

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Ecole de Sages-femmes

ANNÉE 2015

**La contraception des nullipares vue par les
médecins**

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGES-FEMMES

présenté et soutenu publiquement

le 5 mai 2015

par

Lauren DACCORD

Née le 1 juillet 1991 à Limoges

Monsieur Cristian Boghina.....Directeur du Mémoire

Madame Valérie Gagneraud.....Guidante du mémoire

Remerciements

A Cristian Boghina,

Qui a accepté de diriger ce travail.

Son enthousiasme et son écoute bienveillante ont favorisé la finalisation de ce mémoire.

A Valérie Gagneraud,

Pour sa disponibilité, son investissement dans ce travail et ses encouragements.

Qu'elle soit assurée de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins,

Qui ont eu confiance en mon travail et ont accepté de participer à mes entretiens,

Qu'ils soient assurés de l'expression de ma sincère gratitude.

A mes parents, mes frères et sœur,

Pour leurs encouragements et leur disponibilité,

Qu'ils trouvent dans ce travail le témoignage de mon affection.

A mon frère Gauthier,

Pour la relecture de ce travail,

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance et de mon attachement.

A Amélie, Anne-Sophie, Célia, Delphine, Mathilde, Mélissa et Pauline,

Pour ces quatre années passées à vos côtés,

Soyez assurées de mon amitié la plus sincère.

Table des matières

Introduction.....	6	
Première partie : pratique des professionnels de santé concernant la contraception des nullipares		8
1. La nulliparité	8	
1.1. La nullipare adolescente	8	
1.2. La nullipare adulte	9	
2. La contraception de la nullipare	10	
2.1. La contraception hormonale orale ou « pilule » [14] [15] [16] [17]	10	
2.1.1. Les progestatifs	10	
2.1.2. Les œstroprogestatifs	10	
2.1.3. Le Dispositif Intra Utérin : DIU.....	11	
2.1.4. L’anneau contraceptif.....	13	
2.1.5. L’implant	13	
2.1.6. Le patch contraceptif.....	14	
2.1.7. Les méthodes contraceptives barrière	14	
2.1.8. Les autres méthodes contraceptives.....	15	
2.2. La prescription de contraception chez les nullipares	15	
2.2.1. Les recommandations.....	16	
L’OMS.....	16	
La HAS.....	17	
3. Le choix de la contraception en France	18	
3.1. Etat des lieux en 2012-2013	18	
3.2. Freins à l’accès à une contraception adaptée	19	
3.2.1. Freins en lien avec la contraception	20	
3.2.2. Freins du côté des professionnels de santé	22	
3.2.3. Freins du côté des usagers [3].....	22	
3.3. Vers un changement du paysage contraceptif ? [34]	23	
Deuxième partie : protocole de recherche.....		25
1. Problématique	25	
2. Objectifs	25	
3. Hypothèses.....	25	
4. Méthodologie de recherche	26	
4.1. Type d’étude.....	26	
4.2. Intérêt	26	
4.3. Population	26	
4.4. Variables	27	
5. L’organisation de la recherche.....	27	
Troisième partie : analyse de discours et discussion.....		28
1. Présentation de l’étude	28	
1.1. Présentation de la population	28	
1.2. Forces et faiblesses de l’étude	29	
2. Hypothèse principale	30	
2.1. Le déroulement de la consultation de contraception	30	
2.2. La représentation de la nullipare.....	31	
2.3. Attitude des médecins envers leurs patientes.....	31	

2.4. L'interrogatoire.....	32
2.4.1. La recherche des antécédents.....	32
<i>Les pathologies thromboemboliques</i>	32
<i>Le tabagisme</i>	33
<i>Antécédents de cancer du sein</i>	33
<i>Les prises médicamenteuses</i>	33
<i>Attentes, besoins et habitudes de vie de la patiente</i>	34
2.5. La prescription	35
2.5.1. Information concernant l'ensemble des contraceptions disponibles	35
2.5.2. Le choix final de la contraception	36
2.6. Quelle contraception ?.....	37
2.6.1. La pilule œstroprogestative.....	37
2.6.2. Les autres contraceptions œstroprogestatives.....	39
2.6.3. Les progestatifs oraux.....	39
2.6.4. L'implant	40
2.6.5. Le dispositif intra-utérin.....	41
2.6.6. Les autres méthodes contraceptives.....	43
2.7. L'examen clinique, général et gynécologique.....	44
2.7.1. Nullipares adultes	44
2.7.2. Nullipares adolescentes.....	45
2.8. Les examens complémentaires	47
2.8.1. Le bilan métabolique.....	47
2.8.2. Le frottis cervico-vaginal	47
2.8.3. Le prélèvement vaginal.....	48
2.8.4. Bilan de thrombophilie	48
2.8.5. Autres bilans sanguins.....	49
2.8.6. Echographie.....	49
2.9. Durée de la consultation	50
2.10. Conseils et informations.....	50
2.11. Suivi des patientes au long cours	51
2.12. Suivi des recommandations.....	51
2.13. Influence des protocoles et habitudes de service.....	52
2.14. Conclusion.....	52
3. Hypothèse secondaire	54
3.1. Stéréotypes concernant le DIU	54
3.1.1. La douleur à la pose	55
3.1.2. La difficulté de pose	57
3.1.3. Infection et fertilité.....	57
3.1.4. DIU hormonal.....	59
3.1.5. Le DIU, un phénomène de mode	59
3.1.6. Discours négatif en général	59
3.2. Stéréotypes concernant les implants	62
3.3. Stéréotypes concernant l'anneau contraceptif et le patch contraceptif	63
3.3.1. L'anneau.....	63
3.3.2. Le patch.....	63
3.4. Stéréotypes concernant la pilule	64
3.4.1. La pilule œstroprogestative, la référence	64
3.4.2. La pilule, la crainte des hormones et des complications.....	65
3.5. Stéréotypes concernant les méthodes naturelles et les méthodes barrière.....	66
3.6. Représentations concernant les patientes	67
3.7. Conclusion.....	68
Conclusion.....	70

Références bibliographiques	72
Annexes.....	77
Annexe 1.....	78
Annexe 2.....	79
Annexe 3(1/2).....	80
Annexe 3(2/2).....	81
Annexe 4 : Grille d'entretiens.....	82
Annexe 5 : Entretien avec le Docteur D le 22/05/2014.....	85
Annexe 6 : Entretien avec le Docteur I le 23/10/2014.....	96
RESUME.....	108

Introduction

La contraception hormonale œstroprogestative a récemment été au cœur d'un débat médiatique. Plusieurs jeunes femmes ont intenté des procédures judiciaires contre le directeur d'un laboratoire pharmaceutique et l'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) à la suite de complications thromboemboliques ayant provoqué de graves séquelles. [1] L'utilisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations a été questionnée, dans la mesure où elle majore les risques cardiovasculaires. Il en a résulté une remise en question des pratiques professionnelles car il s'agit du premier moyen de contraception utilisé par les nullipares. [2]

La controverse suscitée a favorisé la réalisation d'un état des lieux par la Haute Autorité de Santé (HAS) des pratiques contraceptives en France, mettant en évidence un phénomène de normes contraceptives établies. En effet, certaines méthodes sont valorisées en fonction des phases de la vie sexuelle. [3] Les professionnels restreignent la contraception des nullipares à l'utilisation de la pilule. Depuis plusieurs années déjà, le DIU non hormonal a été introduit par les groupes d'experts comme une alternative, mais finalement a été très peu proposée à cette catégorie de population. Certaines réticences persistent de la part des professionnels à en poser aux nullipares. [3] [4]

Dans un contexte de remise en question du modèle contraceptif actuel, nous avons pensé que les représentations concernant la contraception ont une influence sur la pratique des médecins et conditionnent le déroulement de leurs consultations ainsi que le choix final du contraceptif. Cette hypothèse pourrait les éloigner des recommandations émises par la HAS concernant le déroulement des consultations de contraception.

Dans un premier temps, nous définirons la nullipare et ses particularités. Puis nous décrirons le panel des méthodes contraceptives utilisables à l'heure actuelle, leurs caractéristiques, et le positionnement des groupes d'experts concernant leur usage. Ensuite, nous détaillerons les bonnes pratiques en matière contraceptive proposées par la HAS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Enfin, nous ferons un état des lieux de la contraception des nullipares en France avec en parallèle, une recherche concernant les freins à l'accès à une contraception adaptée du côté des professionnels de santé.

Afin d'obtenir des éléments précis sur le déroulement des consultations et pratiques en matière de prescription contraceptive, il nous a semblé pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens du Limousin. Nous avons cherché à connaître leurs pratiques professionnelles, leur positionnement concernant les recommandations de la HAS et leurs arguments en cas de désaccord. L'analyse du contenu des entretiens nous permettra de mettre en évidence la présence d'éventuels stéréotypes identifiés chez les professionnels de santé. De plus, nous verrons si les caractéristiques des différents praticiens interrogés ont une influence sur leurs pratiques. Nous terminerons par l'analyse de nos résultats qui seront mis en perspective avec les données de la littérature à notre disposition.

Première partie : pratiques des professionnels de santé concernant la contraception des nullipares

1. La nulliparité

Ce terme désigne une femme qui n'a jamais accouché. La nullipare fait opposition à la multipare, qui par définition, a accouché plusieurs fois. [5]

Une nullipare n'est pas nécessairement nulligeste (qui n'a jamais été enceinte) et peut avoir des antécédents obstétricaux.

Nous pouvons distinguer deux populations de nullipares : la nullipare « adolescente » et la nullipare « adulte ».

1.1. La nullipare adolescente

L'adolescence est une période d'évolution, située entre l'enfance et l'âge adulte. Durant cette période se produit la puberté, caractérisée par un ensemble de phénomènes de maturation somatiques et psychiques. [6] [7]

La durée de l'adolescence n'est pas précisément fixée et il existe de nombreuses définitions. Selon l'OMS, la période de l'adolescence s'étendrait de 11 à 24 ans. Pour les sociologues, l'adolescence commence avec l'apparition de la puberté et se termine quand l'individu s'est fait une place dans la société. [8]

La nullipare adolescente désigne l'adolescente qui n'a pas encore eu d'enfant, qui n'a jamais accouché.

Cette période est marquée par d'importants remaniements sur les plans biologique et psychologique [7] [8]:

- Modifications hormonales
- Modifications physiques
- Modifications psychologiques

Les modifications physiques vont entraîner un éveil de la sexualité et un intérêt nouveau pour les individus de l'autre sexe.

Selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED), l'âge du premier rapport sexuel est en moyenne de 17,2 ans pour la femme, et de 17,6 ans pour l'homme. [9] [10]

1.2. La nullipare adulte

L'adulte correspond à une personne ayant atteint ou dépassé l'âge de 20 ans environ selon une définition du dictionnaire Larousse. [11] Dans la littérature, la définition de l'adulte est parfois moins précise : les critères de maturité et de plein développement sont pris en compte. Le début de l'âge adulte va dépendre d'une multitude de facteurs personnels, culturels, économiques, sociaux, et peut arriver plus ou moins tard en fonction de chaque individu. [8] Il est donc difficile de définir précisément quand se termine l'adolescence et quand débute l'âge adulte.

La nulliparité adulte correspond à une catégorie de nullipares sorties de l'adolescence. L'âge moyen de conception du premier enfant en 2010, en France, était d'environ 28 ans (selon des sources de l'INSEE). [12] Cependant, une femme peut concevoir son premier enfant à tout âge, dans la limite de ses capacités de procréation. Il existe donc des nullipares adultes dont les âges s'étalent de l'adolescence à la proche ménopause.

