

Évolution de la contraception :

De la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes ?

Virginie Portner

Chemin des Chevalleyres 8

1807 Blonay

virgotte@bluewin.ch

Août 2019

Table des matières

1. Introduction	p.1
2. État des lieux sur la pilule	p.2
2.1 Historique, naissance de la pilule.....	p.2
2.2 Contexte social à l'arrivée de la pilule, impact et changements.....	p.3
2.3 Révolution sexuelle.....	p.4
2.4 Femmes et vie professionnelle.....	p.5
2.5 Évolution des composants.....	p.5
2.6 Prévalence contraceptive, quelques chiffres dans le monde et en Suisse	p.6
2.7 Risques et effets indésirables.....	p.7
2.7.1 Risques.....	p.7
2.7.2 Effets indésirables.....	p.7
2.8 Ce qu'en pensent les femmes.....	p.8
2.9 Spécificités concernant les adolescentes.....	p.10
3. Alternatives à la pilule, description des moyens de contraception existants	p.11
3.1 Catégorie des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).....	p.11
3.2 Catégorie des contraceptifs progestatifs.....	p.11
3.3 Catégorie sans hormones.....	p.12
4. Facteurs influençant la prise de pilule par rapport aux alternatives	p.13
4.1 L'influence du corps médical.....	p.14
4.2 Le manque d'information.....	p.16
5. Atouts du spécialiste en santé sexuelle dans le choix d'une contraception...	p.17
5.1 Le counseling.....	p.17
5.2 Le temps.....	p.18
5.3 Attitude face à la « norme contraceptive ».....	p.19
6. Quelles pistes d'évolution ?	p.19
7. Conclusion	p.20
Bibliographie	p.22
Annexes	p.25

1. Introduction

Ce sujet m'a poussé à me questionner depuis de nombreuses années. En effet, depuis plus de vingt ans, j'entends dans mon entourage des femmes qui se plaignent de la pilule, de ses effets secondaires et souhaitent changer de type de contraceptif. Cependant, beaucoup se trouvent démunies face à la question : par quoi la remplacer ? Beaucoup d'idées reçues au sujet des alternatives à la pilule comme « Le stérilet ce n'est pas pour les jeunes femmes. », « les méthodes naturelles, ce n'est pas fiable », sont pour ainsi dire gravées dans le marbre et rendent ce choix d'autant plus difficile. Face à ces propos qui peuvent être source d'incertitude et d'inquiétude quant à son futur contraceptif, beaucoup de femmes préfèrent en rester à la pilule, contraceptif le plus connu, le plus plébiscité par le corps médical, et malgré ses risques, le plus rassurant pour certaines.

Ce discours s'est confirmé lors de mon stage en conseil, puis dans ma pratique actuelle dans le cadre hospitalier où je vois en consultation des femmes en demande d'interruption de grossesse ou dans le service de maternité en post partum. Selon mon vécu, celui de mes collègues et des médecins avec lesquels je collabore, c'est souvent lors de ces moments charnières que les femmes se positionnent face à la pilule et souhaitent en changer. « Je ne veux plus d'hormones », « j'ai arrêté la pilule car je ne la supportais plus » sont des propos souvent entendus. Ceci est appuyé par les messages véhiculés par les médias, qui sont de plus en plus critiques envers la pilule.

Cependant, comme nous allons le voir dans ce travail « la pilule est associée à une image de libération des femmes, mais aussi à une figure de femme adulte, indépendante et responsable (Badré, M., 2017) et ceci à juste titre. La pilule reste un symbole de révolution encore de nos jours et ceci depuis presque 60 ans. Cette notion, qu'elle soit consciente ou non, a un poids certain dans la décision de stopper la pilule et peut créer un conflit interne lors d'un choix contraceptif.

Par ailleurs lors de ces entretiens, j'ai constaté qu'un grand nombre de femmes¹ avaient peu d'informations sur tous les moyens de contraception existants en dehors de la pilule, mis à part ceux utilisés par les femmes de leur entourage et leurs expériences plus ou moins satisfaisantes en matière de contraception.

Tenant compte de ces aspects, mon sentiment est que les femmes se sentent tiraillées et qu'elles n'ont que peu de possibilités afin de faire un choix éclairé et autodéterminé en matière de contraception.

¹ Lorsque je parle des femmes, je fais aussi référence aux couples quand le partenaire est présent et est impliqué dans le choix d'une contraception

De cela découle ma question concernant l'évolution de la contraception :

De la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes ?

Pour y répondre, nous allons tout d'abord explorer plusieurs aspects de la pilule, de son histoire et son impact sur l'émancipation des femmes à l'état actuel du ressenti des femmes face à elle. Puis nous nous pencherons sur les alternatives disponibles actuellement. Par la suite, d'autres aspects impactant la difficulté de faire un choix autodéterminé en matière de contraception seront mis en lumière. Pour finir, le rôle du spécialiste de santé sexuelle sera développé et des pistes d'évolution seront esquissées.

2. État des lieux sur la pilule

Mise sur un piédestal puis rejetée, ainsi que toutes les nuances entre ces deux extrémités, nous allons voir dans ce chapitre que la pilule est un sujet complexe, qui a évolué au fil du temps. Il déclenche des sentiments souvent paradoxaux et qui se transforment selon l'âge ou les changements de circonstances, ainsi qu'au gré des besoins dans la vie d'une femme.

2.1 Historique, naissance de la pilule

Il a fallu la rencontre de quelques personnes clé au moment opportun pour que naisse la contraception orale sous sa forme actuelle. Pour avoir un repère dans le temps et dans le contexte scientifique, cette naissance a lieu après la découverte de la progestérone en 1934 et de la synthèse de la forme active par voie buccale d'un œstrogène, l'éthynil-estradiol en 1936.

L'instigatrice phare est Margaret Sanger, née en 1879 à New-York. Selon Wikipédia, elle est une militante anarchiste qui lutte pour la liberté d'expression et la contraception, ce qui l'a amenée à fonder en 1921 l'« American Birth Control League » qui deviendra le planning familial américain en 1942 sous le nom de « Planned Parenthood » (2019). Cependant Margaret Sanger a été une personne controversée et fortement critiquée de par ses idées. En effet, « Elle défend une forme d'eugénisme qui, selon elle, « améliorerait l'humanité » en évitant la reproduction des êtres « indésirables ». » (Wikipédia, 2019).

Grégory Pincus, lui est né aux Etats-Unis en 1903. Il est médecin et biologiste et présenté comme le co-fondateur de la pilule. Il est connu pour avoir réalisé la première fécondation *in vitro* chez les lapines. Selon Debusquat, lui aussi souffre d'une réputation qui le met petit à

petit à l'écart de la communauté scientifique, malgré le fait qu'il soit l'un des biologistes les plus qualifiés en matière de reproduction des mammifères. La presse le qualifie de « déviant » et il finit par perdre ses derniers soutiens. Il crée alors son propre laboratoire. (2017, p.61)

Sanger rencontre Pincus en 1950 et lui propose de financer ses recherches afin de créer un contraceptif hormonal qui soit infaillible, indolore et facile d'utilisation, ce qu'il accepta.

Pincus commença donc ses travaux de recherche sur des progestatifs avec le Docteur John Rock, gynécologue, en menant des expérimentations sur des lapines. D'après Netter et Rozenbaum, il parvint en 1953 à isoler un dérivé de la progestérone, le noréthynodrel qui se révéla être un puissant inhibiteur de l'ovulation et actif par voie buccale. Ces travaux se firent au sein de la firme Searle qui a synthétisé ce progestatif, sans pour autant qu'elle ne sache que Pincus travaillait sur un contraceptif spécifiquement.

