille semble être aussi un élément protecteur et rassurant pour les femmes « *Ma maman forcément, c'est un sujet que l'on peut aborder facilement (la contraception)* » E9. L'expérience dans la fratrie est aussi évoquée par une femme « *On en parle assez facilement dans la famille. Le fait d'avoir des grandes sœurs aussi c'est rassurant, elles ont de l'expérience* » E7.

IV. Discussion :

A) Principaux résultats :

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs influençant l'arrêt du préservatif et ceux influençant les prises de risques chez les patients de 18 à 30 ans.

Seul l'avis de femmes a pu être recueilli.

Le préservatif a une image positive auprès des femmes de cette étude. Il est véritablement banalisé. Il correspond à une norme préventive et contraceptive ancrée au début de la sexualité. Mais dans la suite de leur sexualité, les femmes en ont une utilisation variable. L'inconfort, la perturbation de l'acte sexuel, le sentiment de contrainte, le choix du partenaire vis-à-vis de l'utilisation du préservatif et le manque d'efficacité du préservatif ont été identifiés comme des freins à son utilisation par les femmes. Ils amènent les femmes à envisager l'arrêt du préservatif.

Parfois sous l'influence des pairs, l'arrêt du préservatif est au cœur d'un enjeu relationnel. L'influence de la relation avec le partenaire lors de la formation du couple notamment est un élément important pour l'arrêt du préservatif. Le désir d'engagement de la femme et l'instauration d'une relation de confiance entre les deux partenaires sont indispensables pour cet arrêt. La durée de la relation, au bout de laquelle cette décision est prise, varie.

Malgré le peu de connaissances sur les IST, les femmes ont majoritairement réalisé un test de dépistage des IST avant d'arrêter le préservatif. Un relais contraceptif est réalisé quasiment systématiquement par une pilule. L'arrêt du préservatif masculin n'a été que dans très peu de cas identifié comme un moment à risque chez les femmes dans cette étude, la réalisation des tests de dépistage et un relais contraceptif leur apportent un sentiment de sécurité.

Mais toutes les femmes ont été confrontées à un moment donné de leur parcours à une prise de risque autour de leur sexualité. Il existe un écart entre les prises de risques réelles et les prises de risques perçues par les femmes. Elles ne se sentent pas exposées aux risques sexuels. Les femmes ayant été confrontées à une IST et une IVG ont un contexte de vulnérabilité plus globale autour de leur sexualité. Les médecins et l'entourage familial sont évoqués par les femmes comme ayant un rôle protecteur face aux risques sexuels.

B) Forces et faiblesses de l'étude :

1) Liées à la méthode :

Cette étude, grâce à une méthode qualitative, nous a permis d'étudier en profondeur les représentations et les comportements des participants lors de l'arrêt du préservatif. Avoir une réflexion autour de ce sujet fait partie d'un enjeu de santé publique. S'intéresser au moment précis de l'arrêt du préservatif est l'originalité du sujet.

Peu d'études ont été retrouvées sur le sujet. Le préservatif étant à la fois une méthode contraceptive et préventive des IST, il nous semblait difficile en méthode quantitative de distinguer ces deux préoccupations.

Un seul chercheur a réalisé les entretiens et leur codage. L'absence de double codage représente un biais d'interprétation qui ne peut être exclu. Le chercheur a cependant reformulé lors de l'entretien autant que possible le discours des participants afin de vérifier la bonne compréhension.

De plus, il n'y a pas eu de réelle triangulation des données. Mais un deuxième chercheur a relu les entretiens et réalisé une analyse thématique des résultats.

2) Liées à l'enquêteur :

Cette étude a été le premier travail de recherche en méthode qualitative réalisé par le chercheur. C'est une méthode qui nécessite de l'expérience dans le domaine. L'apprentissage de cette méthode par le chercheur a été effectué au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Cela a pu influencer le recueil des données, ainsi que la qualité de l'analyse.

L'apprentissage de la méthode a été complété par des lectures personnelles : « L'entretien » d'Anne BLANCHET (15) et le « Manuel d'analyse qualitative » de Christophe LEJEUNE (16).

Le statut du chercheur en tant que médecin en formation, a pu être un biais de réponse pour les participants. Mais il a aussi permis de motiver certains participants à rompre la routine des consultations en cabinet.

3) Liées au recrutement :

Le recrutement géographique des participants a été varié dans le Maine et Loire. Nous avons obtenu une variation maximale sur les critères d'âge, de situation familiale et socio-professionnelle. Il n'y a pas eu cependant de recrutement en milieu rural.

Dix participants ont pu être recrutés. Ce chiffre peut paraître faible, mais a nécessité un temps long, approximativement 10 mois de recherche.

Seules des femmes ont été interrogées. Le statut du chercheur en tant que femme dans la même catégorie d'âge que les participantes a pu favoriser leur parole.

L'absence d'entretien d'hommes peut s'expliquer par différents points. Il a pu paraître difficile pour les hommes de s'entretenir sur des sujets intimes avec une femme jeune, qui leur était inconnue. Il se peut aussi qu'ils ne se soient pas sentis concernés par le sujet.

Le recrutement exclusif au sein des cabinets de médecin généraliste est un biais de recrutement. Il pourrait être intéressant d'obtenir dans de prochaines études les points de vue des personnes consultant dans les centres de dépistage et au planning familial, afin d'obtenir des démarches préventives plus variées.

La saturation des données ne semble pas avoir été atteinte, mais suite à des contraintes de temps, nous avons dû arrêter le recrutement.

C) Confrontation des résultats aux données de la littérature :

1) *Le préservatif masculin et les 18-30 ans:*

- Une forte diffusion :

Entre les années 1980 et 1995, il y a eu une forte augmentation de l'utilisation du préservatif masculin, période où aucun traitement du VIH n'était réellement efficace (17). La publicité pour promouvoir le préservatif masculin a été interdite jusqu'en 1987. Différentes campagnes de prévention ont eu par la suite pour objectif de faire du préservatif masculin un objet de consommation courante notamment chez les jeunes (18).

Le préservatif masculin semble aujourd'hui véritablement banalisé chez les 18-30 ans. Les données de la littérature et l'analyse de cette étude vont dans le même sens.

Dans cette étude, quand les femmes parlent du préservatif, elles évoquent le préservatif masculin. Il a été vendu à plus de 100 millions d'unités en 2007 en France, contre 700 000 unités vendues pour le préservatif féminin en 2003 (19).

Les femmes de notre étude expriment cette banalisation « *Aujourd'hui, (le préservatif) c'est rentré dans les mœurs* ». Selon l'enquête KABP (enquête qui étudie les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements face au VIH depuis 1992), $\frac{3}{4}$ des répondants de la tranche d'âge 18-30 ans partagent cette opinion en 2010 (8).

L'image positive du préservatif masculin aide sa large diffusion. Les femmes de notre étude sont unanimes, elles expriment avoir une image positive du préservatif « *Moi, je trouve ça génial !* ». Selon l'enquête KABP 2010, c'est une opinion répandue chez les 18-30 ans, et c'est eux qui ont la plus grande perception positive du préservatif si l'on compare les classes d'âge (8). Il est vu comme un véritable moyen de prévention. Le rôle du préservatif est la justification principale des femmes de notre étude pour dire qu'elles en ont une image positive « *C'est un moyen de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles. Le fait de ne pas tomber enceinte non plus...* ».

- *Une norme au début de la sexualité :*

Vu comme un véritable moment de construction de « soi », le premier rapport sexuel « fait entrer symboliquement dans un nouvel âge, la jeunesse » (20).

Comme noté dans l'introduction, l'utilisation du préservatif masculin et les proportions d'utilisation de contraceptif lors de l'entrée dans la sexualité montrent que c'est un moment où il existe une véritable norme de protection. Plusieurs enquêtes le montrent aujourd'hui (7) (8) (9).

Le préservatif masculin est devenu une véritable norme préventive et contraceptive au début de la sexualité, les femmes de cette étude l'expriment « *Ça a été une première étape* ». La majorité d'entre elles a utilisé le préservatif masculin lors de leur premier rapport sexuel sans autre moyen de contraception.