Cette catégorie de femmes se caractérise le plus souvent par une vie sexuelle active. Tous les âges de femmes nullipares peuvent être représentés. L'activité sexuelle varie en fonction de différents critères : générationnel, culturel, scolaire et selon les styles de vie.

Il n'existe pas d'étude précise sur la sexualité des femmes en fonction des âges. Toutefois, la multiplicité des partenaires et la fréquence des rapports sexuels seraient plus élevés chez la femme jeune. En conséquence, le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) serait majoré.

2. La contraception de la nullipare

La contraception consiste à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé¹. L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl ®. [13]

2.1. La contraception hormonale orale ou « pilule » [14] [15] [16] [17]

La contraception orale ou « pilule », se présente sous forme de comprimés. Elle doit être prise à heure fixe, quotidiennement, mais un délai d'oubli est permis variant de 3 à 12 heures en fonction des pilules. Elle est vendue en pharmacie sous forme d'une plaquette contenant 21 à 28 comprimés. Il existe plusieurs types de pilules en fonction des dérivés hormonaux contenus dans les comprimés² et de leur dosage³. [14] [15]

2.1.1. Les progestatifs

Ils agissent au niveau de la glaire cervicale et de l'endomètre : ils assurent la coagulation de la glaire, et la muqueuse utérine devient non réceptive à la nidation. [14] [16]

Elle est contre-indiquée chez la femme ayant un accident thromboembolique veineux évolutif, des saignements génitaux inexpliqués, un cancer du sein ou de l'utérus, une pathologie hépatique actuelle ou ancienne. [17]

2.1.2. Les œstroprogestatifs

La méthode combinée œstroprogestative possède trois niveaux d'action [14] [15] :

- Niveau hypothalamo-hypophysio-ovarien
- Niveau endométrial
- Niveau de la glaire

¹ La contragestion est la nidation de l'œuf fécondé.

² C'est la génération de la pilule

³ Le dosage des dérivés hormonaux peuvent varier dans une même plaquette. La pilule possède alors plusieurs phases.

Il existe différents produits en fonction de [annexe 1] :

- La génération de la pilule
- Le nombre de phases

Elle est contre-indiquée chez les femmes ayant un risque de thrombose artérielle ou veineuse, une pathologie vasculaire ou cardiaque, les femmes hypertendues, diabétiques à un stade avancé, ayant des migraines avec aura, etc. [17]

Selon la HAS, « *La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de première intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier* » et « *la contraception progestative est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale* ». [16]

Il s'agit du premier moyen de contraception des françaises, 70% l'utilisent [2]. C'est une méthode contraceptive très efficace à 99,9 %, et les pilules progestatives à 99,5 %. [15]

Les effets indésirables

Ils sont variables en fonction des composants de la pilule, et en fonction du dosage. Parmi les effets secondaires majeurs, il existe une augmentation du risque d'hypertension artérielle liée à la dose d'œstrogènes de la pilule, et un risque d'accidents vasculaires. Il existe également des effets secondaires mineurs comme des troubles gynécologiques (spottings dans 20 % des cas, aménorrhée, leucorrhée), un retentissement pondéral (prise de poids), des poussées d'acné en lien avec l'utilisation de progestatifs, ou encore des céphalées. [15]

2.1.3. Le Dispositif Intra Utérin : DIU

Il s'agit d'un dispositif inséré dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme au cours d'une consultation. Il en existe deux types. Selon le modèle, ils doivent être retirés dans un délai de 3 à 10 ans, ou à tout moment. [14] [15]

Le DIU au cuivre

Il est en plastique et possède un ou plusieurs manchons de cuivre. Le cuivre exerce une action mécanique empêchant l'implantation de l'œuf. Il possède aussi une action spermicide. [14] [15]

Le DIU hormonal

Il délivre en continu de la progestérone (le lévonorgestrel) qui augmente l'épaisseur des sécrétions au niveau du col utérin et empêche ainsi les spermatozoïdes de le franchir. Il ralentit également le transit de l'œuf vers la trompe. Au niveau de l'endomètre, les glandes sont atrophiées, d'où une diminution de la vascularisation des gros vaisseaux, ainsi qu'une réaction inflammatoire rendant alors l'endomètre impropre à la nidation.

Les contre-indications absolues sont les antécédents d'infections pelviennes récentes ou récidivantes, les antécédents de grossesses extra-utérines, les malformations utérines, les polypes endo-utérins et fibromes sous-muqueux. [14] [15]

Il s'agit du deuxième moyen de contraception utilisé. En France, 19% des femmes l'utilisent, soit 2 à 3 millions de françaises. [17]

Ils sont efficaces à 99 %. [15]

Selon l'OMS : « *Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés* » [16]

Selon la HAS « *Il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action [...]. Les DIU sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises)* ». [16]

Les effets indésirables

Les DIU au cuivre peuvent allonger la durée des règles et leur volume. Les DIU hormonaux peuvent avoir un effet androgénique et entraîner une prise de poids et des poussées d'acné, des spotting ou au contraire une aménorrhée. [15]

2.1.4. L'anneau contraceptif

L'anneau contraceptif commercialisé sous le nom de Nuvaring® est un œstroprogestatif combiné. Il s'agit d'un anneau flexible en plastique poreux. Il est inséré par l'utilisatrice au fond de son vagin : les hormones sont délivrées au travers des parois vaginales et passent dans la circulation sanguine. Il est inséré pour une période de trois semaines et retiré durant la semaine qui correspond à la période de règles. A la fin de cette quatrième semaine, un autre anneau est mis en place. [14] [15]

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), il est généralement utilisé comme contraceptif de deuxième intention lorsque la contraception orale n'est pas envisageable. Bien utilisé, l'anneau a une efficacité semblable à celle d'une pilule combinée. Cependant les erreurs d'utilisation sont possibles, et le taux d'échec de ce mode de contraception s'élève alors à 0,4%. [15]

Les contre-indications principales et les effets indésirables sont les mêmes que ceux d'une pilule combinée. De manière plus spécifique, l'utilisation de l'anneau contraceptif est contre-indiquée en cas de prolapsus utérin et saignements vaginaux. [15]

2.1.5. L'implant

L'implant ou Nexplanon® utilise un progestatif seul. Il s'agit d'un petit bâtonnet en plastique cylindrique, de la taille d'une allumette, inséré par un professionnel au niveau du sillon entre le biceps et le triceps dans la face interne du bras, après anesthésie locale de la peau. Il peut être retiré à tout moment par un professionnel par une légère incision au niveau de son lieu de pose. Il diffuse le progestatif qu'il contient sur une durée de trois ans. L'hormone qu'il diffuse inhibe l'ovulation. [14] [15]

Pour l'OMS, « *Les méthodes progestatives [...] par implant sont classées au rang des méthodes toujours très efficaces* ». C'est une méthode efficace à 99,9 %. [16]

Les principaux effets indésirables et contre-indications restent les mêmes que ceux des progestatifs. [15]

2.1.6. Le patch contraceptif

Le patch contraceptif ou Evrapatch ® est un œstroprogestatif. C'est un timbre contraceptif qui se colle à la peau. Il agit par diffusion des hormones par voie transdermique. L'utilisatrice colle un patch par semaine pendant trois semaines, puis la quatrième semaine, ne pose aucun patch. L'action contraceptive est de quatre semaines. [14] [15]

Selon l'INPES, le patch contraceptif ne peut pas être proposé à toutes les femmes, il est donc prescrit en seconde intention, après avoir écarté les autres moyens contraceptifs. [15]

Utilisé de manière rigoureuse, le patch a une efficacité similaire à celle de la pilule combinée. Cependant il existe de nombreuses erreurs d'utilisation (oubli, décollement, utilisation trop longue ...) qui diminuent son efficacité aux environs de 91 %. [15]

Le patch possède les mêmes effets secondaires et contre-indications que la pilule œstroprogestative. [14] [15]

2.1.7. Les méthodes contraceptives barrière

Il en existe plusieurs sortes : leur but est de bloquer mécaniquement le passage des spermatozoïdes. [15]

- Le préservatif : il est en latex ou polyuréthane. Il peut être masculin (15% d'échec) ou féminin (21% d'échec). Bien utilisé, le taux d'échec est de 2% avec le préservatif masculin et de 5% avec le préservatif féminin. Il s'agit du seul moyen de contraception protégeant des IST selon l'INPES.
- L'obturateur vaginal : en latex ou en silicone. Il doit être utilisé en association avec un spermicide pour une meilleure efficacité, et doit être laissé 8h après le rapport sexuel.
 - La cape cervicale : son efficacité varie de 68 à 84 %.
 - Le diaphragme : efficace à 84%.

2.1.8. Les autres méthodes contraceptives

Les méthodes naturelles [15] : la HAS rappelle que ces méthodes ont une efficacité moindre que celle de la contraception hormonale ou par DIU [17]

- L'abstinence périodique ou méthode Ogino consiste à éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours « fertiles » qui précèdent et suivent l'ovulation.
- La méthode des températures : la température habituelle des femmes s'élève de 0,2 à 0,4°C pendant la période d'ovulation. Ainsi, les femmes déterminent le moment de leur ovulation en fonction de leur température, et évitent les rapports pendant cette période et quelques heures après.
- Observation de la glaire cervicale ou « méthode de Billings » : la femme examine sa glaire entre ses doigts. La glaire est plus abondante et plus fluide à l'approche de l'ovulation.
- La méthode du retrait
- La méthode MAMA : contraception par l'allaitement maternel

Les progestatifs injectables : La méthode repose sur l'injection d'un progestatif de synthèse en intra-musculaire tous les 3 mois et assure durant cette période une contraception constante. Ils sont efficaces à 99,7% quand ils sont bien utilisés. Elle a les mêmes effets secondaires que l'implant. [15] Selon une étude sociologique concernant l'usage de la contraception, sa prescription semble plutôt circonscrite au contexte psychiatrique. [18]

Les spermicides : sont des substances qui inactivent et détruisent les spermatozoïdes. Ils ont une efficacité aléatoire. Ils sont généralement à utiliser en association avec une méthode contraceptive barrière. [15]

2.2. La prescription de contraception chez les nullipares

La contraception doit être adaptée à chaque femme. Elle doit être l'aboutissement d'une démarche médicale partagée entre la patiente (ou le couple) et le professionnel de santé.

Les différents groupes d'experts tels que l'OMS, l'INPES ou la HAS ont publié des rapports concernant les bonnes pratiques à adopter pour faciliter le choix d'une contraception.

2.2.1. Les recommandations

L'OMS

L'OMS a mis en place le modèle «BERCER» qui propose le déroulement d'une consultation de contraception type en 6 étapes. [19] [20]

- B = Bienvenue : temps d'accueil qui vise à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la patiente. Le professionnel explique le déroulement de la consultation et l'organisation du suivi.
- E = Entretien : temps du recueil d'informations (les antécédents, les habitudes de vie...). Le praticien recueille les besoins et les souhaits de la consultante.
- R = Renseignements : le professionnel doit donner des informations claires et adaptées. Il est essentiel que celui-ci s'assure de la compréhension des informations et conseils prodigués à la patiente.
- C = Choix : la décision finale qui appartient à la patiente seule.
- E = Explication : discussion autour de la méthode choisie.
- R = Retour : consultation de suivi pour réévaluer la méthode.