Les premiers essais humains se firent à Boston sur des patientes du Dr Rock malgré le fait qu'à l'époque les recherches sur la contraception soient illégales. « Pincus et Rock ont donc camouflé le véritable objectif de leurs essais cliniques sous couvert de recherches sur la fertilité, ces derniers testaient en réalité le pouvoir contraceptif de la progestérone » (Wikipédia, 2019). Par la suite, en 1956, Des essais cliniques de grande envergure se font à Porto-Rico. Le produit testé était à ce moment un combiné oestroprogestatif qui avait l'avantage d'assurer des règles régulières. En 1957 d'autres essais se firent en Haïti. Et ce fut cette année-là que le Dr Rock, grâce à son talent de persuasion et le fait qu'il soit catholique et conservateur selon Netter, qu'il convainquit le laboratoire Searle de commercialiser un contraceptif oral. Enfin c'est en 1959 que la « pilule » est commercialisée pour la première fois aux États-Unis sous le nom d' « Enovid », toujours officiellement à des fins thérapeutiques selon la Food and Drug Administration (FDA). Ce n'est qu'en 1961 que ce produit fût considéré comme un contraceptif. L'utilisation de la pilule comme moyen de contraception a été exponentielle au début de sa commercialisation. Si en 1961, les femmes étaient environ 450'000 à la consommer, elles étaient plus d'1 million en 1962 et plus de 2 millions en 1963 (Saltel & Decque, 2018). Ceci démontre bien le potentiel révolutionnaire de la contraception qu'a créé l'arrivée de la pilule.

2.2 Contexte social à l'arrivée de la pilule, impact et changements

L'arrivée de la pilule implique la fin de siècles de « destins maternels ». Elle offre de nouvelles perspectives aux femmes, qui peuvent se permettre d'imaginer leur vie

différemment, jusqu'à une vie sans enfants, et que personne ne décide à leur place et surtout pas les hommes ! Elle apporte un souffle de liberté nouvelle et amène la notion de choix et de contrôle de la femme sur son corps.

Jusqu'à cette époque, les avortements clandestins, car illégaux, étaient fréquents. Ceci avec des risques pour la santé des femmes énormes, menant souvent à l'infertilité voir même à la mort. Le fait que les moyens de contrôler les naissances étaient quasi inexistantes ou peu accessibles engendrait des difficultés tant pour les femmes célibataires que pour les couples. En effet, en plus des risques sanitaires liés à un avortement, les femmes se trouvant enceintes hors mariage étaient stigmatisées par la société. Par ailleurs, pour les couples, ne pas pouvoir choisir quand et combien d'enfants ils désiraient avait des répercussions sur leur vie sexuelle, et pouvaient mettre la femme dans des situations ingérables telles que ce témoignage datant de 1970 en France : « Je ne sais plus quoi faire, aidez-moi, j'ai 37 ans, je ne peux plus me refuser à mon mari, j'ai déjà eu sept grossesses, je n'en peux plus, je suis encore enceinte » (Bajos, N., Ferrand, M., 2004, p.8).

2.3 Révolution sexuelle

L'arrivée de la pilule s'inscrit dans le cadre de la révolution sexuelle qui a été un long processus sociétal et qui a débuté bien avant les années 1960. En effet, selon le documentaire « Révolutions sexuelles : le droit au plaisir » (2017), le début de la révolution sexuelle est difficile à dater. Comme éléments précurseurs à ce mouvement nous pouvons penser au rapport Kinsey en 1948 qui est le résultat d'une vaste étude qui a analysé les comportements sexuels de milliers d'Américains ou encore la distribution de préservatifs aux soldats Américains lors de la 2^{ème} Guerre Mondiale afin d'avoir des rapports sexuels avec des femmes du monde entier. Petit à petit, la sexualité devenait un sujet de discussion public et politique. Cependant, pour les femmes, leur révolution sexuelle a bel et bien commencé quand elles ont eu accès la pilule.

« Avec la révolution sexuelle ce n'est plus l'inégalité sociale qui stimule le désir. C'est au contraire l'égalité sociale qui devient le fondement des relations amoureuses et sexuelle. (...) ce mouvement permet l'émancipation des femmes (...) L'activité sexuelle érotique peut se dissocier de l'activité reproductrice et de l'obligation conjugale (...) » (Zones subversives, 2015)

C'est justement cette dissociation qui permet l'émergence de la notion de plaisir féminin, révolution encore inachevée de nos jours mais qui continue d'avancer avec l'engouement actuel concernant le clitoris.

2.4 Femmes et vie professionnelle

Avant l'arrivée de la pilule, la femme cessait son activité professionnelle, si elle avait une, au moment du mariage et surtout de la naissance du premier enfant. Cependant, avec le contrôle de la maternité, les femmes firent une entrée massive dans le monde du travail dans les années soixante. (Battagliola, 2000, cité par Bajos & Ferrand, 2004). Cela a créé « la construction d'une nouvelle identité féminine qui intègre désormais la dimension professionnelle » (de Singly, 2001, cité par Bajos & Ferrand, 2004), ce qui est une belle avancée dans l'émancipation des femmes. Cependant, Bajos et Ferrand (2004) nous rendent attentif au revers de la médaille. En effet, l'entrée des femmes dans le monde du travail n'a pas augmenté l'implication des hommes dans la prise en charge du travail domestique. Ceci a donc créé la « double journée » pour les femmes, surtout lorsque' elles sont de surcroît mères. Cela a également induit le fait que si la femme a la possibilité de choisir le nombre et le moment de l'arrivée de l'enfant, elle se doit d'être une « mère parfaite » car elle l'a choisi.

La pilule s'est donc forgée au fil du temps une image associée à la libération des femmes et à leur émancipation. Elle jouit d'une réputation encore très ancrée de nos jours dans notre société, un héritage qui a été acquis de grandes luttes et qui parfois est vu comme quelque chose qui doit être préservé par solidarité en vers celles qui ont mené à bien ce combat.

2.5 Évolution de la posologie et des composants

Netter et Rozenbaum relatent que le principe de la pilule réalisée par Pincus est resté identique dans les contraceptifs oraux actuels, mais que la nature et la posologie des constituants ont considérablement évolué. Lors de sa commercialisation, elle contenait 10mg de progestatifs de synthèse et 150mcg d'œstrogènes de synthèse (1985, p.358).

Ultérieurement, la transformation de la formule de la pilule se fait essentiellement par le changement du progestatif, l'éthinil-estradiol étant toujours l'œstrogène utilisé de nos jours.

L'évolution de la pilule se distingue en 4 générations, en fonction de leur composition et de leur date de création. Le taux d'œstrogènes a diminué au fil des générations afin de réduire les effets secondaires pour arriver à 20mcg dans les pilules de 4^{ème} génération. Cependant, lors du cours sur la contraception du module 3, Adeline Quach nous rend attentif au fait qu'un taux inférieur à 30mcg entrave la croissance osseuse chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ainsi les pilules de 4^{ème} génération sont à proscrire chez cette population (2018, p.35). A cela s'ajoute les risques sanitaires augmentés avec cette génération que nous allons évoquer plus loin.

2.6 Prévalence contraceptive, quelques chiffres dans le monde et en Suisse

Selon l'Institut National d'Études Démographique (INED) (2018), en 2011 63% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisaient un moyen de contraception. Il y a de nombreuses variations quant au moyen utilisé selon les pays et même les continents. Par exemple, 4% des Sud-Soudanaises utilisent une contraception, contre 88% des Norvégiennes et seulement une femme sur trois sur le continent Africain. Nous pouvons imaginer que ces résultats sont en lien avec la culture et l'accès à la contraception.