Il est aussi intéressant de noter que l'autonomie du sujet pour l'accès au préservatif masculin semble favoriser son utilisation « *C'est essentiel, il n'y a pas besoin de demander aux parents, on est pas obligé de passer par un médecin, on peut rester anonyme* ». Le prix, le choix et les conditions d'accès sont évoqués aussi dans cette étude.

Mais dans la suite de leur sexualité, le préservatif masculin ne semble plus faire partie de la préoccupation des femmes. Dans cette étude, très peu de femmes l'évoquent comme un moyen contraceptif connu. Certaines femmes voulant se détacher de cette période de « jeunesse », semblent ainsi s'éloigner de l'utilisation du préservatif.

Est-ce une raison de l'éloignement de la prévention lors des relations ultérieures à leur premier rapport ?

L'adoption du préservatif à visée préventive semble plus liée à l'entrée dans la sexualité qu'au contexte de nouveau partenaire chez les jeunes (6).

2) *L'arrêt du préservatif : un enjeu de la norme contraceptive*

- *L'influence des pairs :*

Les groupes de pairs semblent avoir un rôle d'influence pour certaines femmes « *J'entendais mes copines qui disaient que faire l'amour sans préservatif c'était mieux* ».

Le poids du groupe et le désir de conformité au groupe semblent influencer les jeunes à arrêter le préservatif. Selon la sociologue Y.AMSELLEM : « le pouvoir de conviction de la majorité est très important », « les premières découvertes contraceptives se font entre pairs du même sexe » (21).

Le groupe de pairs semble avoir un poids important dans cette tranche d'âge, les jeunes se « conforment aux normes de leur groupe » à la recherche d'un véritable « apprentissage social » (22).

- *L'influence sociale* :

Les femmes de cette étude ont de bonnes connaissances sur les moyens contraceptifs, mais pas toujours très précises.

Elles évoquent le manque d'efficacité contraceptive du préservatif « *On peut tomber enceinte avec (le préservatif) si la partenaire n'a pas de pilule* ». Devant les dernières données de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'efficacité des moyens contraceptifs (23), on peut considérer que l'arrêt du préservatif à visée contraceptive est à juste titre un moyen de prise en compte du risque de grossesse par les femmes et donc un moyen pour maîtriser au mieux leur fécondité.

« Si le poids de la contraception est indéniablement lié aux femmes, la vigilance contraceptive des femmes n'a cessé de s'accroître » (6). Le recul de l'âge social de la maternité en est un témoin (24).

Dans cette étude, les femmes réalisent un relais contraceptif dans la majorité des cas. Lors de l'arrêt du préservatif, les enquêtes EPICE (25) et CSF (6) retrouvent aussi qu'un relais contraceptif est fait dans 90% des cas. La pilule est choisie de façon majoritaire dans ces études.

En France, le modèle contraceptif est caractérisé par une norme assez ancrée. Les femmes ont recours au préservatif au début de leur vie sexuelle, puis elles utilisent la pilule dès qu'elles sont dans une relation stable. Elles ont ensuite recours au stérilet après avoir eu des enfants (26).

Les femmes de notre étude adhèrent massivement à la norme contraceptive française au début de leur sexualité « *Nous au début on prenait que ça, après j'ai pris la pilule et après on a continué à faire les deux, pendant un bout de temps et après on l'a enlevé* ». Même si elles y adhèrent massivement, elles n'en éprouvent pas moins des difficultés tout au long de leur parcours contraceptif.

La détérioration de l'image de la pilule avec le débat des années 2012-2013, sur les risques des pilules de 3^{ème} génération, a probablement amené un assouplissement de ce schéma contraceptif, favorisant le choix des femmes (27). Les femmes de cette étude reflètent cette tendance: le stérilet est utilisé majoritairement, même chez des femmes sans enfant. L'anneau, le patch et l'implant apparus depuis les années 2000, ne sont que faiblement diffusés (9). Une seule femme utilise l'anneau contraceptif dans cette étude.

Si sur le plan contraceptif, les femmes de cette étude remettent en cause l'efficacité du préservatif ; sur le plan préventif des IST elles s'accordent sur son efficacité « *C'est la seule protection contre toutes les IST* ». Selon une méta-analyse faite par la revue COCHRANE (28), l'utilisation systématique de préservatifs conduit à une réduction de 80 % de l'incidence du VIH. Mais dans les représentations notamment des 18-30 ans dans l'enquête KABP 2010 (8), si le préservatif masculin représente pour eux le moyen le plus efficace de lutter contre le VIH, son sentiment d'efficacité est au fil des enquêtes mis en doute.

Est-ce le manque d'efficacité contraceptive qui éloigne le préservatif de son objectif préventif des IST notamment lors des relations ultérieures à leur premier rapport ?

3) L'arrêt du préservatif: au cœur de la relation homme/femme :

« Si le préservatif semble bien être partie intégrante des codes d'entrée dans la sexualité, il n'en demeure pas moins que son utilisation, contrairement à d'autres moyens de contraception comme la pilule, s'inscrit au cœur de la relation » (6).

- La recherche du plaisir :

Selon l'enquête EPICE (25), en 2009 sur 2000 étudiants interrogés, le préservatif masculin est le principal mode de contraception abandonné, avec un niveau de satisfaction le plus bas.

L'inconfort et la perturbation de l'acte sexuel sont deux freins à l'utilisation du préservatif exprimés par les femmes dans cette étude « *Je n'aime pas déjà d'un point de vue sensation, je trouve ça désagréable* » « *Et puis après quand tu dis qu'il faut le mettre, au bout d'un moment ça coupe un peu le truc* ». Une femme évoque même un sentiment de douleur liée au préservatif « *Donc je faisais quand même avec, même si je savais que ça pouvait faire mal* ».

Pour un tiers des étudiants interrogés dans l'enquête LMDE en 2012 (29), ressentir moins de sensations et la perte de spontanéité pendant le rapport sexuel, étaient les raisons de la non utilisation systématique du préservatif. Dans l'enquête KABP 2010 (8), c'est la 2^e opinion la plus partagée « le préservatif diminue le plaisir sexuel ». Plus les répondants sont jeunes et plus ils le pensent.

Dans l'enquête EPICE (25), il est intéressant de noter une différence de réponse entre les hommes et les femmes pour la cause de non utilisation du préservatif lors de leur dernier rapport. Dans cette étude, la préférence des rapports sexuels sans préservatif est en troisième place chez les femmes, alors que chez les hommes c'est à la première place.

Une étude américaine en 2007 a étudié le lien entre le plaisir et l'utilisation du préservatif. Les résultats montraient que les hommes et les femmes ressentent une diminution du plaisir en fonction de l'utilisation du préservatif, les hommes plus que les femmes. Le plaisir ressenti avec le préservatif semblait chez les hommes plus impactant sur leur utilisation futur du préservatif (30).

A travers la recherche du plaisir, l'arrêt du préservatif semble être un élément de négociation au sein de la relation homme/femme chez les 18-30 ans.

- *Le refus du partenaire*

Dans notre étude, les femmes évoquent l'accès au préservatif par l'homme « *c'était son rôle d'aller chercher des préservatifs* ».

Si l'on a vu dans le précédent paragraphe qu'il existe une perception du plaisir lors des rapports sexuels avec le préservatif masculin, moins importante pour les hommes que pour les femmes, il semble que son utilisation en soit impactée. L'arrêt du préservatif est-il imposé par l'homme à la femme ?

Selon les sociologues N.BAJOS et M.FERRAND (31) : « Bien que cette dernière soit d'abord considérée « comme une affaire de femme », dans nombre de situations, le choix d'une méthode se fait souvent en fonction des préférences du partenaire, soit qu'il ait exprimé clairement ses réticences à l'égard d'une méthode (notamment du préservatif), soit que la femme anticipe ses réactions, par intériorisation de sa propre responsabilité ou par manque de confiance dans celle du partenaire. Parfois même, l'absence de contraception résulte d'un refus de l'homme d'utiliser une méthode de contraception proposée par la femme ».

Dans notre étude, l'arrêt du préservatif semble être majoritairement une décision discutée par les deux partenaires. Mais dans quelques situations, la domination masculine semble être un enjeu de l'arrêt du préservatif et parfois de la non-utilisation du préservatif.