L'OMS rajoute un paragraphe sur les spécificités liées à l'adolescente [21]:

- Elle doit être reçue sans ses parents
- L'examen gynécologique et le bilan sanguin ne sont pas nécessaires lors de la première consultation.
- La neutralité du professionnel est importante. Il ne doit pas avoir d'a priori ni porter de jugement sur la vie sexuelle de sa patiente adolescente.
- Le professionnel doit adapter son discours et adopter des méthodes de communication spécifiques car l'adolescence est une période de croissance sociale et cognitive.
- La contraception d'une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier rapprochés.

En 2004, l'INPES associé à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) reprennent les idées du modèle «BERCER» de l'OMS dans un dossier de presse sur les « *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* ».

Leur discussion aboutit à des conclusions et recommandations résumées en 15 messages-clefs. [21]

La HAS

En 2013, la HAS publie une fiche mémo intitulée « *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes* » : elle explique le but de la consultation de contraception ainsi que son bon déroulement. [17]

Plusieurs points sont développés :

- Un choix personnalisé avec une information éclairée de la patiente
- Une consultation dédiée : le choix de contraception doit constituer un temps essentiel du suivi gynécologique. Une consultation d'échange et de discussion doit avoir lieu entre le professionnel et la patiente.
- Un entretien qui recueille un large champ d'informations concernant tous les antécédents de la patiente, son mode de vie, sa vie sexuelle, ses traitements en cours.
- Des examens clinique et biologique qui visent à rechercher des contre-indications et à s'inscrire dans une démarche de prévention.
- Des informations concernant chaque méthode de contraception avec ses avantages, ses inconvénients et ses modalités d'emploi.
- Un suivi à long terme spécifique à la contraception choisie par la patiente et le professionnel.

Une fiche mémo spécifique à l'adolescente est également conçue. [22] [23] Il y est spécifié que :

- L'adolescente doit être reçue sans ses parents.
- La prise en charge est gratuite et confidentielle dans les centres de planification ou d'éducation familiale.
- La démarche de conseil doit être adaptée à l'âge et aux besoins.
- L'examen gynécologique peut être différé.

Récemment, la HAS a publié un rapport intitulé « *Choisir sa contraception avec un professionnel de santé* ». [24]

Les conseils portent sur le déroulement d'une consultation de contraception. Le rapport explique l'importance de l'accueil et de l'écoute de la personne qui consulte dans son choix de contraception. Il s'agit de faire verbaliser son souhait de manière explicite et de faire le point sur les possibilités qui s'offrent à la patiente. Le but de cette consultation sera de choisir conjointement une contraception (patiente et professionnel), et d'en expliquer toutes les particularités, de sorte que la patiente soit bien informée et puisse faire un choix libre et éclairé. [25]

3. Le choix de la contraception en France

3.1. Etat des lieux en 2012-2013

En 2013, la HAS fait un état des lieux des pratiques contraceptives en France. Les experts en sciences sociales rapportent un phénomène de normes contraceptives établies : des méthodes sont valorisées en fonction des phases de la vie sexuelle. Le début de la vie sexuelle est marqué par l'usage du préservatif, puis par le recours à la pilule quand elle se régularise. Enfin, l'utilisation du DIU se développe vers 30-35 ans, généralement quand la femme a eu un ou plusieurs enfants. [3]

Cependant, depuis le début des années 2000, le paysage contraceptif a connu des évolutions notables, notamment en lien avec la loi Aubry de 2001 qui a facilité l'accès à la contraception. De plus, de nouvelles méthodes hormonales sont apparues sur le marché comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal. [26]

La pilule est la méthode la plus prescrite et utilisée par environ 45 % des femmes avant l'âge de 40 ans. La majorité de ces pilules sont œstroprogestatives et moins de 15 % des pilules utilisées sont progestatives. [3] Cependant son utilisation est en légère diminution depuis les années 2000, compensée par le recours aux autres méthodes hormonales utilisées par environ 4 % des femmes. La pilule reste majoritairement utilisée par les femmes nullipares de 18 à 29 ans. [26]

Le DIU est utilisé par environ 21 % des femmes, son usage est lié à la parité. Malgré les recommandations émises par la HAS en 2004, seulement 1 % de ces femmes sont des nullipares. [3]

Le préservatif est majoritairement utilisé par les femmes en début de vie sexuelle : environ 50% des 15-17 ans utilisent le préservatif comme moyen de contraception.

En 2013, le recours aux autres méthodes contraceptives concerne 6,3 % des femmes. [26]

Chez une patiente nullipare en 2013, les gynécologues prescrivent majoritairement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Les médecins généralistes prescrivent majoritairement des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations. [3]

En 2013, la HAS fait le constat suivant : les recommandations des organismes de santé sont peu suivies par les professionnels de santé. Le choix de la contraception en France reste relativement figé depuis les années 1970. Or, ces recommandations précisent que le DIU peut être utilisé comme stratégie contraceptive à tous les âges, y compris pour les nullipares. D'autre part, la commission de transparence précisait que la pilule de 3^{ème} génération n'était indiquée qu'en seconde intention.

Ceci est souvent la conséquence de connaissances erronées sur les modalités d'utilisation des méthodes contraceptives, par les patientes comme les professionnels de santé.[3] [26] [27]

3.2. Freins à l'accès à une contraception adaptée

En 2013, la HAS s'est intéressée à l'accès à une contraception adaptée pour chaque femme. Le groupe d'experts met en évidence un certain nombre de freins en lien avec les patientes, mais aussi en lien avec les professionnels de santé. [3]

3.2.1. Freins en lien avec la contraception

Polémique autour de la pilule

Depuis son autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1960, la pilule a rencontré un vif succès de part sa facilité d'utilisation. En France, elle a été commercialisée en 1967 et elle représente un des symboles de la liberté sexuelle féminine. [28]

Mais la contraception hormonale œstroprogestative a récemment fait l'objet de controverses. Plusieurs jeunes femmes ont entamé des procédures judiciaires. Au cours de l'année 2012, une jeune femme devient lourdement handicapée et porte plainte contre le laboratoire Bayer® et contre le directeur de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Elle rend la pilule responsable de son accident vasculaire cérébral. [1]

Le risque thromboembolique veineux est évalué à 0,02 % par an avec les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations, alors qu'il passe à 0,04 % avec celles de 3^{ème} génération. Ainsi, en 2012, la HAS a recommandé de n'utiliser les pilules de 3^{ème} génération qu'en deuxième intention. Des études ont confirmé qu'il existait un sur-risque d'évènements thromboemboliques veineux et aucun bénéfice par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} et 1^{ère} générations. Suite à ces études, les pilules de 3^{ème} génération ont été déremboursées. [29]

Cependant, la HAS conclut par le fait que le sur-risque engendré par la pilule de 3^{ème} génération ne justifie pas un arrêt et un changement de prescription dans la mesure où celle-ci est bien tolérée. [30]

Depuis, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens a enregistré une diminution de 34 % des ventes des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, et une hausse des ventes de 26,5 % des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations. [31]

Le DIU : cas du Dalkon Shield

Dans les années 1970, la société Dalkon Corporation commercialise un DIU : le Dalkon Shield®. Son utilisation a été à l'origine d'une augmentation des infections pelviennes, voire du décès de certaines patientes. Ce DIU était fabriqué avec des brins multiples en acétate de vinyle et d'éthyle favorisant les infections ascendantes. Les composants ont été modifiés sur les modèles actuellement commercialisés. Aujourd'hui, les méta-analyses montrent toutefois

que les dispositifs intra-utérins n'augmentent pas les infections pelviennes chez les utilisatrices.

Ce scandale a rendu le DIU très impopulaire. Après cette polémique, son innocuité auprès des patientes a été remise en cause.

Cet épisode a marqué les esprits aux Etats-Unis et son utilisation reste toujours faible dans ce pays. Le DIU reste également largement sous-utilisé en France en comparaison avec les pilules œstroprogestatives. Des représentations négatives du DIU, notamment en lien avec le scandale du Dalkon Shield®, ont émergé dans la population des professionnels de santé et des patientes, constituant un véritable frein à l'utilisation du DIU. Il en résulte une méconnaissance des risques et des contre-indications en lien avec le DIU de la part des professionnels de santé tout comme des patientes. Il existe en particulier une croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares, et une surestimation des complications liées au DIU comme le risque de grossesse extra-utérine, d'infections pelviennes ou même de stérilité. [32]

Toutes ces représentations concourent à une sous-utilisation de la contraception intra-utérine chez la nullipare.

L'implant [33]

L'origine des implants remonte au début des années 1960. Il avait pour objectif une meilleure acceptabilité, une observance obligée et indépendante des patientes, et ce, pendant une longue durée. Le premier implant, le Norplant®, a vu le jour en 1983, commercialisé par la firme finlandaise Leiras. En France, l'Implanon® fut commercialisé, puis retiré du marché en raison de complications, et remplacé par le Nexplanon®.

Selon les sources du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), une enquête non publiée interrogeant 42 étudiantes sages-femmes françaises a montré que la contraception implantable était plus acceptable que les injections de progestatifs mensuelles ou trimestrielles, et plus acceptable que la méthode de l'anneau vaginal. Cependant, elle reste moins acceptée que la méthode par contraceptifs oraux. Dans un rapport en 2013, la HAS explique que l'appréhension des effets secondaires générés par l'implant comme la prise de poids ou les saignements peuvent être un frein à l'accès à cette contraception. [17] De plus, un

amalgame est souvent fait par les professionnels de santé qui considèrent que la contraception implantable a remplacé les progestatifs injectables qui étaient initialement prescrits pour les femmes qui n'étaient pas en capacité intellectuelle et mentale de gérer une contraception. Ainsi, ils associent souvent cette contraception à un profil de patientes incapables de gérer leur contraception.

3.2.2. Freins du côté des professionnels de santé

Selon la HAS en 2013 [3], [Annexe 2] :

- les professionnels de santé privilégient les méthodes contraceptives qui ont une efficacité théorique maximale. Cependant ces moyens de contraception peuvent s'avérer contre-productifs si le profil et les besoins de la patiente et de son partenaire ne sont pas pris en compte.
- Les formations initiale et continue des médecins et des sages-femmes seraient insuffisantes ; les connaissances techniques seraient rapidement dépassées dans ce domaine régulièrement en transformation et en évolution. Ceci se traduit, selon la HAS, par la persistance d'idées reçues concernant les différents moyens de contraception, et par des pratiques stéréotypées et classiques.
- Le recueil des informations nécessaires à une contraception adaptée nécessite un temps afin d'apporter une information complète et compréhensible en matière de contraception permettant un choix libre et éclairé. Le facteur temps peut être une contrainte, notamment financière, en lien avec le mode de rémunération par paiement à l'acte des professionnels de santé.
- L'industrie pharmaceutique exerce une pression non négligeable qui peut pousser certains médecins à prescrire un moyen de contraception plutôt qu'un autre.

3.2.3. Freins du côté des usagers [3]

Selon le rapport de la HAS de mai 2013, « *Le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes.* »

Il ressort également de ce rapport que la contraception est choisie essentiellement par la femme et non de manière conjointe avec son partenaire. En revanche, les préférences du partenaire influent sur le choix contraceptif de la femme de manière non négligeable.