En 2017 dans le monde, la méthode de contraception la plus utilisée est la stérilisation féminine avec 30% d'utilisation. La seconde place du podium revient au dispositif intra utérin (DIU) avec 22% d'utilisation. La pilule occupe la troisième place avec 14% d'utilisatrices, suivie de très près par le préservatif masculin avec 13% (Debusquat, 2017).

Concernant la pilule, « La tendance actuelle tend plutôt vers une forte augmentation dans les pays en voie de développement et vers une stabilisation, voire une diminution dans les pays développés. » (Dall'Aglio, 2013).

Selon le rapport sur la contraception de l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) (2017), en Suisse, c'est 80% des personnes sexuellement actives qui utilisent une contraception. C'est la contraception orale (mentionnée par 33% des femmes et 37% des hommes) et le préservatif (mentionné par 38% des hommes et 27% des femmes) qui sont les méthodes les plus fréquemment utilisées (2017). Cependant ces deux moyens de contraceptions diminuent avec l'âge en faveur de la stérilisation. L'utilisation des DIU augmente jusqu'à un certain âge pour diminuer à partir de 45 ans.

En ce qui concerne la contraception hormonale plus spécifiquement, entre 1992 et 2012 l'OBSAN fait part d'une augmentation de la prise de la pilule chez les 15 à 19 ans. Cependant elle est à la baisse chez les 20 à 29 ans comme nous pouvons le voir en détail dans le tableau en annexe 1.

Cette dernière donnée confirme mon ressenti lors des consultations d'interruption de grossesse. C'est en majorité cette tranche d'âge qui est concernée et qui a, soit déjà arrêté la pilule et utilisé des méthodes peu fiables, soit ne sont plus satisfaites et désirent changer de type de contraception.

2.7 Risques et effets indésirables

Je pense qu'il est important de différencier les risques de la contraception hormonale combinée (CHC) de ses effets indésirables. En effet, les risques sont applicables à toutes les utilisatrices, tandis que les effets indésirables ne sont pas ressentis de la même intensité par toutes les femmes. Cependant ils ont comme point commun qu'ils sont souvent la cause de l'arrêt de la pilule ; les risques font émerger la méfiance vis à vis de la pilule et les effets secondaires vécus au quotidien rendent son utilisation parfois peu supportable.

2.7.1 Risques

La contraception orale combinée (COC) n'est pas qu'un contraceptif. C'est aussi un médicament (qui est d'ailleurs le premier médicament prescrit à des personnes en bonne santé), prescrit par un médecin.

Les risques liés à la prise de la pilule sont loin d'être anodins. Citons une augmentation du cancer du sein, une augmentation des maladies cardio-vasculaires, tel que l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (AVC) et les maladies thromboemboliques veineuse (MTEV). Selon Adeline Quach, lors du cours sur la contraception du module 3, « le risque absolu de MTEV est autour de 2 pour 10'000 femmes par année. Il s'agit donc d'un événement rare mais qui peut être grevé d'une morbidité et d'une mortalité importantes lorsqu'il se complique d'embolie pulmonaire ou cérébrale. » (2018, p.27). Elle ajoute que ces risques doublent lors de la prise d'une pilule de 2^{ème} génération et quadruplent avec celle de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Ceci est dû au fait que les progestatifs des 3^{ème} et 4^{ème} générations ne contrebalancent pas suffisamment l'effet néfaste des œstrogènes sur les MTEV.

Ces MTEV ont été au cœur d'un scandale en 2009 en Suisse ainsi que d'autres pays occidentaux comme la France en 2013. En effet, comme décrit dans la revue D'égal à égale, en Suisse, en 2009 deux jeunes femmes sous pilule de 3^{ème} génération ont fait une embolie pulmonaire. L'une reste gravement handicapée, tandis que l'autre est mortellement touchée (2015, p.15). Cette polémique a grandement accentué le désamour de la pilule qui était déjà présent depuis le début des années 2000.

2.7.2 Effets indésirables

Dans leur histoire de la contraception, Saltel et Decque expliquent que les effets secondaires et les risques de la prise de la pilule étaient connus depuis la commercialisation de cette dernière. Mais le progrès, l'innovation et les bénéfices prennent le dessus pour de nombreuses femmes. Toutefois le scandale de 2013 a mis en lumière les effets secondaires qui étaient jusqu'alors fréquemment minimisés, les femmes ne s'autorisant que très peu à changer de

méthode contraceptive. Ils ajoutent que même le mouvement féministe a eu pendant longtemps du mal à se positionner entre promouvoir la pilule comme contraceptif et répondre aux inquiétudes des utilisatrices sur leur santé ; Trop communiquer sur les risques va détourner les femmes de l'usage de la contraception, qui reste un véritable progrès (2018).

Sabrina Debusquat a réalisé une enquête en ligne en 2017 auprès de 3616 femmes de 13 à plus de 50 ans. Voici les effets secondaires relatés et ressentis par plus de 30% d'entre elles :

- Baisse du désir sexuel : 70%
- Prise de poids : 54%
- Troubles de l'humeur : 52%
- Migraines, maux de tête : 36%
- Sécheresse vaginale : 32%

Les autres effets cités, à hauteur de 29 à 6 % sont les douleurs ou tensions mammaires, l'acné, les cystites, les spotting, les douleurs ovariennes, la perte des cheveux, les nausées, la sécheresse de la peau, ainsi que les vertiges entre autres.

Ces chiffres montrent qu'une majorité de femmes ressent des effets indésirables, voire contraignants dans la vie de tous les jours et ceci pendant des années et que souvent, ce n'est qu'à l'arrêt de la pilule qu'elles s'en rendent compte.

2.8 Ce qu'en pensent les femmes

« En touchant des paramètres essentiels comme la sexualité, la joie de vivre et l'énergie, ils gâchent des moments de vie qui ne pourront jamais être rattrapés. La baisse de libido et les troubles de l'humeur, par exemples, font des dégâts immenses. » (Debusquat, 2017, p.169).

Il n'est pas facile de mesurer le degré d'insatisfaction spécifique à chaque effet, mais selon l'enquête de Debusquat, 55,6% des femmes donnent une note inférieure à 5 sur 10 quant à leur satisfaction vis-à-vis de la pilule en général (2017, p.5).

Dans la suite du sondage, les réponses à la question « Pourquoi avez-vous arrêté la pilule ? » démontrent que la tendance actuelle des femmes qui passent à un autre moyen de contraception est une sorte de reconnexion avec soi-même et son corps, un retour au naturel, une prise de conscience sur les effets néfastes que peuvent avoir les hormones synthétiques.

Quelques exemples de raisons d'arrêt de la pilule (plusieurs réponses possibles) qui dépassent les 25% :

- A cause des effets secondaires bénins mais pénibles au quotidien 50,8%
- Parce que vous pensez que c'est mieux pour votre santé 50,2%
- Parce que vous refusez de prendre un médicament alors que vous êtes en bonne santé 40,6%
- Par envie de revenir à vos cycles naturels 39,5%
- Par méfiance envers l'industrie pharmaceutique 29%

Notons que la réponse « suite au scandale des pilules de 3^e/4^e génération » sujet évoqué dans les risques, atteint un score de 17,1%, ce qui est plus d'une femme sur six.