Il est intéressant de constater que selon l'étude KABP 2010 (8), la proportion de femmes déclarant qu'un de leur partenaire a déjà refusé d'utiliser un préservatif au cours des cinq dernières années est en baisse significative par rapport à 2004 : elles sont 5,7% en 2010 contre 8,7% en 2004, la proportion d'hommes étant quant à elle stable (5,3%). Mais les jeunes de 18 à 30 ans l'ont plus souvent déclaré que leurs aînés.

Il est primordial de continuer à promouvoir l'égalité homme-femme notamment chez les plus jeunes.

- *Un lien avec la relation de couple :*

Dans cette étude, la durée de la relation au bout de laquelle le préservatif est arrêté, est de quelques mois à 2 ans. La notion de durée semble importante pour l'arrêt du préservatif, sans vraiment définir une durée univoque « *Lorsque l'on s'est quitté et que je me suis retrouvée d'autres petits amis, avec eux j'ai toujours utilisé le préservatif, mais je ne suis pas restée assez longtemps avec eux pour décider l'arrêt du préservatif* »

Dans les différentes études CSF (6) et EPICE (25), la durée de 3 mois de relation paraît propice à l'arrêt du préservatif.

Dans sa thèse « que pensent les lycéens du préservatif ? » Annelore DEFOIN retrouve que les lycéens n'évoquent pas de durée précise pour l'arrêt du préservatif, c'est plutôt « quand le couple paraît stable » (32).

A quoi cette durée correspond dans la représentation des femmes ?

Les femmes de cette étude évoquent la stabilité de la relation ainsi que la fidélité comme des éléments nécessaires à l'arrêt du préservatif. Du point de vue des femmes, la notion de confiance envers le partenaire semble être un élément primordial dans l'arrêt du préservatif.

Dans l'étude LMDE (29), 55% des répondants expriment que la confiance envers le partenaire justifie la non utilisation systématique du préservatif. Cette notion est retrouvée avant la justification de « l'utilisation d'un moyen de contraception » (44%) et bien avant la justification « réalisation d'un test de dépistage » (24%).

Cette confiance est parfois telle, qu'elle efface même les comportements préventifs dans des relations occasionnelles « *Ça ne m'est jamais arrivé de ne pas l'utiliser avec des gens en qui je n'avais pas confiance. Toutes les personnes dont je ne savais pas trop quoi penser, j'ai utilisé un préservatif* ». Les femmes de cette étude qui n'ont pas utilisé le préservatif lors de leur premier rapport avec un nouveau partenaire, le justifient en évoquant la notion de confiance envers leur partenaire.

Les conditions de la sexualité des femmes semblent très ancrées à leur affectivité par rapport à leur partenaire. Selon l'enquête CSF (6), il semble exister encore aujourd'hui un clivage qui oppose une sexualité féminine pensée majoritairement dans le registre de l'affectivité et de la conjugalité et une sexualité masculine pensée dans le registre des besoins naturels et du plaisir.

4) L'arrêt du préservatif et la réalisation du dépistage des IST :

- Une association systématique ?

Dans cette étude, la majorité des femmes ont réalisé au sein de leur couple un test de dépistage des IST avant l'arrêt du préservatif, que ça soit chez les femmes ayant eu un ou plusieurs partenaires « *Une fois que l'on a eu les résultats des tests et que l'on a su que tout était bon...* ».

Mais une femme dans notre étude a évoqué un frein à la réalisation du test de dépistage des IST lors de l'arrêt du préservatif. Elle évoquait un frein technique parlant de sa phobie des piqûres. Une autre femme avait une réponse plus vague, révélant par la suite une découverte d'IST.

Dans l'enquête CSF (6), lors du moment d'arrêt du préservatif dans un contexte de première relation, le test de dépistage n'est fait que dans 40 % des situations (45 % chez les femmes et 39 % chez les hommes), sans différence de proportions en fonction du nombre de relations antérieures pour le partenaire. Les tests de dépistage des IST ne semblent pas systématiquement réalisés lors de l'arrêt du préservatif chez les jeunes aujourd'hui.

La différence avec les résultats de l'étude CSF peut être expliquée car cette étude comporte un faible nombre de participants. Mais les femmes de cette étude ont aussi probablement une certaine facilité dans leur contact avec le milieu médical, qui peut leur faciliter les démarches de dépistage.

Qu'en est-il du dépistage d'une manière générale ?

Selon les données du baromètre santé en 2010 (7), la proportion de jeunes de 15-25 ans ayant fait un test de dépistage dans l'année est de 16% contre 20 % au plan national. 24 % ne l'ont pas fait dans les douze derniers mois mais déclarent en avoir déjà effectué un il y a plus longtemps, et 60 % n'en ont jamais fait. De façon générale les jeunes femmes ont été plus nombreuses que les hommes à avoir fait ces tests.

L'étude CSF (6) retrouve aussi une insuffisance de dépistage chez les hommes indépendamment de leur âge et de leur niveau d'étude.

En plus du poids contraceptif, la prévention semble aussi être du ressort des femmes (29). Les dépistages au cours de la grossesse et le recours médical lié à la contraception ont probablement un impact sur ces données. Selon l'enquête KABP 2010 (8), 71,9% des femmes et 62% des hommes déclarent s'être déjà fait dépister au cours de leur vie.

Selon le baromètre santé 2010 (7), il est aussi intéressant de prendre en compte que les femmes ont tendance à être plus inquiètes pour leur santé. Elles ont une appréciation plus négative de leur santé par rapport aux hommes.

- Lien avec les connaissances des IST ?

Dans cette étude, les femmes ont de faibles connaissances des IST « *J'en ai eu des informations, mais comme je n'ai pas été exposée, je n'ai pas retenu on va dire* ». Pourtant elles ont globalement fait les tests de dépistage lors de l'arrêt du préservatif.

Les connaissances ont-elles un impact sur la réalisation des tests de dépistage ?

Selon l'étude LMDE (29), il semblerait que plus les jeunes sont bien informés sur le VIH et les IST, plus ils ont recours au test de dépistage du VIH.

En 2010, 71,5% des jeunes considéraient que « faire régulièrement un test de dépistage » était efficace pour se protéger du VIH (8).

Mais Patrick PERRITI-WATEL dans son livre « la société du risque » (33) évoque une nuance « Tout porte à croire qu'il n'y a pas de lien de causalité entre la connaissance qu'une personne peut avoir du danger de contamination et les comportements qu'elle va ou peut mettre en œuvre face à ce risque », « Pour qu'un individu adopte une pratique préventive, il faut qu'il se sente personnellement vulnérable au risque considéré et qu'il juge ses conséquences graves. »

Il est retrouvé dans différentes études que pour les jeunes, même s'il existe une baisse de l'attention face aux risques induits par le VIH, ils ont quand même une crainte du VIH (8) (34). La crainte reste élevée, mais avec l'arrivée des antirétroviraux, le risque de contamination paraît moins dangereux (8).

Si l'arrêt du préservatif n'a été dans notre étude que très partiellement identifié comme un moment à risque d'IST, il semble qu'un frein majeur au dépistage chez les jeunes soit le sentiment de ne pas se sentir exposé aux risques d'IST, plus que les faibles connaissances des IST. Une femme qui a eu une IST est véritablement dans le déni « *« Le médecin m'avait dit que ça pouvait venir soit des rapports sexuels, soit des savons qu'on utilisait...après je ne sais pas mais j'ai préféré me dire que ça venait des savons* ».

L'étude EPICE (25) qui étudiait le comportement des étudiants, retrouve en première raison de la non réalisation d'un test de dépistage, le fait que les étudiants soient convaincus de ne pas être infectés.

La sociologue Y.AMSELLEM évoque ces freins : « Dans les faits, le premier frein au dépistage est le fait de ne pas se sentir concerné par le VIH ainsi qu'une perception fautive de la réalité du risque. D'autres freins jouent un rôle important comme l'appréhension d'un entretien avec un professionnel de santé, la honte (de la prise de risque, de sa sexualité), la crainte d'un jugement, ou la peur du diagnostic. À ceux-ci, il faut ajouter les difficultés organisationnelles qui posent des questions sur la réalité de l'accès aux soins : horaires d'ouverture insuffisants ou inadaptés, qualité de l'accueil et de l'écoute et interrogation sur le respect de l'anonymat » (29).