En outre, des profils de patientes, ainsi que des facteurs sociaux ou de fragilité peuvent entraver le choix d'une méthode contraceptive ou peuvent constituer des facteurs de risque d'échec à la contraception. [Annexe n°3]

3.3. Vers un changement du paysage contraceptif ? [34]

En mai 2014, Nathalie Bajos, ses collaborateurs et l'équipe Fécond ont examiné les évolutions récentes concernant la contraception. Ils ont utilisé l'enquête Fecond, réalisée en 2010 qui faisait un état des lieux des pratiques contraceptives en France. Ils ont pu comparer le modèle contraceptif actuel avec celui qu'ils avaient initialement décrit dans leur article en 2012 « *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* ».

La controverse concernant les pilules en 2012 semble avoir permis de diversifier le modèle contraceptif français qui était auparavant centré sur ces dernières. Le scandale n'a pas affecté le recours à la contraception car les chiffres sont les mêmes : seulement 3% de la population féminine en âge de procréer n'utilise pas de moyen de contraception. Cependant, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de moyen de contraception depuis le débat médiatique de 2012-2013.

L'utilisation de la pilule est passée de 50% à 41% entre 2010 et 2014. Cette baisse concerne exclusivement les pilules qui ont fait débat en 2012-2013. En effet, les pilules de 3^{ème} génération représentent désormais 10% des méthodes contraceptives utilisées (contre 19% en 2012). L'usage de la méthode en elle-même semble affecté car le transfert vers la pilule de 2^{ème} génération reste très faible (seulement 1% d'augmentation entre 2010 et 2014).

Si la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé en France, les femmes se sont tournées vers d'autres méthodes de contraception : le DIU, le préservatif et d'autres méthodes comme le retrait ont connu une augmentation de leur utilisation entre 2010 et 2014.

La baisse du recours à la pilule est particulièrement marquée chez les moins de 30 ans :

- Les 15-19 ans ont un recours accru aux pilules de 2^{ème} génération
- Les 25-29 ans ont actuellement un recours plus important au DIU qu'en 2012.

Le recul est encore insuffisant pour savoir si les professionnels de santé sont en accord avec les recommandations des autorités de santé concernant la prescription de pilules de 2^{ème} génération en première intention.

Par ailleurs, l'enquête menée par l'INED a montré une véritable rupture concernant la prescription du DIU. Les professionnels suivent les recommandations de la HAS, et présentent moins de réticence à en prescrire aux nullipares lorsque la demande émane des patientes elles-mêmes. Ainsi, il a été enregistré une augmentation du recours au DIU de 0,4% à 8% entre 2010 et 2013. Cependant, cette augmentation se vérifie exclusivement chez les jeunes femmes de 25 à 29 ans. Aucune évolution n'est constatée chez les femmes de moins de 20 ans, ni chez les 20-24 ans sans enfant. Les sociologues mettent en avant le fait que les réticences des professionnels et des femmes : « *restent influencées par le risque supposé important d'IST à un âge où l'activité sexuelle est plus intense, et par l'anticipation d'une pose douloureuse chez les très jeunes femmes* ».

Ces nouvelles tendances en matière de pratiques contraceptives témoignent d'une ébauche d'assouplissement des normes contraceptives qui étaient relativement figées en France depuis les années 1970. Les événements politiques et médiatiques de 2012-2013 semblent donc avoir eu un effet sur le paysage contraceptif qui serait en cours d'évolution. Cependant, le caractère durable de ce nouveau modèle contraceptif reste aujourd'hui hypothétique.

Deuxième partie : Protocole de recherche

Les données de la littérature relatent un choix contraceptif pour les nullipares restreint et suivant des normes établies : la contraception œstroprogestative est devenue l'apanage de la femme jeune et sans enfant [34]. Cependant, l'innocuité de la méthode a été questionnée au cours du débat médiatique de 2012 [1]. Mais les professionnels de santé restent réticents à l'élargissement du choix contraceptif de la nullipare, notamment caractérisé par l'utilisation du DIU, malgré les recommandations émises par les groupes d'experts depuis plusieurs années déjà [34].

1. Problématique

Quelles sont les pratiques des professionnels de santé concernant la contraception des nullipares ?

2. Objectifs

Décrire les pratiques des professionnels de santé concernant la contraception de la nullipare en référence aux recommandations de la HAS.

Mettre en évidence les stéréotypes dans le discours des professionnels en matière de choix de la contraception chez la nullipare.

3. Hypothèses

Les pratiques des professionnels de santé concernant la prescription et le suivi de la contraception chez la nullipare sont en accord avec les recommandations de la HAS et de l'OMS.

Les stéréotypes existent dans le discours des professionnels de santé concernant la contraception de la nullipare.

4. Méthodologie de recherche

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude sociologique qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de médecins du Limousin.

4.2. Intérêt

Elle a pour but de décrire les pratiques des professionnels de santé concernant la contraception des nullipares.

4.3. Population

La population source est constituée de professionnels de santé du Limousin susceptibles de prescrire une contraception. La population cible est constituée de médecins gynécologues médicaux, de gynécologues-obstétriciens et des médecins généralistes pratiquant le suivi contraceptif de nullipares.

L'échantillon est composé de 9 médecins. Il a été composé au prorata du nombre de praticiens soit :

- 6 gynécologues (médicaux et obstétriciens confondus) en secteur hospitalier et libéral.
- 3 médecins généralistes

Les professionnels ont été sélectionnés en fonction de leur tranche d'âge, leur sexe, le milieu d'exercice (hospitalier et libéral) et le lieu d'exercice (urbain et rural).

4.4. Variables

Les variables ont permis de définir les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée. Elles ont permis la description des pratiques professionnelles en matière de réalisation d'une première consultation de contraception pour une patiente nullipare. Elles ont permis de cibler les informations données par le groupe étudié ainsi que leur positionnement au regard des recommandations des groupes d'experts ou éventuellement des protocoles de service.

5. L'organisation de la recherche

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés entre le mois de mars et le mois de novembre 2014, selon les disponibilités des professionnels de santé. Nous les avons contactés soit par téléphone, soit par courriel, ou directement au sein des établissements lors du déroulement des stages. Au cours de ce premier contact, l'étude leur a été expliquée, ainsi que le déroulement des entretiens afin qu'ils soient totalement informés des modalités de participation à ce travail. Les professionnels ont généralement accepté de participer à l'étude et nous n'avons eu qu'un seul refus. Le lieu de rendez-vous a été laissé au choix du professionnel. Les entretiens se sont déroulés majoritairement sur le lieu de travail des différents professionnels. Ils ont duré entre 30 et 60 minutes.

Chaque professionnel a été enregistré avec un dictaphone après son accord. L'anonymat a été respecté. 10 à 15 heures de retranscription de la totalité du discours, sur le logiciel Word, ont été nécessaires pour chaque entretien.

Chaque praticien s'est vu attribuer une lettre selon l'ordre alphabétique afin de respecter l'anonymat : chronologiquement, le premier professionnel interrogé s'est vu attribué la lettre A et ainsi de suite. Le contenu des entretiens a été séquencé par thème selon les variables prédéfinies afin de répondre à nos hypothèses.

Une analyse de discours a été réalisée afin de dégager les éléments caractéristiques apparus au cours de nos entretiens.

Troisième partie : analyse de discours et discussion

1. Présentation de l'étude

1.1. Présentation de la population

Notre population est composée de 9 médecins : 3 généralistes, 3 gynécologues-obstétriciens, et 3 gynécologues médicaux.

Le groupe des médecins généralistes est constitué de :

- Docteur A : C'est une femme. Elle a entre 40 et 50 ans. Elle exerce une activité libérale et a des vacations au centre d'orthogénie dans un centre hospitalier de niveau 2.
- Docteur B : C'est une femme. Elle a plus de 50 ans. Elle exerce une activité libérale à la campagne.
- Docteur C : C'est un homme. Il a plus de 50 ans. Il vient d'arrêter son activité libérale et continue des vacations dans un centre hospitalier de niveau 2 et au centre de planification rattaché au même centre hospitalier.

Le groupe des gynécologues-obstétriciens est constitué de :

- Docteur D : C'est un homme. Il a plus de 50 ans. Il exerce une activité dans une maternité de niveau 1 en ville.
- Docteur E : C'est un homme. Il a plus de 50 ans. Il exerce une activité libérale en ruralité.
- Docteur F : C'est une femme. Elle a entre 30 et 40 ans. Elle a fini son clinicat dans une structure universitaire et projette de s'installer en libéral (dans le cabinet du Docteur I)

Le groupe des gynécologues médicaux est constitué de :

- Docteur G : C'est une femme. Elle a entre 30 et 40 ans. Elle exerce une activité libérale en centre-ville d'une agglomération urbaine.
- Docteur H : C'est une femme. Elle a plus de 50 ans. Elle exerce une activité libérale en ville.

- Docteur I : C'est un homme. Il a plus de 50 ans. Il exerce une activité libérale en centre ville d'une agglomération urbaine.

Ces entretiens sont anonymes. Le nom des professionnels n'a jamais été cité pendant les enregistrements et nous avons utilisé l'identité précisée ci-dessus.

1.2. Forces et faiblesses de l'étude

Les praticiens interrogés au cours de cette étude ont facilement adhéré à notre démarche et ont pu se libérer malgré un emploi du temps chargé. Les entretiens ont généralement été riches en informations, et les questions n'ont pas été éludées. Ces éléments figurent parmi les points forts de cette étude.

En revanche, certains praticiens coupaient la parole et avaient tendance à mener l'entretien. Certaines de nos questions n'ont peut-être pas eu de réponse complète.

Les sages-femmes n'ont pas été interrogées au cours de cette étude, car nous nous sommes aperçus que peu d'entre elles pratiquaient régulièrement des actes comme la pose des DIU ou d'implants.

Par ailleurs, le domaine de la contraception est en constante mutation et le nombre d'études et de recommandations à ce sujet se multiplient depuis 2012. La grille d'entretien a été construite selon les éléments les plus récents mis à notre disposition au début de l'étude, à savoir des recommandations datant de la fin de l'année 2013. Or, de nouvelles recommandations ont été diffusées en janvier 2015. L'analyse de discours a été réalisée en fonction des recommandations en vigueur au moment de la réalisation de nos entretiens.

Enfin, nous avons peu de données comparables dans la littérature mises à notre disposition et nous nous sommes généralement servis des données de la HAS et de l'OMS comme éléments de comparaison. Plusieurs thèses portent sur les représentations des médecins généralistes de la contraception, mais leurs résultats n'ont pas apporté d'éléments supplémentaires de comparaison.

2. Hypothèse principale

« Les pratiques des professionnels de santé concernant la prescription et le suivi de contraception chez la nullipare sont en accord avec les recommandations des autorités de santé ».

Notre premier questionnaire portait sur la connaissance et le respect des recommandations émises par les groupes d'experts, comme la HAS et l'OMS, par les professionnels de santé. Le début de notre recherche était concomitant à la polémique concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Au cours des entretiens, nous avons constaté que les recommandations étaient inégalement considérées et mises en pratique par les professionnels de santé. En effet, les professionnels sont sensibilisés aux risques thromboemboliques et considèrent leurs préventions primordiales. En revanche, ils demeurent très réfractaires à d'autres recommandations, notamment la réalisation du frottis à partir de l'âge de 25 ans, qu'ils jugent majoritairement trop tardive.