Les médias de manière générale nous rapportent une tendance au désamour de la pilule qui s'accroît depuis les années 2000 malgré une augmentation de l'utilisation chez les 15-19 ans en Suisse. Les articles sont principalement axés sur les vécus des femmes ayant arrêté la pilule et le vivant presque comme une résurrection. Quelques exemples pour étayer ces propos, tous tirés du site jarretelapilule.fr (2019), mais représentatifs d'innombrables articles traitant le sujet :

- « D'avoir arrêté ce moyen de contraception est sûrement le plus beau cadeau que j'ai pu me faire dans ma vie d'adulte »
- « Je ne sentais pas forcément d'effets indésirables pendant que je la prenais, mais j'ai eu un immense sentiment de liberté dès que je l'ai arrêtée. »
- « Depuis que j'ai arrêté la pilule, j'ai retrouvé ma libido et surtout mon état émotionnel s'est stabilisé. »
- « Je ne me rendais absolument pas compte de l'impact de la pilule sur mon corps avant de l'avoir arrêtée. »

Évidemment il y a une part importante de femmes satisfaites par la pilule, mais les témoignages de ces dernières sont nettement moins relatés par les médias. Ce contraceptif leur convient et de ce fait elles ne voient pas l'utilité d'en changer. Ceci est également représenté dans le sondage de Debusquat, par le fait que 29,9% des femmes sondées disent ne pas ressentir d'effets indésirables et que 44,4% d'entre elles donnent une note de satisfaction supérieure à 5 sur 10 à la pilule (2017). Un autre élément en faveur de la pilule est que cette dernière peut avoir des effets bénéfiques pour certaines femmes, comme la régulation des cycles, la diminution des saignements ou des douleurs de règles et une diminution de l'acné.

Dans ces situations, la pilule est utilisée comme moyen thérapeutique et non contraceptif (Bureau de l'égalité entre femmes et hommes de la République et Canton du Jura, 2015).

2.9 Spécificités concernant les adolescentes

C'est principalement pendant l'adolescence que la contraception débute. Le commencement d'une sexualité fait passer la jeune fille dans le monde des femmes, et la prise d'une contraception en est le reflet concret. Effectivement, comme le note Yaëlle Amsellem-Mainguy « La revendication d'une contraception va de pair avec la quête de reconnaissance d'une vie sexuelle active (...) C'est en cela que l'on peut comprendre comment l'entrée dans la vie sexuelle adulte et les débuts de la contraception participent à la construction identitaire » (2009).

La pilule est largement utilisée par les 15-19 ans, et nous savons que l'influence des pairs à cette période de la vie a un poids important dans les décisions et les pratiques, en lien justement avec cette construction identitaire. De ce fait les adolescentes auraient tendance à demander la pilule pour « faire comme les autres », pour se sentir conforme.

De plus, « Pour les jeunes femmes, la pilule est la première « vraie » contraception. Même si toutes ne l'utilisent pas, elles se sont déjà vu proposer la pilule par un proche ou un médecin. La pilule, c'est la contraception des « femmes », des « grandes ». » (Amsellem-Mainguy, Y., 2010). Nous pourrions donc décrire la pilule comme une sorte de rituel de passage afin d'être reconnue comme une vraie femme.

Dans son analyse qui porte sur des jeunes filles de 15 à 24 ans en France, Y. Amsellem-Mainguy met en évidence que ces jeunes femmes ont une opinion très positive de la pilule. En effet, 84% d'entre elles trouvent que la pilule préserve leur liberté, 74% qu'elle est pratique et 82% qu'elle est discrète.

Tous ces points démontrent que l'adolescente n'a pas forcément la même vision de la pilule que ses aînées et que la représentation symbolique qu'elle s'en fait n'a pas le même poids non plus.

Nous verrons également dans la quatrième partie de ce travail que deux autres facteurs rentrent en ligne de compte dans l'utilisation de la pilule, principalement chez les jeunes femmes.

3. Alternatives à la pilule, description des moyens de contraception existants

Les pays occidentaux dont la Suisse bénéficient d'une offre en moyens contraceptifs large et diversifiée. Pourtant, nous allons le voir plus loin, ils ne sont pas forcément proposés de prime abord et certains étant plutôt récents, sont méconnus de beaucoup de femmes.

Voici un tour d'horizon des moyens de contraception proposés en Suisse et décrits succinctement par catégories :

3.1 Catégorie des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) :

Ils contiennent un œstrogène et un progestatif. La pilule fait partie de cette catégorie.

Ils ont le même mécanisme d'action, (bloquer l'ovulation, épaissir la glaire cervicale et atrophier l'endomètre).

Ils comportent les mêmes contre-indications (migraines avec aura, hypertension, tabagisme au-delà de 35 ans, antécédent d'AVC ou d'infarctus, MTEV, cancer du foie ou du sein).

Ils exposent aux mêmes risques et ont les mêmes effets secondaires (décrits plus haut dans le chapitre risques).

La seule différence de ces moyens est la voie d'administration. Outre la pilule il est proposé :

- Anneau vaginal : se place dans le vagin pendant 3 semaines, puis une semaine de pause.
- Patch transdermique : s'applique sur la peau, un patch par semaine pendant 3 semaines puis une semaine de pause.

3.2 Catégorie des contraceptifs progestatifs :

- Pilule progestative : elle se prend en continu ce qui entraîne souvent des saignements aléatoires puis une disparition progressive de ceux-ci. N'ayant pas d'œstrogène, elle peut être prescrite chez les femmes ayant des contre-indications aux CHC.
- Injection trimestrielle : progestatif injecté toutes les 3 mois qui aboutit presque toujours à une absence de saignements. C'est le seul contraceptif connu pour provoquer un retard dans le retour de la fertilité à son arrêt et qui peut entraîner une ostéoporose (Quach, 2018).

Dans cette catégorie il y a également des contraceptifs dits de longue durée :

- Implant sous-cutané : il se pose sous la peau par un gynécologue et a une validité de 3 ans maximum. Les saignements peuvent être aléatoires, ce qui est une cause de retrait chez un tiers des femmes (Quach, 2018).

- Dispositif intrautérin (DIU) progestatif : Il se place dans l'utérus par un gynécologue pour une durée de 3 à 5 ans. Il peut également être posé chez les nullipares. Contrairement aux autres contraceptifs cités plus haut il ne modifie pas le cycle et n'inhibe pas l'ovulation du fait de son action locale. Il ne peut pas être posé en cas de malformations. Les risques liés à la pose sont une perforation, une malposition, un déplacement secondaire qui peut entraîner un échec de contraception. Tout comme les autres progestatifs, il entraîne une diminution voire une disparition des saignements.

3.3 Catégorie sans hormones :

- DIU au cuivre : il a les mêmes caractéristiques que le DIU progestatif pour la pose, les contre-indications et les risques. Son mode d'action est par contre différent ; il a un effet direct sur les spermatozoïdes par plusieurs actions afin de les rendre inactifs. Il peut provoquer des règles plus abondantes et plus douloureuses, et peut donc être inadapté à certaines femmes.
- Préservatif masculin : protection barrière ne permettant pas aux spermatozoïdes d'atteindre les voies génitales féminines. Avec le préservatif féminin il est le seul contraceptif offrant aussi une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). S'utilise à chaque rapport sexuel et est à usage unique. Son efficacité est grande, mais aussi très variable au regard de son utilisation correcte (Quach, 2018). Il peut provoquer des allergies dues au latex, mais des alternatives sans latex existent.
- Préservatif féminin : alternative au préservatif masculin ayant le même mode d'action. Du fait de sa faible utilisation, il n'est disponible en Suisse que dans les centres de santé sexuelle ou sur le site de Santé Sexuelle Suisse.
- Diaphragme : demi-sphère souple qui recouvre le col de l'utérus pour empêcher l'ascension des spermatozoïdes. Il doit obligatoirement être associé à un spermicide. Il se place avant chaque rapport sexuel. La mesure de la taille doit être faite par un médecin. Cependant en Suisse il n'est disponible qu'en taille unique et n'est donc pas adapté pour toutes les femmes.
- Stérilisation masculine ou vasectomie : méthode qui doit être envisagée comme définitive qui consiste à ligaturer les canaux déférents et donc à empêcher la présence de spermatozoïdes dans le sperme. Intervention rapide, en cabinet médical sous anesthésie locale. Il faut attendre trois mois pour que son efficacité soit maximale
- Stérilisation féminine : intervention qui consiste à ligaturer les trompes afin d'éviter la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde. Également à considérer comme définitive.