S'il semble évident que la diffusion des connaissances autour des IST est nécessaire, il est intéressant de se poser la question de la capacité des jeunes à s'emparer des messages de prévention et à leur donner un sens depuis l'arrivée des antirétroviraux (33).

5) Une vulnérabilité globale des jeunes femmes face aux risques sexuels :

- Les facteurs influençant les prises de risques sexuels :

Dans cette étude, lorsqu'on analyse les discours des femmes, on remarque qu'elles ont toutes été confrontées à un moment donné de leur parcours à une prise de risque autour de leur sexualité. Mais elles semblent mettre à distance ces risques « *Par le passé j'en ai pris...* ».

Il semble exister un écart entre les prises de risques réelles et perçues que ce soit lors de l'arrêt du préservatif ou durant leur sexualité. Aucune femme n'évoque spontanément une prise de risque pour leur santé autour de la sexualité. Les femmes ont des faibles connaissances autour des IST, mais il semble exister d'autres biais dans leur perception des risques.

Est-ce un manque de conscience des risques propre à cette classe d'âge ? Un certain optimisme ?

Le début de la classe d'âge des 18-30 ans fait encore partie de l'adolescence. Une période de construction, dite à risque « autant par l'intensité des prises de risques que dans la vulnérabilité » (22). Variable d'un individu à l'autre, ces prises de risques vont se manifester sous différentes formes. « Ils sont d'ailleurs la cible de différentes campagnes de prévention : sida, alcool, tabac, drogues, accident de circulation. », « Ces comportements et ces phénomènes peuvent s'avérer dangereux, mais la plupart d'entre eux n'en sont pas moins constitutifs d'une étape inévitable du développement individuel, qui marque le passage à l'âge adulte » (33).

Si les prises de risques font parties des comportements propre à cette classe d'âge, il semble que leur comportement d'éloignement des risques, peut être qualifié « d'optimisme comparatif ». Certaines femmes semblent se comparer plus favorablement aux autres « *Il y en a qui prennent plus de risques que d'autres... moi je ne préfère pas* ». « Cela permet d'atténuer l'impact émotionnel du risque et d'évaluer positivement son état de santé », « l'optimisme comparatif permettrait à l'individu de rendre plus acceptable ses propres risques, ses conduites à risques » (35).

- *La vulnérabilité en tant que femme :*

Il semble que les femmes aient au sein de situations de vulnérabilité plus globale, des prises de risques non voulues mais subies.

On a pu constater qu'il existe un rôle féminin autour de la contraception et de la prévention. Mais la maîtrise n'est pas toujours facile pour elles. La problématique de leur choix notamment par le rapport à l'homme semble primordiale à prendre en compte en prévention : difficulté à imposer le préservatif, refus du partenaire, parfois problématique de violence conjugale. Les difficultés autour de la contraception ainsi que les effets secondaires de la contraception semblent aussi des facteurs de vulnérabilité. Par ailleurs, un certain désir de maternité peut être ambiguë chez les femmes et entraîner une certaine complexité dans leur gestion contraceptive.

Certaines femmes de cette étude ont évoqué aussi des situations où elles ont conscience de leur prise de risques suite à une baisse de leur vigilance préventive. Notamment un contexte alcoolisé a été évoqué par une femme «*C'était à une soirée, j'avais dû oublier de prendre ma pilule et je n'avais pas mis de préservatif...la totale...*». Il semble important de prendre en compte les situations de baisse de leur vigilance préventive. Il a d'ailleurs été mis en place une prévention ciblée par des campagnes de prévention l'été. L'accès au préservatif sur les lieux de fête et discothèques semble être un levier de prévention.

Les jeunes femmes sont donc à considérer comme des individus à risques potentiels autour de la sexualité. Elles nécessitent une vigilance notamment de la part des médecins, qu'elles semblent évoquer comme protecteur autour de leurs prises de risques «*Après j'ai confiance envers les médecins. Je ne vois pas pourquoi je prendrais des risques, ils sont toujours là pour me dire quoi faire*».

D) Ouverture :

L'arrêt du préservatif est un moment particulier de transition contraceptive, préventive et relationnel de la vie des femmes.

Avec tous ces éléments, comment favoriser la prévention des IST et des IVG chez les jeunes lors de l'arrêt du préservatif ?

Au regard du véritable enjeu de négociation au sein de la relation homme/femme, il semble primordial de favoriser et d'intégrer les hommes dans les démarches de prévention et de contraception. Une étude des comportements et des représentations des hommes paraît ainsi nécessaire afin d'avoir leurs points de vues sur une problématique qui les concerne dans le but d'améliorer les messages de prévention. Un point mis en avant dans le rapport du Haut Conseil de l'Égalité est de promouvoir au sein de l'éducation à la sexualité, la notion d'égalité homme/femme « Une éducation à la sexualité qui intègre la déconstruction des rôles de sexe, participe donc à un épanouissement personnel mais également à un objectif plus global d'égalité femme-homme et entre les sexualités » (36).

De plus, sur le plan des IST, il est nécessaire de favoriser les dépistages lors de l'arrêt du préservatif. Ils doivent devenir autant banalisés que l'utilisation du préservatif lors du début de la sexualité. Un effort de dépistage doit être entrepris dans cette tranche d'âge au regard des dernières données de la littérature lors de l'arrêt du préservatif. Une communication autour des autres IST que le VIH est aussi importante afin de favoriser les connaissances. Les méthodes interactives sont les plus adaptées aux jeunes dans le but d'avoir un impact sur leurs prises de risques (37). La place des médias et des réseaux sociaux sur le sujet paraissent primordiaux à maîtriser. La place du médecin généraliste dans l'offre de dépistage est aussi à mettre en avant. Dans l'étude KABP 2010 (8), plus de 85% des jeunes de 18 à 30 ans interrogés accepteraient volontiers de réaliser un test de dépistage s'il était proposé lors de leur prochaine visite chez leur médecin. La réévaluation récente de la stratégie de dépistage de chlamydiae trachomatis par la HAS, semble vouloir intensifier les dépistages dans les lieux en dehors des centres dédiés (38). La place du médecin généraliste semble importante dans cet objectif.

Enfin, sur le plan contraceptif, les femmes expriment de nombreuses difficultés. Il est primordial de favoriser en tant que professionnel, le choix contraceptif des femmes afin d'avoir une meilleure utilisation des contraceptifs. En cas d'effets secondaires contraceptifs, il est important de rappeler aux femmes comment limiter les risques de grossesses lors des relais contraceptifs.

Si dans cette étude, l'arrêt du préservatif ne semble pas être un enjeu majeur de l'augmentation des IST et de l'incidence des IVG chez les 18-30 ans, des études de plus grandes ampleurs doivent explorer le sujet

V. Conclusion :

La population des 18-30 ans est confrontée à une augmentation des IST et à un nombre d'IVG prédominant chez les femmes de 20-24 ans. Bien que le préservatif masculin soit une norme préventive et contraceptive au début de la sexualité, il est rapidement abandonné.

L'avis de femmes autour de l'arrêt du préservatif masculin a pu être recueilli dans cette étude.

Les femmes évoquent des freins à son utilisation qui les amènent à l'arrêter : l'inconfort, la perturbation de l'acte sexuel, le sentiment de contrainte, le choix du partenaire vis-à-vis de l'utilisation du préservatif et le manque d'efficacité du préservatif ont été identifiés.

L'arrêt du préservatif masculin est aussi au cœur d'un enjeu relationnel avec le partenaire. Il traduit une véritable négociation homme/femme notamment lors des relations de couple mais aussi lors des relations plus ponctuelles. L'instauration d'une relation de confiance entre les partenaires est un élément indispensable à l'arrêt du préservatif.

Malgré leurs faibles connaissances des IST, les femmes ont réalisé majoritairement des tests de dépistage lors de l'arrêt du préservatif. Mais il semble qu'un effort de dépistage doit être entrepris dans cette tranche d'âge au regard des dernières données de la littérature. A la recherche d'une contraception plus efficace et sous le poids de la norme contraceptive française, un relais contraceptif par la pilule est réalisé dans la majorité des cas.