2.1. Le déroulement de la consultation de contraception

Nous nous sommes appuyés sur le schéma de la consultation décliné par la HAS en 2013 selon différents points essentiels. En effet, la consultation doit être dédiée à la contraception. Ceci permet à la patiente d'avoir une information complète et éclairée sur les choix qui s'offrent à elle. Elle doit se poursuivre par un interrogatoire médical large qui comprend la recherche relativement exhaustive des antécédents et des facteurs de risque. Un examen clinique général systématique est réalisé. L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé le plus souvent pour une consultation ultérieure. Les recommandations évoquent la réalisation d'éventuels examens complémentaires adaptés aux antécédents de leur patiente et à leur prescription contraceptive. La patiente doit bénéficier d'un suivi régulier évaluant l'adéquation de la méthode choisie avec le désir de la patiente : tolérance, efficacité, observance, satisfaction. [17]

Nous avons retrouvé de nombreuses similitudes dans le déroulement des consultations de contraception des professionnels de santé interrogés.

2.2. La représentation de la nullipare

Notre question a surpris, voire décontenancé, les professionnels au cours de l'entretien. Ils l'ont souvent jugée trop « évidente ». Cependant, 7 médecins se sont trompés dans la définition de la nullipare dans un premier temps, puis se sont corrigés. Nous avons constaté qu'un amalgame était souvent opéré entre « nullipare » et « nulligeste » : *« C'est une personne qui n'a jamais eu de grossesse. Non ! Une nullipare non, la parité c'est une personne qui n'a jamais accouché, alors que la gestation, ce sont des grossesses qui se sont terminées ou pas, par un accouchement, voilà »*, se corrige par exemple le Docteur D.

D'autre part, lorsque les professionnels ont été interrogés sur une éventuelle distinction entre une nullipare « adulte » et une nullipare « adolescente », ils n'ont pas défini de tranche d'âge et ont affirmé qu'il n'y avait pas de différence pour eux : *« Il n'y a pas de différence, parce que leur utérus, il est pareil, qu'elles aient 40 ou 20 ans. Elles n'ont jamais accouché, donc pour moi c'est pareil »* nous explique le docteur G. Toutefois, nous avons pu constater qu'ils attachaient une importance singulière à l'âge de leur patiente dans le déroulement de leur consultation et dans le choix de la contraception : *« il y a quand même une différence, parce que je dirais que chez la jeune fille, en particulier qui a été mise sous pilule, l'utérus reste, je dirais, pas hypoplasique, mais beaucoup plus petit que chez une personne qui a eu une imprégnation hormonale pendant 10 ou 20 ans »*, explique le docteur D. Le docteur H reste évasive sur sa réponse : *« Par rapport au choix de la contraception. Voilà, en fonction de son âge c'est sûr ... et des contre-indications, et des précautions qu'il faut utiliser, enfin envisager, j'utilise pas la même méthode. La discussion n'est pas la même. »*

2.3. Attitude des médecins envers leurs patientes

Tout au long des entretiens, les professionnels se sont déclarés très respectueux vis-à-vis de leurs patientes. Ils ont bien conscience du moment particulier que représente la consultation gynécologique et sont très attentifs à ce que la consultante soit à l'aise dans leur cabinet. Le docteur I le résume bien : *« Il y a un mot que j'aime bien, qui est le mot « bienveillance ». [...] J'insiste sur le fait qu'il faut être bien, et à l'aise. »*

D'autre part, ils ont mis en avant leur disponibilité vis-à-vis de leurs patientes : « *Je leur explique qu'elles peuvent m'appeler, revenir pour me demander des conseils si il y a quelque chose qu'elles n'ont pas compris* », nous explique le docteur B.

2.4. L'interrogatoire

Le déroulement de l'interrogatoire est généralement très méthodique. Chaque professionnel a sa manière de faire mais l'ensemble emploie très souvent des tournures lexicales laissant envisager un interrogatoire dirigé et structuré : « *Dans un premier temps [...] dans un second temps* », « *puis* », « *ensuite* », « *enfin* », etc.

2.4.1. La recherche des antécédents

Tous les professionnels commencent par poser des questions sur les antécédents personnels, familiaux, et médicaux. Ils ont spontanément tendance à oublier les antécédents chirurgicaux et certains considèrent que les nullipares n'ont pas d'antécédents obstétricaux, ce qui rejoint l'idée d'un amalgame entre nullipare et nulligeste. Leur interrogatoire est souvent ciblé : ils recherchent des éléments qui contre-indiquent éventuellement l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Les pathologies thromboemboliques

Tous les praticiens interrogés sont très attentifs à la recherche d'antécédents personnels et familiaux thromboemboliques veineux et artériels ou facteurs favorisants : « *Je recherche les antécédents familiaux chez les parents proches bien sûr : diabète, hypertension, dyslipidémie. Et après, surtout ce qui est très important par rapport à la pilule : antécédents artériels de thrombose comme l'AVC, l'infarctus, et antécédents veineux de phlébite ou embolie pulmonaire. [...] Et ensuite je termine par les antécédents familiaux, en insistant comme je l'ai dit tout à l'heure sur tous les antécédents notamment thromboemboliques d'hypertension ou d'accident vasculaire cérébral s'il s'agit de la pilule* » nous explique le docteur H. Nous

avons pu remarquer au cours de nos entretiens que les professionnels orientent spontanément leur interrogatoire dans l'optique d'une mise sous pilule œstroprogestative.

La recherche de ces antécédents est en accord avec les recommandations émises par la HAS en 2013 et actualisées en janvier 2015 [17] : « *un entretien dont le champ est large [...] sur le plan médical [...] : antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie. [...] autres antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux* ». De la même manière que les professionnels, le groupe d'experts insiste sur la recherche de facteurs de risques thromboemboliques veineux et artériels.

Le tabagisme

Sept professionnels, dont le docteur H, posent la question du tabagisme lors de leur interrogatoire : « *Je leur demande si elles fument... Très important. C'est un gros problème* ». Pour le docteur F, il n'y a pas de compromis possible : « *Elles arrivent souvent avec une prescription d'œstroprogestatifs alors qu'elles fument. Très bien, mais il faut arrêter si elles veulent continuer* ».

Antécédents de cancer du sein

Deux médecins insistent sur les antécédents de cancer du sein dans la famille. Pour le docteur C, cela conditionne sa prescription contraceptive « *antécédents familiaux de cancer du sein, une jeune fille qui vient me voir, qui a 20 ans, qui me dit que sa maman a eu un cancer du sein à 40-45 ans, personnellement je ne la mettrai pas sous pilule.* »

Les prises médicamenteuses

Les 2 mêmes médecins se renseignent sur les éventuels traitements en cours qui pourraient avoir une interaction avec la contraception : « *Et puis après, je vois les antécédents personnels [...] si elle prend des médicaments* ». Ceci est en accord avec les

recommandations de la HAS de 2015 [17] : « *Le recueil d'informations recouvre un large champ : [...] traitements en cours (anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses)* »

Attentes, besoins et habitudes de vie de la patiente

La majorité demande également quel était le mode de contraception antérieure ainsi que la fréquence des rapports sexuels, comme préconisé par la HAS [17] : « *habitudes de vie ([...] pratiques sexuelles) méthode de contraception utilisée jusque-là* ».

Cependant, ils n'ont pas abordé spontanément les habitudes de vie des patientes comme la profession, ou le nombre de partenaires. Lors des entretiens, ils n'ont pas formulé de questions sur le style de vie des patientes, ce qui n'est pas en accord avec les recommandations de la HAS.

La moitié des médecins questionne sur le motif de consultation et ses attentes par rapport à cette consultation, comme le souligne le docteur F : « *Quels sont ses besoins : 'Pourquoi vous venez me voir ?' Ça commence souvent comme ça* », aussi selon les recommandations de la HAS [17] : « *La consultation doit permettre d'évaluer les attentes et besoins de la patiente* ».

La moitié des professionnels fait caractériser avec précision le cycle, l'abondance et le caractère des règles, les dysménorrhées. Ces éléments ne figurent pas dans les dernières recommandations émises par la HAS en 2015, mais peuvent être utiles afin de trouver la contraception la mieux tolérée par la patiente en fonction de ses caractéristiques.

Deux médecins recherchent si une vaccination HPV a été réalisée, ce qui va dans le sens des recommandations émises par la HAS s'inspirant de l'avis du Haut Conseil de Santé Publique : [27] « *Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande que la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus puisse être pratiquée entre les âges de 11 et 14 ans[...], le HCSP rappelle que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe* ».

2.5. La prescription

2.5.1. Information concernant l'ensemble des contraceptions disponibles

Nous avons constaté que la majorité des professionnels ne présente pas tout le panel des contraceptions disponibles : ils orientent leur discours en fonction des connaissances supposées de la patiente et de son désir potentiel. Nous pouvons penser qu'au-delà de leur expertise, il s'agit également d'une estimation que les professionnels ont du savoir et du désir des patientes concernant leur contraception.

Ils ont tendance à n'évoquer que les contraceptions hormonales type œstroprogestative, contraception recommandée par la HAS et l'OMS en première intention chez la femme en âge de procréer sans contre-indication : « *Je lui explique un peu l'intérêt de la contraception, en particulier œstroprogestative [...] qui est la contraception de la jeune fille classique* », explique le docteur D. Le docteur G admet parler essentiellement des pilules : « *On parle en général des pilules, des différents types de pilules* ».

Les professionnels interrogés semblent donc en majorité préférer décrire la contraception que la patiente souhaiterait avoir selon eux mais ne les informent pas sur les autres contraceptions possibles. Cette pratique est hors des recommandations de la HAS [35] : « *savoir repérer les demandes implicites et élargir l'information sans se restreindre d'emblée à la demande implicite, ni écarter cette dernière sans explication* ».

Le groupe d'experts semble avoir mis en évidence ce dysfonctionnement des pratiques professionnelles et multiplie depuis peu les rapports concernant l'information complète de la femme et la décision conjointe du professionnel et de sa patiente dans le choix d'une contraception. La fiche mémo de la HAS, « *Aider la personne à choisir une contraception adaptée* », explique [35] : « *s'assurer que la personne connaît les moyens de contraception compatibles avec son état de santé : personnaliser et compléter l'information si nécessaire* ».

Les médecins détaillant toutes les méthodes de contraception existantes sont minoritaires. Ils semblent plutôt appartenir à une classe d'âge inférieure à 40 ans et sont en majorité des femmes.

2.5.2. Le choix final de la contraception

Ce choix est nécessairement tributaire de l'information donnée préalablement à la consultante.

Nous avons constaté que la majorité considère que le choix de la patiente est prédominant dans la décision finale de sa contraception, si elle est adaptée et en l'absence de contre-indications, comme l'explique très bien le docteur I : *« J'écoute ce qu'elle me demande. [...] C'est la première fois dans l'exercice de la médecine, quand la contraception est apparue, que le médecin n'était plus le tout puissant, derrière son bureau, avec sa blouse blanche comme je le suis en ce moment, mais qu'il était à l'écoute de sa patiente, que c'était la patiente qui décidait. [...] Donc c'est la patiente qui dit 'moi, j'ai envie de ça'. Et mon rôle à moi, c'est de dire en tant que technicien et humaniste 'c'est possible ou ce n'est pas possible'. [...] C'est la patiente qui décide, je n'ai pas à l'influencer ».*

Or, nous avons remarqué au cours de nos entretiens que ce choix est initialement biaisé en raison de l'absence d'information complète et objective fournie par le professionnel.