Intervention plus invasive que chez l'homme et nécessitant une anesthésie générale. Elle est efficace immédiatement.

- Méthodes d'auto-observation (MAO) ou Sympto-thermie: méthodes « fondées sur l'observation du cycle menstruel et des signes et symptômes qui marquent les périodes fertiles et infertiles du cycle (sex-i, 2019). Pour une meilleure fiabilité il est important de tenir compte de plusieurs signes comme la température, la consistance de la glaire cervicale et la position du col de l'utérus entre autres et d'acquérir ces connaissances par le biais d'une formation auprès de spécialistes sur une durée de plusieurs cycles. Elles nécessitent soit l'utilisation d'une méthode barrière soit l'abstinence pendant les périodes fertiles. Elles sont plutôt conseillées pour les femmes dès 20 ans, de par l'irrégularité des cycles à l'adolescence et la rigueur qu'elle demande pour être réellement efficace.

Tous ces moyens contraceptifs sont considérés comme fiables avec un indice de Pearl de moins de 1 avec un maximum de 6 pour le diaphragme (Annexe 2).

Nous pouvons constater qu'il y a autant de moyens de contraception avec hormones que sans hormones. D'autres méthodes naturelles existent mais qui ne sont pas décrites ici. En effet, du fait qu'elles ne sont pas considérées comme fiables elles sont donc à proscrire si une grossesse doit absolument être évitée.

Il est important de relever que le choix d'une contraception n'est pas forcément un choix pour la vie. En effet, des ménarches à la ménopause les circonstances et rythme de vie des femmes et des couples changent, les besoins ainsi que les attentes envers la contraception également. De plus, chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients, d'où l'intérêt d'avoir à disposition une large palette de choix. Cela devrait permettre à chaque femme de choisir à chaque moment de sa vie et en toute connaissance celui qui lui conviendrait le mieux en fonction de ses critères individuels. Mais comme nous allons le découvrir, dans la pratique ce n'est pas toujours le cas.

4. Facteurs influençant la prise de la pilule par rapport aux alternatives

Nous avons vu dans le chapitre de la prévalence que la pilule occupe en Suisse une position confortable avec ses quelques 33% d'utilisatrices. Chiffre qui démontre qu'elle a encore de beaux jours devant elle malgré que la tendance soit à une désaffection de celle-ci et une ouverture face aux alternatives. Mais toutes ces utilisatrices ont-elles vraiment choisi ce moyen de contraception ? Y'a-t-il une pression à l'utiliser ou un manque d'information qui oriente les femmes vers ce choix ? Nous allons nous attarder sur deux facteurs qui ont une

influence, dans certaines situations, sur le pseudo-choix des femmes en matière de contraception.

4.1 L'influence du corps médical

Prenons comme point de départ quelques points de la définition du bon prescripteur de contraception selon Martin Winkler :

- « Il connaît l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles (...) »
- Il tient compte de vos désirs, de vos angoisses et de votre situation, peut rectifier vos idées reçues et vous rassurer (...) »
- La contraception qu'il prescrit n'est pas celle qu'il préfère, mais celle qui vous convient le mieux.
- Il est prêt à réexaminer régulièrement votre méthode de contraception et à vous aider à en changer si c'est nécessaire (...) » (2001, p.299-300).

Pour tous les contraceptifs hormonaux, il faut un prescripteur, donc un médecin. La plupart du temps, il s'agit d'un gynécologue. De plus, ce dernier est en général l'interlocuteur de choix pour une femme lorsqu'elle veut parler de contraception.

Les points ci-dessus semblent devoir être la norme concernant les qualités requises d'un médecin qui accompagne une femme tout au long de sa période de fertilité. Cependant, dans la pratique il en est souvent autrement, comme l'illustrent ces témoignages :

- « Quand tu vas voir une gynéco pour avoir une contraception, elle te propose direct la pilule, elle ne te propose rien d'autre. (...) t'as pas le choix, c'est la pilule. » Jeune femme de 23 ans (Desjeux, C., 2008).
- « Quand une patiente vient me voir pour la première fois et demande une contraception, c'est la pilule que je prescris d'abord. (...) la pilule est quand même ce qu'il y a de plus fiable et de moins dangereux pour la santé. » Gynécologue femme (Desjeux, C., 2008).
- « Ça m'arrive que des patientes me demande une autre contraception que la pilule, mais j'essaye toujours de leur expliquer que c'est quand même le moyen de contraception le plus utilisé. Je leur dis, on voit d'abord avec la pilule et si ce n'est pas bien on essayera autre chose. » Gynécologue femme (Desjeux, C., 2008).

Nous voyons à travers ces témoignages que le gynécologue, par habitude ou par croyance, prescrit de prime abord la pilule comme contraception. Fait appuyé par un rapport de

l'inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en France cité par Dall'Aglio qui stipule qu'en France et en Suisse également « la contraception oestro-progestative est recommandée comme une méthode de première intention (...) elle est massivement prescrite sous forme de pilule » (2013, p.30).

Il n'y a pas de notion de discussion autour de la contraception. Les désirs ou les angoisses des femmes consultantes ne sont pas pris en compte. La possibilité de choix par la patiente n'est pas présente. De plus, des arguments comme le fait que ce soit plus fiable et moins dangereux est erroné comme nous l'avons vu plus haut. Le fait que ce soit le moyen de contraception le plus utilisé (en France) ne veut pas dire que ce soit celui qui convient à toutes les femmes.

Pour ce qui est de réexaminer la méthode de contraception et d'aider à en changer, là aussi des témoignages démontrent une réelle réticence des gynécologues à entrer en matière :

- « Quand j'ai eu le malheur de dire à mon médecin que je voulais arrêter la pilule pour ne plus bouffer d'hormones (sans remettre en cause la pilule) elle m'a répondu que c'était « ne pas respecter ce pourquoi ses camarades et elle s'étaient battues ». » (jarretelapilule.fr, 2017).
- « J'ai changé trois fois de pilule chez trois gynécologues différents qui ne m'ont jamais écouté et à chaque fois imposé une pilule qui ne me convenait pas. Je voulais un DIU, aucun n'a voulu m'en poser. » (jarretelapilule.fr, 2017).
- « Elle m'a fait la leçon, cela m'a tellement déstabilisée que du coup j'ai continué à prendre la pilule quelque temps ! » (jarretelapilule.fr, 2017).
- « Mon gynécologue m'a dit que j'étais complètement folle d'arrêter. Il continue d'ailleurs de me prescrire la pilule depuis 4 ans au cas où je changerais d'avis. Pour lui c'est le seul contraceptif fiable. » (Bucher, R., 2018).

Une hypothèse à cette réticence pourrait être le manque d'information des gynécologues eux-mêmes vis-à-vis des alternatives à la pilule ? Ce manque d'information pourrait entraîner la pensée que la pilule est le contraceptif le plus fiable et rend les autres moins efficaces ou dangereux ? Peut-être que le professionnel appréhende de proposer une alternative à la pilule par manque de connaissance et cela engendrera la peur que sa patiente se retrouve enceinte ou développe un problème de santé et que cela le lui soit reproché ? Alors que comme nous l'avons vu, la pilule n'est pas sans risques et n'est pas fiable à 100%.

Les fausses croyances et le manque d'informations peuvent mener à des statistiques comme celle citée par la Revue Médicale Suisse : 68% des gynécologues et 85% des médecins généralistes ne recommandent pas le DIU chez les jeunes femmes de moins de 25 ans. Cela malgré les recommandations faites par les États et les différentes sociétés de gynécologie-obstétrique. Ces réticences ont pour conséquences que l'information n'est pas transmise aux jeunes femmes. (Navarria, Julen, Narring & Yaron, 2015).