L'arrêt du préservatif est un moment particulier de transition contraceptive, préventive et relationnelle de la vie des femmes. Si dans cette étude, l'arrêt du préservatif ne semble pas être un enjeu majeur de l'augmentation des IST et de l'incidence des IVG dans cette tranche d'âge, nous avons pu souligner des situations à risques autour de la sexualité, montrant la vulnérabilité des femmes sur qui repose la charge contraceptive et préventive.

Des études de plus grandes ampleurs doivent explorer le sujet. Il serait par ailleurs intéressant de compléter ces données par une étude du comportement des hommes dans cette situation afin de pouvoir accroître leur place dans la démarche de santé sexuelle.

En tant que professionnel de santé, il est primordial de comprendre les enjeux de l'arrêt du préservatif chez les 18-30 ans, afin de pouvoir les aider à mieux gérer les risques autour de leur sexualité sans jugement et en favorisant l'égalité homme/ femme dans la sexualité.

VI. Bibliographie :

1. Organisation Mondiale de la Santé. Ressources de l'OMS sur la santé sexuelle. [Internet]. 2018 [cité 8 nov 2018] Disponible sur : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022[Internet]. 2018 [cité 8 nov 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
3. Santé publique France. Infections sexuellement transmissibles: préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet] 2018 [cité 8 nov 2018] Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
4. Santé publique France. Les découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes et les seniors. [Internet] 31/01/2018 [cité 8 nov 2018] Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
5. France, Ministère des affaires sociales et de la santé, Agence nationale de recherches sur le sida. Morlat P, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'expert rapport 2013. Paris: la Documentation française; 2013.
6. Beltzer N, Bajos N. De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. In: Enquête sur la sexualité en France [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 8 nov 2018]. p. 437-60. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-p-437.htm>
7. Observatoire régionale de la santé de Pays de la Loire. Baromètre Santé jeune Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. [Internet] Janvier 2012 [cité 8 nov 2018] Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/ORS_ARS/brochure_thematique_barometre_sante_jeunes_2012/barometre-sante-jeunes-pays-de-la-loire-vie-affective.pdf
8. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C et Sommen C, chargées d'études à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida dans la population générale adulte en Ile-de-France en 2010 [Internet] Décembre 2011 [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
9. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre sante 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.
10. Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception : Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans [Internet]. [Thèse d'exercice] Université Paris Diderot, Année 2015 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4844_CADIERGUES_these.pdf

11. Rossier C, Pirus C , Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 , Population 2007/1 (Vol. 62), p. 57-90.
12. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Populations et société n°407, Décembre 2004
13. Vilain A., 2017, Les interruptions volontaires de grossesse en 2016, Études et Résultats, DREES, n° 1013, juin.
14. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Neuilly sur Seine, France : GMSanté ;2011
15. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Malakoff, France : Armand Colin ; 2007
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, France : De Boeck supérieur.2014
17. AIDES. Les traitements antirétroviraux et la trithérapie [Internet] [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.aides.org/traitement-vih-sida>
18. Lydié N. Leçons tirées de 20 ans de campagnes de lutte contre le sida. Colloque scientifique de l'INPES comment mesurer l'impact des campagnes de prévention. Paris, décembre 2011
19. Arcat. Préservatifs - Un marché en «relâchement» - Article - Arcat - VIH/sida et pathologies associées [Internet] Juin 2008 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: http://www.arcat-sante.org/a/JDS/article/898/PREVENTION_Preservatifs_Un_marche_en_lrelachementr
20. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Agora débats/jeunesses. 16 févr 2012;(60):121-34.
21. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Revue des politiques sociales et familiales. 2010;100(1):104-9.
22. Breton DL. Les conduites à risque des jeunes comme résistance. Empan. 1 déc 2005;no57(1):87-93.
23. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet] 2013 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
24. Bhrolcháin MN. En France comme en Grande-Bretagne, l'allongement des études retarde les maternités(1). 2012;4.
25. Tarik Chraïbi. Enquête E.P.I.C.E. Enquête sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et la contraception chez les étudiant-e-s [Internet] 2009 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/IDUP/EPICE_Rapport_5_Final_v4.pdf

26. Bajos N et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés n° 492, septembre 2012
27. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Populations et société n°511 , Mai 2014
28. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2002 [cité 12 nov 2018];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003255/abstract>
29. LMDE. La santé des étudiants en France 4^e enquête nationale [Internet] 2014 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
30. Randolph ME, Pinkerton SD, Bogart LM, Cecil H, Abramson PR. Sexual Pleasure and Condom Use. Arch Sex Behav. déc 2007;36(6):844-8.
31. Bajos N, Ferrand M. L'avortement à l'âge de raison. Mouvements. 2001;no17(4):99-105.
32. Defoin A. Que pensent les lycéens des préservatifs? Université d'Angers 2015[cité 12 nov 2018] Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106686/2015MCEM3483/fichier/3483F.pdf>
33. Peretti-Watel P. La société du risque. Paris, France : La découverte ;2010
34. Sondage Ifop : les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet] 2016 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://presse.sidaction.org/communique/62460/Sondage-Ifop-jeunes-l-information-prevention-du-sida>
35. Meyer T, Delhomme P. Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé. Santé publique 2000, volume 12, n) 2, pp. 133-147
36. Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet] 2016 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
37. INPES. Interventions efficaces en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes Une synthèse des connaissances – Résultats saillants [Internet] Octobre 2012 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-ist.pdf>
38. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet] Octobre 2018[cité 12 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

VII. Annexes :

Annexe N°1 : Liste des abréviations

- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
- VIH : Virus à Immunodéficience Humaine

Annexe N°2 : Guide d'entretien

A) Introduction :

Je réalise une enquête auprès des 18-30 ans dans le cadre de ma thèse de fin d'étude. Pour cela, je vais vous poser quelques questions pour recueillir votre point de vue sur le thème de la contraception et de la prévention. Si vous êtes d'accord, notre entretien va être enregistré par magnétophone de façon tout à fait anonyme et confidentielle, afin que je puisse analyser les données dans un second temps.

B) Canevas d'entretien :

Pour commencer, je souhaiterais vous interroger sur la contraception en général,

- Quelle image avez-vous de la contraception ?
- Quel parcours contraceptif avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

Je souhaiterais m'intéresser maintenant plus particulièrement au préservatif,

- Qu'évoque-t-il pour vous ?
- En avez-vous une image positive? Négative ? Pourquoi ?

Et concernant son utilisation,

- Quelle en a été votre utilisation jusqu'à ce jour ?
- Vous rappelez vous si vous l'avez utilisé lors de votre premier rapport sexuel ? A chaque nouveau partenaire ?
- Y a-t-il des éléments qui vous freinent ou qui vous ont freiné pour son utilisation ?
Lesquels ?

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à l'arrêt du préservatif,

- Avec votre expérience lors de vos différentes relations, pouvez-vous me raconter les circonstances qui vous ont amené à arrêter le préservatif ou à ne pas l'utiliser lors d'un rapport ?

Je souhaiterais maintenant vous interroger sur la notion de prise de risque,

- Est-ce que vous pensez prendre ou être exposé à des risques dans le domaine de votre santé ? Si oui de quel genre ? Dans le domaine de la sexualité ?
- Comment pensez-vous limiter ou avoir limité ces risques (dans le domaine de la sexualité) ?
- Pouvez-vous me raconter si vous avez déjà réalisé un test de grossesse et dans quelles circonstances ?

- Pouvez-vous me raconter si vous avez déjà utilisé la contraception d'urgence et dans quelles circonstances ?

- Pouvez-vous me raconter si vous avez déjà réalisé des tests de dépistage des IST et dans quelles circonstances ?

- Pensez-vous prendre des risques dans d'autres domaines ?

Pour finir (si non abordé au cours des différentes questions), j'aimerais savoir

- Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez ?

- Où avez-vous obtenu ces informations ?

- Vous sentez vous assez informé ? En avez-vous déjà discuté avec un médecin ? Quelle occasion ? Aimerez-vous discuter avec lui à ce sujet ?

Et concernant les infections sexuellement transmissibles,

- Quelles sont les IST que vous connaissez ?

- Où avez-vous obtenu ces informations ?