Nous pouvons finalement penser que l'objectif de cette démarche est d'obtenir une plus grande observance de la part de la patiente. Les professionnels évoquent une discussion avec leur patiente, et concluent par le fait que la contraception idéale est celle qui convient à la patiente et qui est choisie par elle, conformément aux étapes d'aide à la décision médicale partagée publiées par la HAS en 2013 [36] : *« Décider avec la personne du moyen contraceptif le plus adapté à sa situation ».*

Au contraire, une minorité de médecins considère que la patiente vient ici pour un conseil et que la décision revient au professionnel de choisir la contraception la plus appropriée pour la femme, comme le justifie le docteur D : *« Ben un échange, non. Ce qu'elle recherche c'est une contraception ! Après, on leur propose une contraception, je dirais, choisie parmi d'autres ».*

Finalement, les praticiens sont plus ou moins directifs. Nous avons distingué deux profils : ceux qui ont le pouvoir décisionnel, et ceux qui établissent leur prescription en fonction du désir de la patiente, parfois même en prescrivant des moyens contre-indiqués. A ce titre, nous pouvons prendre l'exemple du docteur C qui prescrit des œstroprogestatifs à ses patientes malgré un tabagisme important, comme la plupart de ses collègues : *« Alors les patientes qui*

fument euh ... Normalement, on leur dit de plus fumer. Alors on les met, bon, les jeunes filles, elles fument souvent. C'est vrai que si on doit enlever toutes les pilules aux jeunes filles qui fument, ça va poser problème. Alors on leur dit quand même, ça dépend du tabagisme, tout ça et l'importance. »

2.6. Quelle contraception ?

2.6.1. La pilule œstroprogestative

Elle est la contraception de référence pour tous les professionnels de santé. Ils sont majoritairement informés des contre-indications absolues et relatives liées à la prise d'œstroprogestatifs et très attentifs à la recherche de facteurs de risque au cours de l'entretien. En première intention, ils prescrivent généralement une pilule de 2^{ème} génération de 20 γ en s'appuyant sur les recommandations de la HAS de 2004 toujours présentes en 2013 [22]: « *La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de première intention, pour les femmes ne présentant aucun facteur de risque particulier.* »

Nous avons pu voir l'attitude des professionnels concernant le tabac. Les conseils et démarches d'arrêt ne sont que peu, voire pas du tout proposés aux patientes. Or, la HAS insiste bien sur la nécessité de proposer une aide au sevrage tabagique dans plusieurs de ses rapports [17]: « *Informé sur les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme* ». Le groupe d'expert insiste même sur la nécessité de persister dans les propositions d'aide au sevrage tabagique dans le suivi au long cours: « *Refaire une information sur les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme* »

Seulement 3 professionnels mentionnent les migraines avec aura dans les contre-indications à la prise d'œstroprogestatifs. Or il s'agit d'une contre-indication clairement énoncée par la HAS [37]: « *Les contraceptifs oraux de type combinés (COC) ne doivent pas être utilisés dans les conditions citées ci-dessous. [...] antécédents de migraines avec signes neurologiques focalisés tels que l'aura* ».

Peu mentionnent les antécédents de cancers gynécologiques personnels ou familiaux, les affections hépatiques au cours de leurs investigations.

La majorité considère à tort le diabète, quelque forme qu'il soit, comme une contre-indication. Or, selon la Fédération Française des Diabétiques [39] : « *La pilule œstroprogestative n'est pas contre-indiquée par le diabète [...] sous réserve qu'il n'y ait pas de contre-indication du diabète (et) de choisir les associations les plus faiblement dosées après concertation du gynécologue et du diabétologue.* »

Certains sont au fait de ces nouvelles recommandations, comme le docteur H : « *j'ai des patientes diabétiques qui prennent des œstroprogestatifs. Les diabétologues ne sont pas forcément contre.* »

Le risque d'oubli est souvent mentionné au cours des entretiens et apparaît comme une contre-indication aux œstroprogestatifs : « *Et puis, d'abord vérifier qu'il n'y ait pas de risque d'oubli* ». Selon le docteur C, c'est la première contre-indication à investiguer : « *Il faut être sûr que si on lui donne une pilule, elle va pas l'oublier.* » Les médecins interrogés parlent de « profils » de patientes ayant tendance à oublier leur pilule, d'où la nécessité d'un recours à une contraception de seconde intention, comme l'explique le docteur G : « *parce que là aussi c'est pareil, la contraception dépend du profil de la patiente. Parce que j'ai parlé des contre-indications, mais il y a aussi le profil de la patiente.* » Ils demandent généralement lors du choix de la méthode contraceptive ou lors du suivi si elle pense qu'elle oubliera sa pilule.

Quelques professionnels affirment qu'il n'y a pas de raison de changer la contraception de 3^{ème} et 4^{ème} générations d'une patiente qui la tolère bien, comme le docteur I : « *Mais si une jeune fille est sous contraception de 3^{ème} génération, rien n'a dit aujourd'hui que si elle est bien surveillée il faut changer et passer à une 2^{ème}* ». De même, ils prescrivent des pilules de 3^{ème} génération lorsque la contraception par 2^{ème} génération n'est pas possible comme le justifie le docteur F : « *si elle était déjà sous œstroprogestatifs, de 2^{ème} génération mais qu'elle ne le tolérerait pas, ou qu'il y a trop d'oublis là on se dit que le passage en 3^{ème} génération est justifié parce qu'il y a un problème avec la 2^{ème} génération.* »

Cette pratique médicale est en accord avec les dernières recommandations de la HAS [17] : « *Chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative de 3^{ème} génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^{ème} génération contenant de la drospirénone, le sur-*

risque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de la contraception jusque-là bien supportée. »

2.6.2. Les autres contraceptions œstroprogestatives

Le patch et l'anneau sont peu proposés et prescrits par les professionnels. Ils sont peu nombreux à les mentionner au cours de leur démarche informative, comme le reconnaît le docteur C : *« C'est peu demandé, parce qu'on n'en parle pas beaucoup. Moi j'en parle pas beaucoup. »*

Ils en parlent dans un second temps, quand un recours à des contraceptions de 3^{ème} génération est justifié. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS concernant la contraception de la femme en âge de procréer [37]. D'autre part, les professionnels avancent le fait que les patientes adhèrent peu à ces deux méthodes. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit de stéréotypes et représentations que peuvent avoir les professionnels vis-à-vis de leurs patientes et de ces méthodes. Ils estiment que cette méthode est difficile à aborder avec les patientes et pensent souvent qu'elles n'ont pas envie d'avoir une contraception par patch ou anneau. Ce sont essentiellement des hommes de plus de 50 ans qui s'imaginent que les femmes n'adhéreront pas à ces méthodes contraceptives. Ils se sont substitués aux patientes en considérant que s'ils étaient une femme, ils n'apprécieraient pas ce genre de contraceptions.

2.6.3. Les progestatifs oraux

En pratique, les professionnels prescrivent généralement des progestatifs en seconde intention en présence de contre-indications aux œstroprogestatifs, comme l'explique le docteur F : *« Moi en deuxième intention, je prescris des microprogestatives. S'il y a une contre-indication aux œstroprogestatifs »*. Ils justifient tous le recours à cette méthode en seconde intention en raison des problèmes de tolérance et d'efficacité : *« Parce que la microprogestative est quand même moins bien tolérée »*, continue le docteur F. *« Ben j'avoue que je préfère prescrire une pilule classique [...] parce que je pense qu'une pilule un petit peu dosée est quand même plus sûre qu'une pilule microdosée »* dit le docteur E. Selon les recommandations en vigueur, l'utilisation des progestatifs n'intervient pas uniquement en cas de contre-indications aux

œstroprogestatifs [17] : « *les progestatifs sont utilisables chez la femme en âge de procréer ne présentant pas de contre-indications* »

Par ailleurs, nous avons pu remarquer une véritable contestation de la part de certains professionnels de santé concernant certains microprogestatifs composés de lévonorgestrel (Microval®), comme le docteur I : « *D'ailleurs, dans les microprogestatifs, c'est que Cerazette® que je prescris, parce que les microprogestatifs comme Microval®, faut arrêter de donner ça ! [...] Franchement, Miligynon® et Microval®, 3% d'échecs ! [...] Faut arrêter de dire la même heure, c'est infaisable ce truc là aussi.* »

2.6.4. L'implant

Sept médecins posent des implants. La majorité les pose en seconde intention, en cas de contre-indication aux œstroprogestatifs, ou si la patiente a tendance à oublier sa pilule : « *Si elle nous dit 'voilà, je veux une pilule, mais je sais que je vais l'oublier', bah on lui dit 'peut-être faites vous poser un implant. Au moins là, vous ne l'oublierez pas'* », pour le docteur C.

« *L'implant ... Bon, moi il a un intérêt chez les jeunes filles qui oublient, ou celles qui ont une contre-indication absolue ou relative à la prise d'œstroprogestatifs* » explique le docteur G. Ce positionnement professionnel est partiellement en accord avec les recommandations concernant les soucis d'observance [17] : « *l'implant à l'étonogestrel. [...] Adapté aux femmes ayant des problèmes d'observance* », mais on ne retrouve pas de notion de seconde intention en cas de contre-indications aux œstroprogestatifs.

En pratique, environ la moitié des professionnels prescrit en premier lieu une pilule microprogestative afin d'objectiver la tolérance de la patiente aux progestatifs pendant une durée d'environ 3 mois, puis pose un implant dans un second temps : « *Avant de mettre un Nexplanon®, systématiquement, moi je leur fais prendre Cérazette® pendant 3 mois pour voir un peu ce que ça va donner. Parce que si elles se mettent à saigner sous Cérazette® je vais pas leur mettre un Nexplanon® que je serai obligé de retirer 3 mois après* », explique le docteur D. Mais cette pratique ne figure pas dans les recommandations émises par la HAS, et n'est pas mentionnée dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF.

Les deux médecins interrogés qui ne posent pas d'implants ont pour arguments la difficulté de pose et de retrait et le caractère inesthétique. Ces éléments ne sont pas précisés dans les recommandations de la HAS qui décrit de son côté l'importance de « *(la prise) en compte (du) risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait*

prématuré du dispositif» [17]. Ces effets indésirables mentionnés par la HAS représentent généralement un frein à la pose aux yeux des professionnels : « *Alors j'étais un peu contre, parce que j'en voyais tellement à cause des saignements que ça m'agaçait un peu. [...] J'en enlève quand même beaucoup* » explique le docteur E. Pour le docteur H, il s'agit d'une contraception exceptionnelle, que l'on pose dans des cas très particuliers : « *[...] enfin, faut déjà qu'elle essaye de prendre la pilule ! [...] Si vraiment elle me dit 'je l'oublie tout le temps', on essaie de passer à l'implant. Je leur explique quand même les inconvénients parce qu'il y a quand même pas mal de patientes qui grossissent, d'autres qui saignent tout le temps. Donc voilà. S'il le faut, on passe à l'implant.* »