Dall'Aglio cite une étude européenne sur le comportement des prescripteurs de contraception qui révèle qu'un tiers des médecins interrogés n'avaient pas connaissance des dernières directives de l'OMS en matière de contraception. L'étude conclut que lors du choix contraceptif beaucoup de médecins ne prennent pas en compte la tolérance aux effets indésirables ou les inquiétudes liées à la contraception hormonale (2013).

Cependant, chez les femmes qui désirent arrêter la pilule, cette attitude du corps médical peut mener au fait qu'elles ne s'adressent plus à leur gynécologue pour les questions de la contraception et de ce fait la « bricolent » avec des moyens moins fiables qui peuvent mettre en péril la volonté de ne pas être confronté à une grossesse non désirée. Fait illustré une nouvelle fois par le sondage de Debusquat (2017) qui met en évidence que 41,6% des femmes qui stoppent la pilule ne font plus appel à un professionnel de la santé pour mettre en place un autre moyen de contraception.

Fort heureusement il existe aussi des gynécologues respectueux des désirs et des besoins des femmes, qui sont ouverts à d'autres alternatives. Des prescripteurs bienveillants comme décrit par le docteur Winkler. Les sites comme adopteunegynéco.wordpress.com en Suisse ou Gyn & co en France répertorient les médecins qualifiés sur ces critères afin d'aider les femmes à ne plus vivre ce qui est considéré comme une forme de maltraitance.

4.2 Le manque d'information

« Choisir une bonne méthode de contraception, adaptée et personnalisée, implique une bonne information » (Santé Sexuelle Suisse, 2018). Nous avons vu que ce n'est pas forcément auprès de leur gynécologue que les femmes trouvent l'information désirée sur toute la gamme des moyens de contraception. De ce fait, les sources d'information sont le plus souvent les pairs, les femmes de la famille et les médias. Cependant, chaque femme va parler de sa contraception selon son ressenti et son vécu et non de manière objective sur les avantages et inconvénients de manière générale. De plus une méthode contraceptive peut tout à fait convenir à une femme et pas du tout à une autre. De ce fait l'information n'est pas personnalisée. Les médias eux aussi livrent des informations plus axées sur les méfaits de la pilule, avec témoignages à la clé, plutôt qu'une description complète des alternatives. Des

sites spécialisés sont disponibles sur internet, mais les consulter relève d'une démarche de recherche ciblée.

Pour relever l'importance de l'information dans le choix d'une contraception, citons l'étude européenne CHOICE (l'étude est consacrée au choix entre les différents CHC) qui démontre que près de la moitié des femmes ayant recours à un conseil, donc à l'information en matière de contraception, ont choisi une méthode de CHC différente de la méthode qu'elles avaient envisagée au départ. De plus, une des conclusions de l'étude est qu'un dialogue éclairé entre les professionnels de la santé et les femmes encouragent les femmes à choisir d'autres méthodes de contraception. (Egarter et al., 2013)

Ces deux facteurs influencent largement le non choix si l'on peut dire des femmes au sujet de leur contraception. Comme le dit Dall'Aglio « Il est nécessaire de sortir du clivage où la médecine présente un contraceptif oral « idéal » à des femmes qui vivent et ressentent des effets que la médecine basée sur l'évidence ne peut démontrer. » (2013, p.38). Elle ajoute que les praticiens devraient saisir les enjeux de la pilule de manière à mieux adapter et répondre à une demande complexe. Elle souligne l'importance de fournir une plus ample information mais aussi d'explorer les représentations, le vécu et les attentes des femmes concernant le choix d'une contraception. Sa conclusion est la suivante : « Par cette attitude, la médecine, remettra les patientes au centre de leurs choix, en adoptant une position d'ouverture où le médecin n'est plus « celui qui sait » mais « celui qui conseille ». » (2013, p.38).

5. Atouts du spécialiste en santé sexuelle dans le choix d'une contraception

Dall'Aglio nous montre qu'il y a un réel potentiel d'amélioration dans l'approche du corps médical en matière de contraception, mais cette évolution, qui est déjà en marche est lente, comme tout changement dans divers domaines de la santé et dans la société en général.

En parallèle de cette évolution est-ce que le/la spécialiste en santé sexuelle (SSS) a un rôle à jouer dans l'accompagnement des femmes dans leur choix en matière de contraception ? Il/elle a-t-il une plus-value à apporter ? Pour moi la réponse est oui.

5.1 Le counseling

Un premier point est que contrairement aux médecins, les spécialistes en santé sexuelle sont formés au conseil. Cela par des cours de méthodologie du conseil et de conduite d'entretien, ainsi qu'un cours spécifique en conseil en contraception, ce qui amène le côté théorique nécessaire. Puis il y a la mise en pratique de ces éléments lors des stages dans les centres de santé sexuelle. Effectivement, les futurs SSS s'exercent au conseil avec des situations réelles,

encadrés et évalués par des professionnels aguerris et le conseil en contraception fait parti de ces situations. Ces entretiens peuvent être considérés comme du « counseling » qui est « une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix » (Walder-Lamas, A., 2018, p.51). Cette pratique se base sur la personne et part de la personne, de son parcours de vie, du contexte actuel, de ses besoins et de ses attentes. Elle facilite l'expression de la personne et permet à celle-ci de faire un choix de manière autodéterminée. Cette démarche est un énorme atout afin que les consultantes puissent faire un choix personnel et éclairé.

5.2 Le temps

Un deuxième point est le facteur temps. Les médecins sont souvent surchargés dans le cadre de leur consultation et n'ont pas forcément la possibilité d'approfondir la question de la contraception de manière individuelle à chaque femme en partant d'elle. En revanche dans les centres de santé sexuelle par exemple, le temps de consultation consacré à un accompagnement dans le choix d'une contraception peut être d'une heure et il peut y avoir plusieurs consultations au besoin. Autre avantage non négligeable, ce temps de consultation est gratuit.

Ce temps permet d'apporter l'information nécessaire pour faciliter le choix. En effet, nous avons le temps de décrire toutes les méthodes contraceptives, avec leurs avantages et inconvénients (appris lors du module 3 de la formation du DAS) ce qui est également un élément incontournable afin de faire un choix autodéterminé. En outre, ce temps permet également de compléter des informations sur des sujets annexes, comme l'anatomie et la physiologie du système reproductif féminin qui permet de mieux comprendre où se place un DIU ou comment fonctionne un CHC par exemple. Enfin, ce temps permet de répondre aux interrogations des femmes, à leurs inquiétudes et aux idées reçues qui sont véhiculées par les médias ou l'entourage. Des outils tels que des maquettes, des dessins, des fiches explicatives permettent d'illustrer les propos afin d'augmenter la compréhension et faciliter l'intégration des informations. L'information est primordiale lorsque la personne est face à un choix. Par ailleurs, avoir accès à une information complète de la gamme des méthodes de contraception permet à la femme, si elle le désire ou si elle est confrontée à devoir changer de contraception dans une autre période de sa vie, d'avoir connaissance de ce qui existe et ceci peut être rassurant dans le cadre d'un choix futur.

5.3 Attitude face à la « norme contraceptive »

Beaucoup de médecins sont soumis de façon consciente ou inconsciente à la « norme contraceptive », par habitudes, par facilité ou par croyance.

« Cette norme se construit à travers des pratiques et des temporalités prescrites : (...) il y a une « bonne contraception » : *préservatif* (dans les débuts des rapports sexuels), *préservatif et pilule, pilule* (lorsque la relation se stabilise), *stérilet* (après la naissance du premier enfant) » (Bajos et Ferrand, 2005, cité par Amsellem-Mainguy, 2010).