- Vous sentez vous assez informé ? En avez-vous déjà discuté avec un médecin ? Quelle occasion ? Aimerez-vous discuter avec lui à ce sujet ?

C) Profil du participant :

Pour me permettre d'établir votre profil, encore quelques questions :

- Quel est votre âge ?

- Quel est votre niveau de formation ?

- Quelle est votre situation conjugale et familiale ?

- Est-ce que vous fumez ?

- Est-ce que vous consommez de l'alcool ?

- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport ?

Annexe N°3 : Feuille de contact

Je suis médecin généraliste remplaçant et dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude auprès des jeunes de 18 à 30 ans.

Pour cela, j'ai besoin d'interroger de façon totalement anonyme et confidentielle des personnes de 18 à 30 ans sur le thème de la contraception et de la prévention. Mon objectif est d'étudier différentes données en recueillant votre point de vue.

Les entretiens pourront se réaliser au cabinet en fonction de vos disponibilités et seront enregistrés par magnétophone de façon anonyme afin de pouvoir analyser les données par la suite.

Si vous êtes intéressé(e), merci de laisser vos coordonnées à votre médecin pour que je puisse vous recontacter.

Merci du temps que vous m'accorderez,

Sophie PAULIAT,
Médecin généraliste remplaçant

Nom et prénom :

.....
.....

Age :

.....
.....

Téléphone :

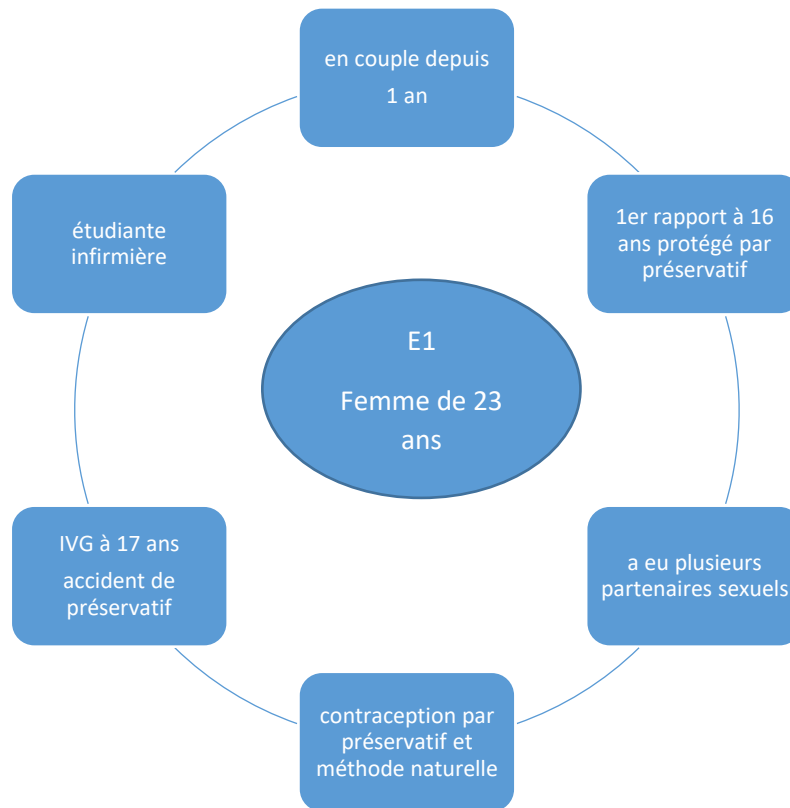
.....
.....

Merci de m'indiquer jour et heure préférés pour le contact téléphonique :

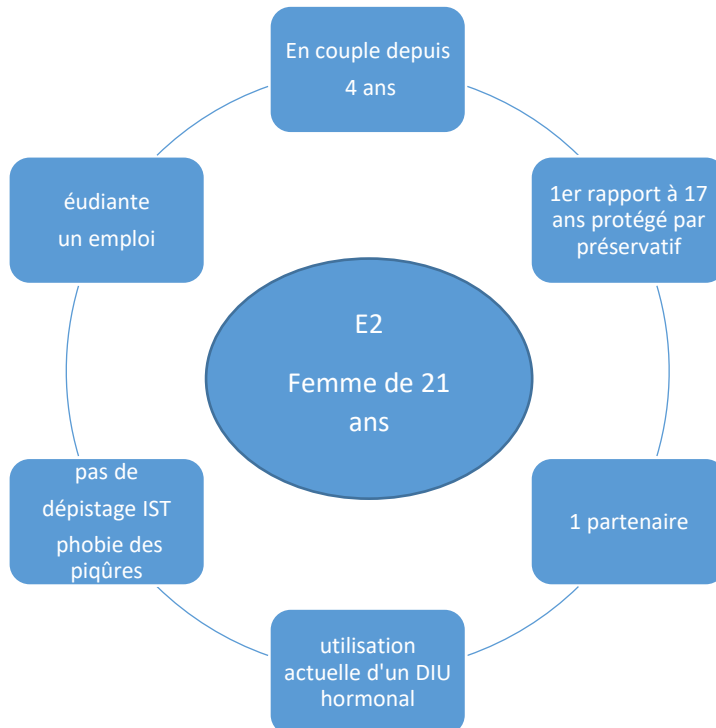
.....

Annexe N°4 : Profil des participants

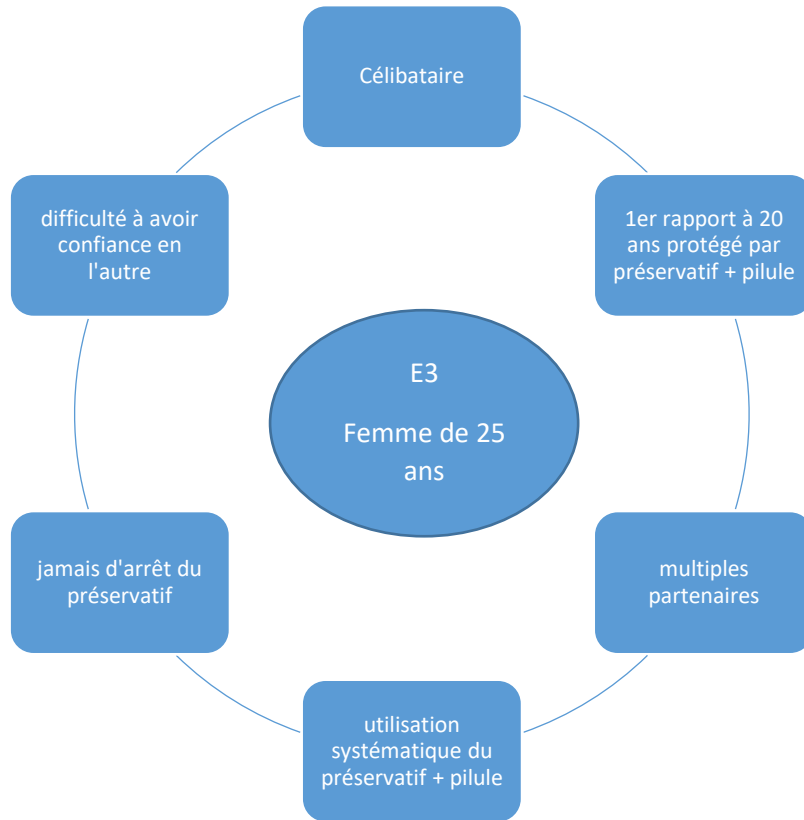
Participant n°1 :