2.6.5. Le dispositif intra-utérin

Sept médecins sur 9 posent des DIU aux nullipares. A ce sujet, les recommandations de la HAS disent [17] : « *Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelque soit la parité et la gestité (femmes multipares, ou **nullipares/nulligestes**)* ». Il s'agit d'un phénomène récent, comme l'explique Nathalie Bajos dans un article de « *Population et Sociétés* » en mai 2014 [34] : « *Mais une rupture s'est déjà produite concernant la prescription du stérilet. La réticence des médecins français à ne pas le proposer aux femmes jeunes ou sans enfant semble pour la première fois avoir diminué, en partie grâce à une demande des femmes elles-mêmes.* » Ce constat est confirmé par les professionnels interrogés : la grande majorité estime qu'il ne s'agit pas d'une contraception de première intention et qu'ils n'en poseront que si la patiente le demande, ou bien si elle a des contre-indications aux méthodes hormonales, comme nous explique le docteur G : « *Je suis un peu sceptique sur l'intérêt [...] C'est dans les recommandations, c'est extrêmement efficace, on nous le dit tout le temps. [...] ça reste pour moi pas de la première intention.* » Toutefois, si elle ne considère pas le DIU comme une contraception de première intention, elle refuse rarement d'en poser aux nullipares, comme la plupart de ses collègues : « *Je n'ai jamais refusé en disant 'non, je ne vous le poserai pas'. Je ne fais pas ça. Si elle me dit 'je veux vraiment un stérilet', et que malgré mes arguments, elle campe sur ses positions, je le poserai* » explique le docteur G. D'autres médecins, comme le docteur I, expriment clairement qu'il s'agit d'une contraception de seconde intention, quand il existe des contre-indications aux autres méthodes contraceptives : « *Alors moi, je suis très clair. Ça vit des contre-indications de la contraception orale. C'est-à-*

dire que si on peut plus rien faire, ça peut se discuter. Mais je suis pas fana a priori en première intention. Sûrement pas. »

Les médecins qui n'en posent pas sont minoritaires. Ils ont pour argument la difficulté de pose du DIU, les problèmes de tolérance et d'efficacité, le risque infectieux élevé chez les moins de 25 ans, en lien avec des partenaires multiples, comme le résume bien le docteur H : « *Donc je leur explique que c'est quand même un problème, parce que c'est un corps étranger, qu'elles peuvent faire une infection. [...] On peut pas savoir hein, y en a qui font une salpingite dans les suites ou les années qui suivent la pose, donc elles peuvent éventuellement compromettre leur fertilité ensuite. Que, comme c'est un corps étranger, même quand on choisit un stérilet short, et ben des fois l'utérus ne supporte pas chez une nullipare et donc elles ont des contractions et mal au ventre. Qu'il y a un risque avec le stérilet au cuivre de 1% de grossesse, normale ou extra-utérine. »*

Certains médecins interrogés, notamment généralistes, expliquent que la nécessité d'avoir du matériel de réanimation lors de la pose est un argument pour ne pas en poser : « *J'ai un collègue qui m'a dit qu'en tant que généraliste, on devait avoir du matériel de réa pour les poser. Je commence à me poser des questions ...* » explique le docteur B, qui prescrit des DIU mais ne les pose pas aux nullipares.

Les recommandations de la HAS concernant le risque infectieux ne sont pas très explicites, ce qui peut expliquer un flou dans les pratiques des professionnels. Le groupe d'experts semble parler de vigilance particulière plutôt que de contre-indications [17] : « *les DIU sont utilisables chez les femmes en âge de procréer ne présentant pas de contre-indications [...] après avoir évalué et écarté un risque infectieux notamment [...] âge < 25 ans* ». Cependant, nous n'avons pas retrouvé d'étude prouvant qu'il existe un risque augmenté d'infections chez les femmes de moins de 25 ans. D'autre part, les notices des différents DIU ne font jamais mentions de précautions particulières s'agissant des moins de 25 ans.

Un professionnel interrogé réalise la pose du DIU sous antibioprofylaxie durant 10 jours en tout. Ce qui est hors des recommandations. Mais certaines notices d'utilisation, comme celle du Gynelle 375®, affirment qu'un risque infectieux existe [40] : « *des risques infectieux [...] peuvent survenir dans les 20 premiers jours suivant la pose* ». Toutefois, la HAS [17] « *conseill(e) aux femmes de consulter [...] en cas de douleurs pelviennes, fièvre, de saignements inexpliqués* ».

Les médecins qui posent des stérilets choisissent des DIU au cuivre, d'un calibre plus adapté à la nullipare, comme l'explique le docteur D : « *Je ne prescris pas le Mirena®, parce qu'il est trop grand [...] On ne discute que du mini au cuivre. L'autre, il est hors de question de le mettre en place, d'abord parce qu'il a un inserteur qui est plus gros. Déjà qu'on les pose chez celles qui ont déjà eu des grossesses et c'est pas très agréable. Donc là, ce n'est pas raisonnable* ». De manière générale, lors de la réalisation de nos entretiens, ils n'avaient pas encore essayé de poser Jaydess® plus adapté aux nullipares : « *Alors, ils nous ont sorti un plus petit là, maintenant. Ça, j'ai pas encore essayé ... Y a peut être un mois qu'on nous l'a présenté, c'est trop récent.* »

Seulement 2 professionnels posent des DIU hormonaux aux nullipares. Encore une fois, la HAS fait mention de la possibilité d'en poser aux nullipares qui ne possèdent pas de contre-indications aux progestatifs et spécifie que [17] « *le DIU au lévonorgestrel est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre* ».

Tous les professionnels ont une vigilance particulière concernant la douleur des nullipares lors de la pose des DIU et font une prévention de la douleur avec l'administration d'antalgiques avant et après la pose.

Selon les dernières recommandations de la HAS [17] : « *Les femmes doivent être informées sur : [...] la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.* »

2.6.6. Les autres méthodes contraceptives

Peu de professionnels sont confrontés à des patientes désireuses de méthodes barrières ou naturelles, comme nous explique le docteur E : « *Non, non. Parce que celles qui viennent me voir, c'est parce qu'elles veulent une contraception.* ». Le docteur C semble n'avoir jamais été confronté à ce genre de demandes : « *Ah, je pense qu'elles viennent pas me voir celles-là !* »

Il leur arrive de proposer les préservatifs en cas de rapports occasionnels ou dans une démarche de prévention des IST : « *Alors c'est pas avec un rapport épisodique tous les deux ans que je vais prescrire une contraception. Là je leur parle du préservatif.* » Cependant, il ne s'agit pas d'une démarche systématique telle que le recommande la HAS dans la Fiche mémo concernant la « *Contraception chez la femme adulte en âge de procréer* » [36] : « *Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le SIDA. Il est donc nécessaire*

d'associer le préservatif à toute méthode contraceptive si une protection contre le SIDA/IST est recherchée. » Cette directive est reprise dans la Fiche mémo « Contraception : prescription et conseils au femmes » [17]: « Informer sur [...] les IST/SIDA, la prévention par les préservatifs (masculin et féminin) ».

Nous avons constaté au cours des entretiens que la proposition de l'usage du préservatif n'est pas systématique, de même que l'information concernant les possibilités de dépistage. Rares sont ceux qui ont abordé spontanément l'usage de cette méthode, certains ne l'ont pas du tout mentionné. Quatre professionnels proposent l'usage du préservatif en association avec le spermicide.

Une partie des professionnels discute parfois des méthodes naturelles avec ses patientes tout en avertissant du risque de grossesse augmenté, comme nous l'explique le docteur F : « Bon, si elle est au courant que ça peut être un échec, et qu'elle est d'accord, je ne m'oppose pas à ce qu'elle continue de toute façon ! », ou encore le docteur A : « Si on me parle des méthodes naturelles, alors je vais l'aborder tout en expliquant les limites contraceptives, et souvent j'associe ces méthodes dites naturelles à une réflexion qui est 'la grossesse ne doit pas être un problème pour vous' ». La HAS rappelle que ce risque doit être pris en considération [17] : « Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode. »

2.7. L'examen clinique, général et gynécologique

Il va dépendre de l'âge de la patiente et de la présence de rapports sexuels pour la majorité des professionnels.

2.7.1. Nullipares adultes

Les professionnels n'hésitent pas à différer l'examen gynécologique pour les patientes pour lesquelles il s'agit de la première consultation. En général ils les revoient dans les mois qui suivent : « Si elles me disent qu'elles ne sont pas prêtes, ce n'est pas grave, on peut se revoir plus tard, sur celles qui n'en ont jamais eu », explique le docteur G. L'examen gynécologique

est en accord avec les recommandations de la HAS [17]: « *L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure.* »

Seul le docteur D examine systématiquement ses patientes pour leur donner l'habitude. Il a une perception personnelle de l'examen gynécologique et semble le réaliser systématiquement pour qu'il ait une portée pédagogique : « *Ce qui est important, c'est de donner l'habitude aux jeunes filles, quand elles viennent, d'avoir leur examen et d'avoir leur frottis en même temps de telle façon à ce qu'elles se disent 'bon, je suis venue, on m'a examinée'. Que dans leur tête, elles sachent d'emblée ce qu'est une consultation gynécologique, et qu'il y a un examen gynécologique.* »

2.7.2. Nullipares adolescentes

De manière générale, les professionnels diffèrent l'examen gynécologique pour les patientes adolescentes ou qui n'ont jamais eu de rapports sexuels et leur demandent de revenir 3 à 6 mois plus tard pour réaliser un examen gynécologique. La HAS dit que [41] : « *L'examen gynécologique peut être différé [...] (il) n'est pas nécessaire lors de la première consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant.* ». En revanche, un examen général est nécessaire [17] « *l'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, tension artérielle, autres éléments comme l'importance et localisation de la pilosité et de l'acné* ». Nous avons constaté au cours des entretiens que cet examen général est parfois incomplet, voire inexistant. En effet, l'examen général comporte pour la majorité : poids, tension et examen des seins.

Nous avons abordé avec les professionnels la place des parents au cours des consultations de contraception de leurs filles. Généralement, ils répondent la même chose : ils laissent le choix à la patiente d'être accompagnée ou non dans la salle de consultation : « *Si elles sont mineures et que la mère est là, je demande si elles veulent la faire rentrer ou pas* », explique le docteur G. Si les parents viennent avec leurs enfants, la consultation est généralement séparée en deux temps. Il existe un premier temps pour l'entretien, puis un temps pour l'examen et les questions d'ordre personnel : « *ça arrive que la maman reste pour l'entretien. En général elles sortent pour l'examen* », continue le docteur G. Certains professionnels considèrent utile la présence des parents : « *Des fois, c'est aussi intéressant d'avoir la maman à la première consultation, parce que souvent, les jeunes filles ne savent pas les antécédents de la famille. Donc c'est pour ça que je ne refuse pas que la maman soit là, parce que ça permet d'avoir un*

bon interrogatoire sur ça », explique le docteur H. Certains professionnels voient également la présence des parents comme une protection quand ils reçoivent une patiente mineure, comme nous explique le docteur I : « Si elle est mineure : obligatoirement, la maman est là. Je n'examine jamais une mineure sans qu'il y ait un témoin. Ah non, non, non, j'ai pas envie de finir en taule. »

La démarche des professionnels de santé est donc sensiblement la même que celle proposée par la HAS [41] : « *L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité. [...] Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de consultation uniquement avec elle. »*

Pour une minorité, la nécessité de réaliser un examen gynécologique va dépendre du choix de la méthode contraceptive, de l'existence de signes cliniques d'appel ou d'une requête spécifique de la patiente.