Cette norme est d'ailleurs confirmée par les statistiques de l'OBSAN que nous avons vu dans le chapitre de la prévalence. Au vu de cette réalité, les femmes ont une vision de la contraception formatée et laissant peu de place pour les alternatives contraceptives.

De par leur formation et leur expérience sur le terrain, les SSS rentrent moins dans cette norme et ils ont une vision plus globale de la contraception, à savoir que chaque femme est différente et que cette norme peut, pour beaucoup de raisons, ne pas être adaptée ou ne pas avoir de sens pour elle. Les SSS, en proposant d'autres alternatives à des moments charnières, ont l'opportunité de déconstruire cette norme afin d'ouvrir les possibilités quant à l'utilisation d'autres méthodes contraceptives en les présentant de manière systématique.

6. Quelles pistes d'évolution ?

Le but des deux chapitres ci-dessus n'est pas de mettre en compétition le corps médical et les SSS, mais plutôt de montrer à quel point ils peuvent être complémentaires. Cela est déjà une réalité dans la pratique. En effet, dans plusieurs centres de santé sexuelle en Suisse, médecin et conseiller·ère travaillent en binôme. Une première consultation est faite par le/la conseiller·ère afin de présenter toutes les méthodes contraceptives et d'accompagner la femme dans son choix par le counseling. Dans un deuxième temps, la femme a une consultation avec le médecin, afin de faire une anamnèse médicale, d'avoir une prescription de CHC, ou une pose d'implant ou de DIU si tel est le choix fait par la femme et s'il n'y a pas de contre-indications.

Cette façon de faire est également mise en pratique dans certains hôpitaux où les femmes ayant recours à une interruption de grossesse ou suite à un accouchement sont vues par le/la conseiller·ère afin de projeter un futur contraceptif et dans ce cadre hospitalier, la prescription ou la pose d'un moyen contraceptif peut être effectuée par les médecins.

Ce modèle est à mon sens tout à fait adapté pour que la femme ait une information complète sur tous les moyens à disposition et de ce fait puisse faire un choix autodéterminé et avoir accès à la contraception choisie sans réticences, jugement ou refus de la part du médecin.

Je pense également que cette façon de faire serait applicable entre les médecins installés en cabinet et les centres de consultation sexuelle qui n'ont pas de gynécologue sur place. Un partenariat pourrait être instauré sous forme de délégation du conseil en contraception par le médecin aux SSS, soit à la demande ou au besoin, soit de manière systématique.

Le défi serait de présenter ce concept aux médecins sans qu'ils se sentent mis en danger, ou qu'ils ressentent un risque de perte de pouvoir. Ceci en leur montrant la plus-value d'un partenariat avec la mise en valeur des compétences de chacun, de son savoir-faire et de ses connaissances avec pour but commun, la satisfaction de la femme. Qu'elle puisse faire un choix éclairé qui conduira à une meilleure adhésion à sa contraception et un bien-être physique et psychique augmenté.

7. Conclusion :

En préambule de cette conclusion, je tiens à préciser que lors de l'élaboration de ce travail, j'ai pris le parti de rester sur le côté pragmatique et tangible du sujet. Je n'ai donc que très peu abordé l'aspect sociologique et la pensée féministe concernant la pilule et la contraception de manière générale, qui pourrait faire l'objet d'un autre travail.

La pilule a eu un rôle primordial dans le changement de la condition de la femme dès les années 1960. Elle a été le commencement d'une contraception efficace, accessible, qui a permis de vivre la sexualité d'une manière différente, plus libre, et surtout différenciée de la reproduction et donc de la maternité. Elle a été vécue comme une innovation libératrice et reste encore aujourd'hui un symbole de révolution et d'émancipation de la femme. Grâce à ses avantages indéniables, sa notoriété et le grand intérêt que lui portent des milliers de femmes en Suisse, elle reste une méthode qui a sa place dans le paysage contraceptif actuel. Cependant, la dénonciation de ses dangers et de la banalisation de ses effets secondaires a contribué à créer une désillusion grandissante face à ce symbole de liberté et elle est remise en question par les femmes elles-mêmes. Comme l'évoque Debusquat, « Une nouvelle génération de femmes nous bouscule (...) Leur façon d'exiger que leur intégrité corporelle et leur opinion ne soient pas des options » (2017, p.254).

Aujourd'hui des alternatives à la pilule en matière de contraception existent. Donner aux femmes l'information et l'accès à ces alternatives, quand la pilule n'est pas ou plus une possibilité pour elles, est une façon de respecter leur intégrité et leur opinion.

Pilule ou pas, l'important est la notion de choix. Mettre toutes les méthodes contraceptives sur un pied d'égalité et qu'elles soient présentées de manière identique quant à leur efficacité contraceptive, avec leurs avantages et leurs inconvénients, permet un vrai choix.

Nous avons vu dans ce travail que par diverses influences, la réalité est autre. Et que même si le mouvement est en marche afin de changer cette situation, il y a encore du chemin à parcourir.

Cependant le but est que la femme puisse se sentir actrice dans son choix en tenant compte de ses désirs et de ses besoins, qu'elle se sente en accord avec elle-même, qu'elle ait la sensation et même la certitude d'avoir un contrôle sur sa contraception, peu importe la méthode choisie. Ce but devrait être commun à tous les professionnels accompagnants les femmes et ceci tout au long de leur vie de fertilité.

Dans ce sens le rôle à jouer par les spécialistes en santé sexuelle est premièrement de mener à bien leur mandat. Ceci en continuant de proposer un conseil en contraception personnalisé, gratuit et confidentiel, avec considération, et en donnant l'information nécessaire qui va permettre de faire un choix autodéterminé. Pour illustration, Cette prestation a été dispensée 31'278 fois à 14'368 femmes dans les centres de santé sexuelle en Suisse en 2016 (Santé Sexuelle Suisse, 2018).

Un deuxième rôle à exercer serait de faire mieux connaître nos prestations, notre plus-value, nos connaissances et notre engagement auprès des médecins. Ceci afin de pouvoir ouvrir des perspectives de partenariat, en démontrant avec quelle complémentarité nous pourrions aller dans le même sens : vers un horizon où la contraception serait vécue le plus sereinement possible, car la contraception a été une préoccupation pour toutes les civilisations au fil des siècles et le restera pour ceux à venir.

Bibliographie :

- Amsellem-Mainguy, Y. (2009). La première contraception, au-delà de la question de la fécondité: Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive. *Agora débats/jeunesses*, 53(3), 21-33. Consulté le 14.08.2019 sur <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2009-3-page-21.htm>
- Amsellem-Mainguy, Y. (2010). Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Politiques sociales et familiales. Fécondité et politiques publiques* n°100, 104-109. Consulté le 14.08.2019 sur https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2010_num_100_1_2531?q=pilule
- Badré, M., (2017). Les représentations sociales font-elles de la pilule contraceptive féminine un choix imposé ? *Biologie & Société 2017*, Université de Genève, consulté le 19.08.2019 sur <https://biologiesociete.wordpress.com/2017/05/10/les-representations-sociales-font-elles-de-la-pilule-contraceptive-feminine-un-choix-impose/>
- Bajos, N. & Ferrand, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ?. *Sciences sociales. Volume 22, n°3*, 117-142. Consulté le 25.07.2019 sur https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1630
- Bucher, R. (2018). *Arrêter la pilule : effet de mode ou geste pour sa santé ?*. Konbini. Consulté le 15.08.2019 sur <https://www.konbini.com/ch-fr/tendances-2/arreter-la-pilule-effet-de-mode-ou-geste-pour-sa-sante-on-a-pose-la-question-a-des-gynecologues/>
- Bureau de l'égalité entre femmes et hommes de la République et Canton du Jura. (2015). La contraception, une question d'égalité ? *D'égal à égale*, Edition n°15. Consulté le 01.08.2019 sur https://www.jura.ch/Htdocs/Files/v/18684.pdf/Departements/DFCS/EGA/Brochure_Egal-a-Egale-BD.pdf