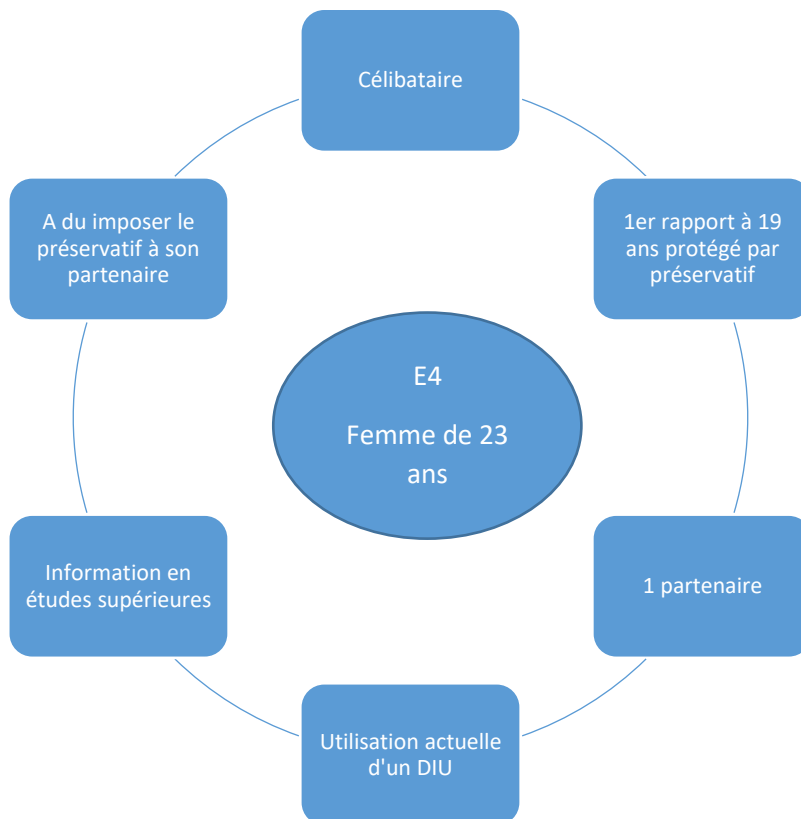
Participant n°2 :



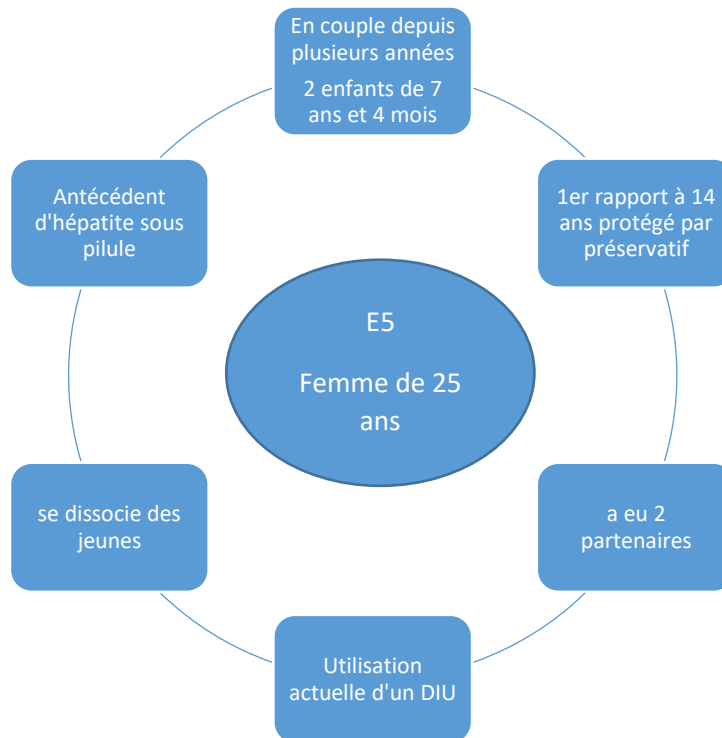
Participant n°3 :



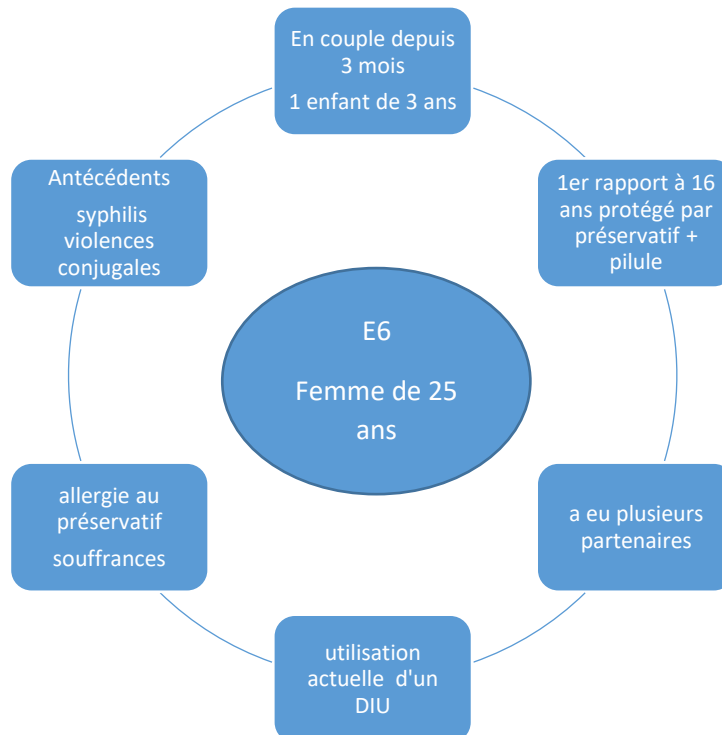
Participant n°4 :



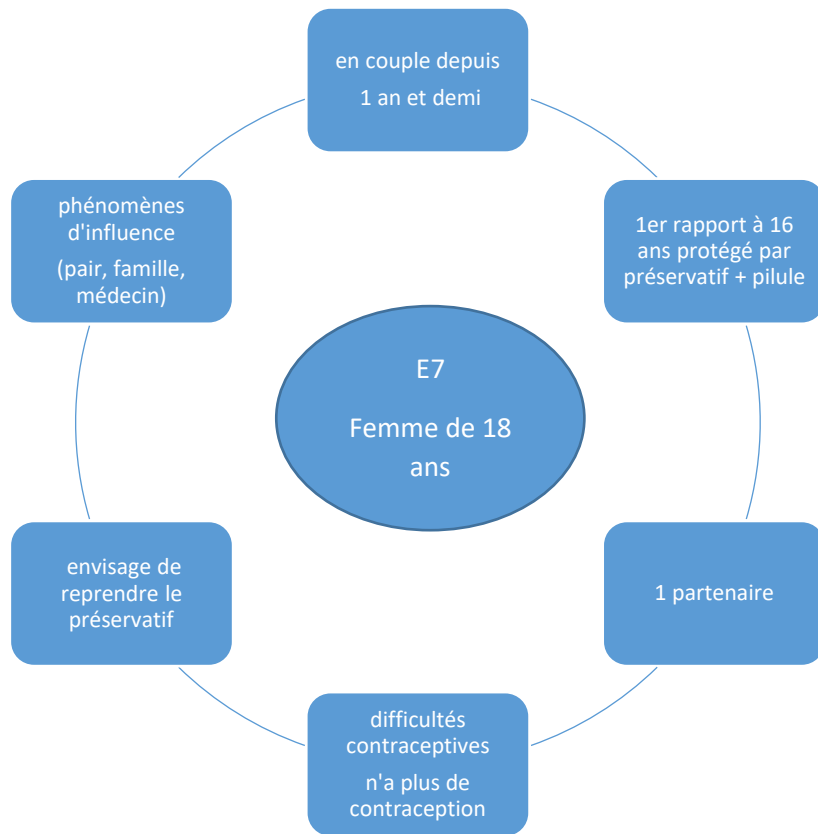
Participant n°5 :



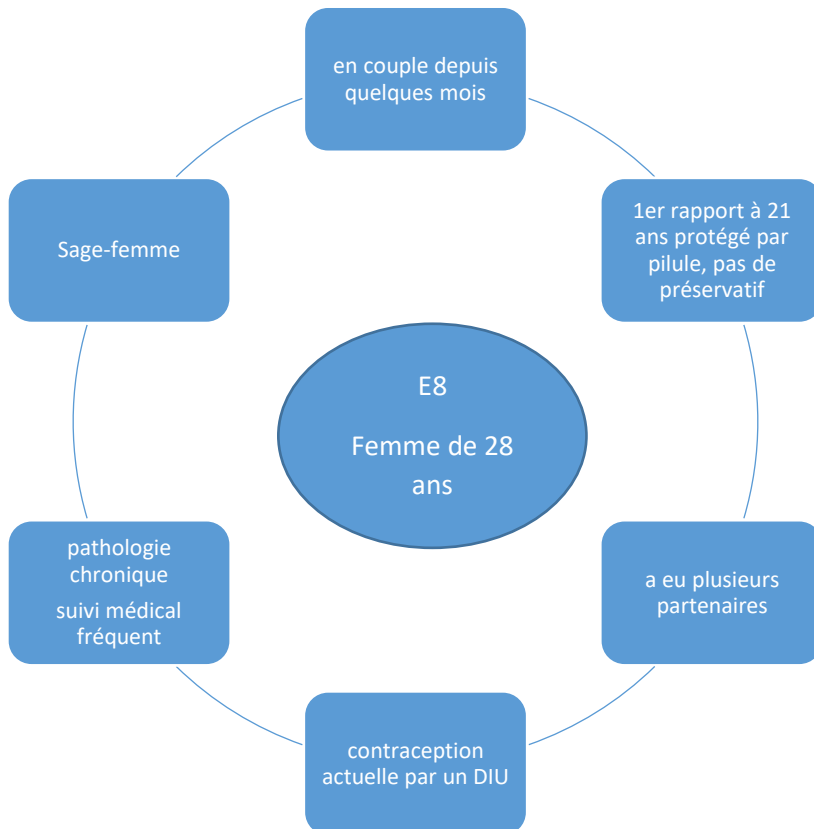
Participant n°6 :



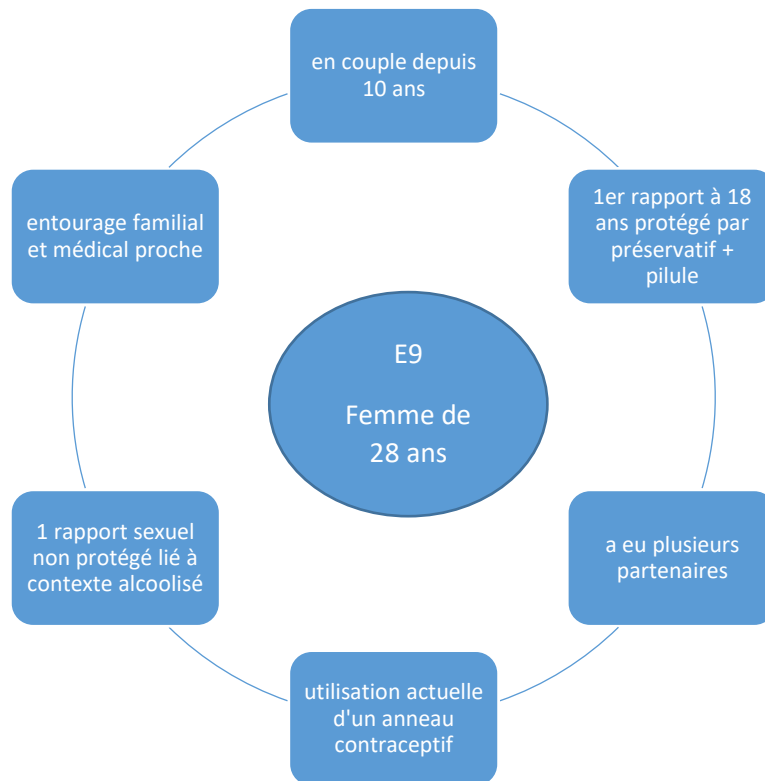
Participant n°7 :



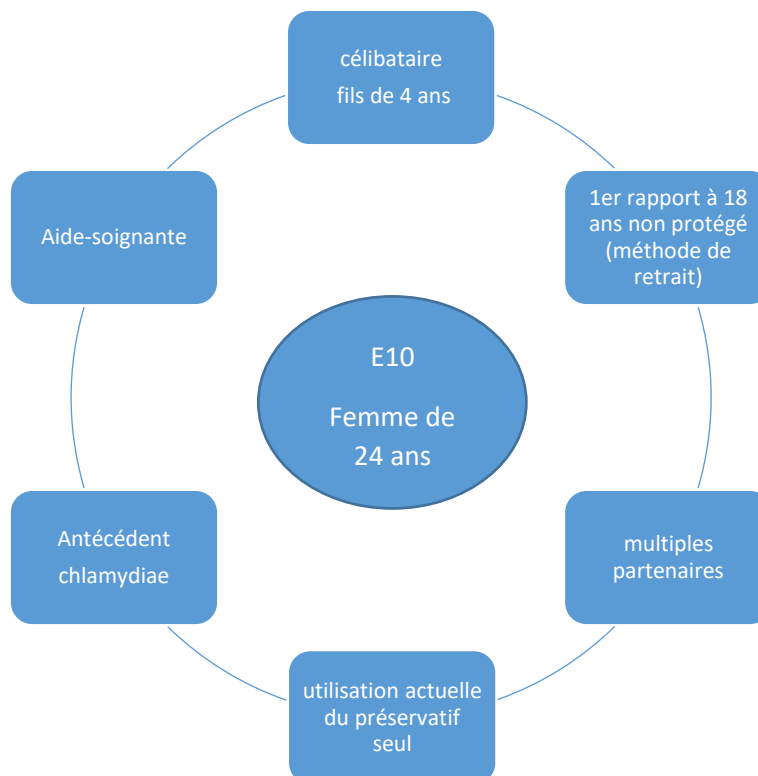
Participant n°8 :



Participant n°9 :



Participant n°10 :



Vu, le Président du Jury,



Professeur Norbert WINER
· Chef de Service - Gynécologie Obstétrique
Diagnostic Périnatal et Médecine Foetale
38, boulevard Jean Monnet
44093 NANTES Cedex 1
N° RPPS : 10002525359

Vu, le Directeur de Thèse,



Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse :**Quels sont les déterminants de l'arrêt du préservatif ?****Etude qualitative à partir d'entretiens de patients de 18 à 30 ans**

RESUME

Contexte : En 2016, les données épidémiologiques montrent une augmentation du nombre d'infections sexuellement transmissibles, notamment bactériennes, et une stabilisation du nombre d'interruption volontaire de grossesse. La population des 18-30 ans est la plus exposée à ces risques. Le préservatif masculin, qui est une norme préventive et contraceptive au début de la sexualité, est rapidement abandonné. Dans quel contexte le préservatif est-il arrêté dans cette tranche d'âge ?

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs influençant l'arrêt du préservatif masculin et ceux influençant les prises de risques chez les 18-30 ans.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens individuels semi-structurés via un guide d'entretien, de Mai 2017 à Mars 2018 en Maine-et-Loire.

Résultats : Nous avons pu réaliser 10 entretiens, seul l'avis de femmes a pu être recueilli. Bien qu'elles en aient une image positive et qu'elles le considèrent comme une véritable norme au début de la sexualité, les femmes utilisent le préservatif de façon variable par la suite. Le sentiment de limitation du plaisir, de contrainte, de manque d'efficacité du préservatif et le frein venant du partenaire ont été évoqués, amenant à l'arrêt du préservatif. Sous l'influence des pairs et de la relation avec le partenaire lors de la formation du couple, l'arrêt du préservatif est au cœur d'un enjeu relationnel. Le désir d'engagement de la femme et l'instauration d'une relation de confiance entre les deux partenaires sont indispensables pour cet arrêt. La durée du couple, au bout de laquelle cette décision est prise, varie. Malgré le peu de connaissances sur les infections sexuellement transmissibles, les femmes ont majoritairement réalisé un test de dépistage avant l'arrêt du préservatif. Un relais contraceptif par la pilule est quasiment systématiquement réalisé. L'arrêt du préservatif masculin n'a été que dans très peu de cas identifié comme un moment à risques sexuels chez les femmes dans cette étude. Mais nous avons pu souligner des situations à risque autour de la sexualité dans cette population influencées par un écart de perception entre les prises de risques réelles et perçues ainsi qu'une vulnérabilité plus globale des femmes.

Conclusion : L'arrêt du préservatif est un moment particulier de transition contraceptive, préventive et relationnelle de la vie des femmes. Dans cette étude, l'arrêt du préservatif n'est pas un enjeu majeur de l'augmentation des IST et de la stabilité des IVG. Des études de plus grandes ampleurs doivent explorer le sujet, notamment une étude du comportement des hommes dans cette situation viendrait compléter ces données.

MOTS-CLES

Préservatif masculin - Rapport sexuel non protégé - Etude qualitative