- Dall’Aglia, A. (2013). *Pilule orale oestro-progestative : les préoccupations des femmes coïncident-elles avec celles des médecins ?* [Mémoire de Maîtrise en médecine]. Consulté le 22.07.2019 sur https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_6A55682C2FA7.P001/REF
- Debusquat, S. (2017). *J’arrête la pilule*. France : Les Liens qui Libèrent
- Debusquat, S. (2017). *Les femmes et la pilule : effets secondaires, arrêt et sevrage*. Consulté le 01.08.2019 sur <http://jarretelapilule.fr/wp-content/uploads/2017/08/SONDAGE-2017-LES-FEMMES-ET-LA-PILULE-Jarretelapilule-fr.pdf>
- Desjeux, C. (2008). La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale ». *Socio-logos*, 3. Consulté le 15.08.2019 sur <https://journals.openedition.org/socio-logos/1943>
- Desmille, S. (2017). *Révolutions sexuelles (1(2) : le droit au plaisir*. [Vidéo en ligne]. Consulté le 25.07.2019 sur <https://www.arte.tv/fr/videos/074562-001-A/revolutions-sexuelles-1-2/>
- Egarter, C., Frey Tirri, B, Bitzer, J., Kaminsky, V, Oddens, B., Prilepskaya, V., Yeshaya, A., Marintcheva-Petrova, M., & Weyers, S. (2013). Women’s perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study : a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Women’s Health*, 13 (9). Consulté le 15.08.2019 sur <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-13-9>
- Grégory Pincus. (2019). Dans *Wikipédia*. Consulté le 19.07.2019 sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Gregory_Pincus
- Ined, (2014). La contraception dans le monde. Consulté le 25.07.2019 sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>

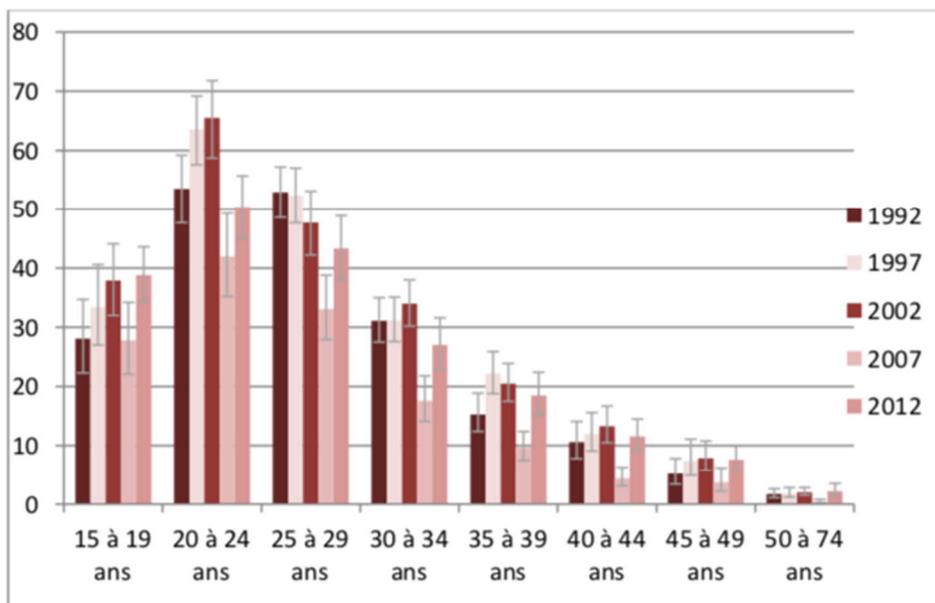
- Margaret Sanger. (2019). Dans *Wikipédia*. Consulté le 19.07.2019 sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Margaret_Sanger
- Netter, A. & Rozenbaum, B. (1985). *Histoire illustrée de la contraception : de l'antiquité à nos jours*. Paris : Roger Dacosta.
- Observatoire Suisse de la Santé. (2017). *Schweizerischer Verhütungsbericht*. Consulté le 25.07.2019 sur https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_59_3.pdf
- Quach, A. (2018). *Contraception : méthodes et critères de choix* (Module 3), HES-SO, Haute École de Travail Social.
- Navarria, I., Julen, O., Narring, F., Yaron, M. (2015). Un nouveau regard sur la contraception des adolescentes : pourquoi prescrire un dispositif intra-utérin en première intention ? *Revue Medicale Suisse*, 11, 78-81
- Saltel, D. & Decque, V. (2018). Le sexe comme objet – Savoirs et sexualité (3/4) : *Le petit comprimé qui a changé la face du monde, une histoire scientifique de la pilule*. [podcast]. Consulté le 29.07.2019 sur <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/le-sexe-comme-objet-savoirs-et-sexualite-34-le-petit-comprime-qui-a-change-la-face-du-monde-une>
- Santé Sexuelle Suisse (2018). *WORDL CONTRACEPTION DAY : la tendance est aux moyens de contraception sans hormones*. Communiqué de presse. Consulté le 15.08.2019 sur https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2018/09/WorldContraceptionDay_2018_Communique_f.pdf
- Sex-i, sexual health info, (2019). *La contraception : Méthodes de contraception sans hormones*. Consulté le 09.08.2019 sur <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/methodes-de-contraception-sans-hormones/>

- Walder-Lamas, A. (2018). *Le conseil en contraception*. (Module 3), HES-SO, Haute École de Travail Social.
- Winckler, M. (2001). *Contraceptions : mode d'emploi*. Vauvert, Au diable vauvert
- Zone subversives (2017). *Chroniques critiques : Les mouvements de la révolution sexuelle*. Consulté le 25.07.2019 sur <http://www.zones-subversives.com/2015/08/les-mouvements-de-revolution-sexuelle.html>

Annexe :

Annexe 1 :

Part des femmes utilisant des contraceptifs hormonaux (en %), 1992–2012, selon l'âge



Entre 1992 et 2012, on n'observe une tendance à la baisse pour la contraception hormonale que chez les femmes de 25 à 29 ans. Parmi les plus jeunes (de 15 à 19 ans), la tendance est même à la hausse.

source : OBSAN, rapport suisse sur la contraception (2017). Consulté le 25.07.2019 sur https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017schweizerischer-verhutuungsbericht//mm_rapport_de_contraception_f_2017_06_23.pdf

Annexe 2 :

Pregnancy rate (percent) during first year of use of contraceptives

	Typical use	Correct use
Most effective		
Intrauterine device		
Copper T or Mirena	<1	<1
Etonogestrel implant	<1	<1
Female sterilization	<1	<1
Vasectomy	<1	<1
Effective		
Depo-Provera (DMPA) injection	6	<1
Contraceptive patch	9	<1
Contraceptive pills		
Progestin-only or combination estrogen-progestin	9	<1
Contraceptive vaginal ring	9	<1
Diaphragm	12	6
Least effective		
Condom		
Male	18	2
Female	21	5
Sponge		
Previous births	24	20
No previous births	12	9
Cervical cap (FemCap)		
No previous births	14	N/A
Previous births	29	N/A
Fertility awareness-based methods		
Cervical mucus or ovulation	24	3
Symptothermal	24	0.4
TwoDay	24	4
Standards days	24	5
Withdrawal	22	4
Spermicides	28	18
No method	85	85

source : Quach, A. (2018). *Contraception : méthodes et critères de choix* (Module 3), HES-SO, Haute École de Travail Social.