Plusieurs professionnels sont dans une démarche pédagogique explicative de l'examen gynécologique aux patientes qui n'en ont jamais eu. Certains vont expliquer oralement le déroulement de l'examen, comme le docteur I qui a bien conscience que cela peut être intimidant : « *Si elle a jamais vu personne, je prends le temps d'expliquer ce qu'est la consultation gynéco. Parce que vous arrivez comme ça devant un mec [...] : 'mais qu'est ce qu'il va me faire ? Qu'est ce qui va se passer ?'. [...] C'est pas la peine d'avoir peur parce que je n'ai pas envie de leur faire mal. [...] Ensuite je lui explique que j'examine, là où j'examine [...] Donc c'est important de parler de tout ça pour qu'on soit détendu. »* D'autres utilisent des supports explicatifs, comme le docteur G : « *J'utilise beaucoup de schémas d'anatomie féminine, des images de tous les contraceptifs, et leur mode d'insertion pour le patch, l'anneau, le stérilet. Il y a aussi des choses sur la grossesse, et l'examen gynécologique qui est illustré* ». Ils sont dans une démarche rassurante vis-à-vis de leurs patientes. Nous pouvons penser qu'ils cherchent à dédramatiser l'examen gynécologique et qu'ils ont vraiment le souci de mettre leurs patientes à l'aise. Ils ont exprimé beaucoup d'empathie auprès de leurs patientes au cours de nos entretiens. Le mot « traumatisme » revient souvent au cours des entretiens : « *je vais pas traumatiser une petite gamine qui arrive à 16 ans* », « *mais je me dis qu'une consultation gynécologique [...] c'est un peu traumatisant* ». Nous pouvons rattacher cette crainte de traumatiser leurs patientes à la vigilance extrême vis-à-vis de la prise en charge de la douleur.

2.8. Les examens complémentaires

2.8.1. Le bilan métabolique

Tous les professionnels interrogés prescrivent un bilan lipidique concomitant à la prescription d'œstroprogestatifs comprenant le dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun, comme proposé par la HAS [17] : « *Un examen [...] biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention. Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale œstroprogestative [...] comporte un dosage du cholestérol total, triglycérides et une glycémie à jeun.* »

Cependant la date de prescription et le renouvellement de ce bilan varient en fonction des professionnels : 1 professionnel le prescrit avant le début de la mise sous œstroprogestatifs, 1 au début de la mise sous œstroprogestatifs et 6 mois après l'instauration. La majorité le prescrit 3 mois après le début de la mise sous œstroprogestatifs.

Un professionnel répète le bilan lipidique 1 fois par an s'il est normal. Un autre répète le bilan lipidique tous les deux ans s'il est normal. Les autres professionnels répètent le bilan lipidique tous les 5 ans s'il est normal.

En pratique, il n'y a pas de consensus entre les professionnels de santé interrogés. Pourtant, les recommandations de la HAS sont claires [17] : « *Le bilan biologique [...] est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. [...] Chez une personne sans antécédents personnels ni familial [...] qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription* ».

2.8.2. Le frottis cervico-vaginal

La majorité des professionnels réalise un frottis cervico-vaginal avant l'âge de 25 ans recommandé par les groupes d'experts. Ils contestent les recommandations en vigueur et considèrent qu'il est dangereux d'attendre l'âge de 25 ans, en raison de la fréquence de contamination par le papillomavirus. En pratique, les professionnels se fondent sur le début des rapports sexuels pour réaliser les frottis : ils les font en général un an après le début des rapports sexuels, et la moitié renouvelle cet examen tous les ans. Le docteur I se fonde sur son

expérience professionnelle : « *Voilà, je suis pour un frottis par an, et j'ai toujours fait ça dans ma carrière. C'est pas parce qu'on dit qu'il faut le faire tous les 3 ans que je vais obéir. Quand je trouve que c'est pas bien, j'obéis pas. [...] Combien j'ai eu de dossiers d'une jeune femme qui avait un frottis normal il y a un an, qui a eu un autre partenaire, etc. Et au bout d'un an, je fais un frottis et je vois un haut grade sur le frottis, ou un bas grade avec HPV à risque.* ». L'autre moitié renouvelle le frottis cervico-vaginal tous les 2 ans environ.

Seuls deux professionnels attendent l'âge de 25 ans, comme écrit dans les recommandations [17] : « *Un examen clinique [...] avec examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans)* » « *un frottis cervico-utérin : 2 frottis à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans à partir de 25 ans (si frottis normaux)* ».

2.8.3. Le prélèvement vaginal

Seulement 4 professionnels sur les 7 qui posent des DIU réalisent un prélèvement vaginal à la recherche du *Chlamydiae trachomatis* et du *Neisseria gonorrhoea* chez les patientes nullipares présentant des facteurs de risque. Cependant, aucun n'évoque une notion d'âge inférieur à 25 ans comme élément favorisant un prélèvement, comme préconisé par la HAS. Parmi ceux qui n'en réalisent pas, le docteur C a une position très critique : « *C'est vrai que ça se fait de plus en plus maintenant les dépistages, les MST, les trucs comme ça. C'est à la mode, mais on n'en sort plus, parce qu'on trouve toujours quelque chose. [...] Moi je trouve que si on fait trop de prélèvements... Plus on en fait quoi.* ».

La HAS dit [17] : « *Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infections génitales hautes en cours ou récentes, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection C. Trachomatis et N. gonorrhoeae.* ». Cependant, le critère majeur invoqué par les professionnels est le statut de nullipare de leur patiente. Or la HAS s'appuie plutôt sur le risque infectieux.

2.8.4. Bilan de thrombophilie

La majorité des professionnels le réalise en cas d'antécédents personnels ou familiaux thromboemboliques veineux ou artériels chez les patientes. C'est le cas du docteur F : « *Alors ça dépend de ses antécédents familiaux. S'il y a eu une mutation par exemple identifiée dans sa famille, oui je vais lui faire la recherche. Par exemple, un déficit en anti-thrombine 3, oui*

je vais le rechercher. On va être plus attentif. » Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS [17]: « *Le bilan biologique [...] peut comporter un bilan d'hémostase [...] à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique.* » Il est important de souligner que certains vont jusqu'à prescrire un bilan de thrombophilie et une consultation en hématologie, comme le docteur H : « *Pour une première prescription si je vois qu'elles sont dans le cas d'antécédents familiaux chargés sur le plan thromboembolique. Là je lance le bilan, et je les envoie voir l'hématologue à l'hôpital pour un bilan poussé de thrombophilie.* » Nous pouvons nous interroger sur l'impact que peut avoir la médiatisation d'accidents vasculaires suite à la prise d'œstroprogestatifs sur la pratique des professionnels.

2.8.5. Autres bilans sanguins

Trois professionnels réalisent un sérodiagnostic de la toxoplasmose, et 4 professionnels proposent un sérodiagnostic de la rubéole ainsi qu'une vaccination si la sérologie revient négative, comme l'explique le docteur I : « *En prenant le temps de leur expliquer, systématiquement, je demande une sérologie de la toxo et la rubéole. C'est là qu'il faut le gérer.* »

Un professionnel propose une détermination de groupe sanguin.

Ces professionnels sont dans une démarche de prévention dans l'optique d'une grossesse ultérieure. Cette pratique est hors des recommandations de la HAS.

Ces prescripteurs appartiennent à une catégorie de professionnels gynécologues-obstétriciens, âgés de plus de 50 ans.

2.8.6. Echographie

Une minorité de professionnels vérifie la position du DIU par échographie après la pose puis un mois après. Selon la HAS, il n'est pas nécessaire de vérifier la position du DIU à l'aide de l'échographie.

Ainsi, nous pouvons dire que la prescription d'examen complémentaires est variable selon le professionnel.

2.9. Durée de la consultation

La durée de la consultation est variable en fonction des professionnels de santé.

Quatre professionnels n'envisagent pas plus de 20 minutes : ce sont essentiellement des gynécologues masculins de plus de 50 ans exerçant en libéral.

Quatre autres professionnels envisagent 30 minutes de consultation : ce sont essentiellement des femmes exerçant en libéral.

Un professionnel travaillant en hospitalier envisage $\frac{3}{4}$ d'heures de consultation pour le choix de la contraception.

Dans un rapport réalisé en 2013, la HAS avait affirmé que les nouvelles tarifications par paiement à l'acte restreignaient les professionnels de santé dans leur temps de consultations et pouvaient également constituer un frein à la prescription de contraceptions nécessitant des actes techniques comme la pose d'implants ou de DIU [3] : *« les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule, plutôt que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes. »*

Il n'existe pas de consensus concernant la durée d'une consultation de contraception, mais la HAS introduit la notion d'un temps nécessaire afin d'établir un vrai dialogue avec sa patiente [17] : *« C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue. »*

2.10. Conseils et informations

Les conseils et informations sont essentiellement ciblés sur les modalités de prise de la pilule, la gestion des oublis. Leurs explications sont moins complètes que celles proposées par la HAS car ils ciblent leurs conseils sur la contraception choisie par la patiente.

Cependant, certaines informations et conseils sont peu donnés voire omis. C'est le cas pour l'aide au sevrage tabagique ou la prévention concernant les risques d'IST. De même, le recours à la contraception d'urgence est très peu abordé au cours des entretiens.

Un seul professionnel donne des conseils concernant l'auto-palpation des seins et réalise ainsi une démarche de prévention.

De manière générale, les professionnels considèrent qu'il s'agit de conseils et informations fondés sur un dialogue entre la patiente et le médecin et permettant de répondre aux doutes et interrogations de la patiente.

2.11. Suivi des patientes au long cours

Tous les professionnels interrogés voient leurs patientes une fois par an pour l'examen gynécologique et le renouvellement de la contraception.

Lors du choix d'une méthode œstroprogestative, 7 professionnels voient leur patiente 6 mois après le début de la prise pour faire le point sur la tolérance et l'efficacité, puis annuellement. Deux professionnels revoient leurs patientes tous les 6 mois. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'un consensus entre les deux médecins car l'un va reprendre le cabinet et la patientèle de l'autre.

Pour une méthode de contraception par DIU, la majorité contrôle la position et la tolérance du DIU 1 mois après la pose puis annuellement. 1 professionnel revoit ses patientes à 1, 3 et 6 mois après la pose, puis annuellement.

En pratique, il n'y a pas de consensus concernant le suivi des patientes au long cours. Pourtant la HAS préconise de [17] : « *Programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois, puis généralement une consultation par an si la femme va bien.* »

2.12. Suivi des recommandations

Les professionnels de santé considèrent de manière générale suivre les recommandations des groupes d'experts selon leurs dires. Ils suivent surtout les recommandations concernant la prescription des pilules de 2^{ème} génération. Ils semblent avoir été sensibilisés par la polémique de 2012 concernant les pilules, et admettent que ces recommandations ont une influence sur leurs pratiques : « *Par rapport à la pilule, aux œstroprogestatifs, ça c'est bien clair. Donc ça je respecte* », explique le docteur H. Son discours introduit d'ailleurs le fait que les recommandations ne sont pas toujours explicites, comme nous l'avons remarqué. Ils

argumentent tous sur le fait que les recommandations ont un caractère général et ne peuvent pas s'appliquer à tous les cas particuliers qu'ils rencontrent. Selon eux, il y a une réelle différence entre la théorie et la pratique, et ils sont obligés de s'adapter comme le résume le docteur F : *« J'essaie de suivre les recommandations [...] Les recommandations c'est dans le cas le plus large. Après on peut pas appliquer à la lettre des recommandations. C'est aussi à chaque patiente, et aussi à ce que soit, on pense... »*

Parfois, il existe un véritable esprit contestataire des professionnels envers les recommandations et le gouvernement, comme l'explique le docteur D dans un registre familial, révolté par les études menées sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations : *« On a eu un tel bordel dans la contraception œstroprogestative [...] Qu'est ce qu'ils nous ont foutu comme binz ? Finalement, ça a surtout entaché l'image de la contraception œstroprogestative en général »*. Son expertise prend le pas sur les recommandations et émet des doutes quant aux compétences des décideurs : *« Ce qu'ils nous ont donné comme étude, ce n'est pas quelque chose de scientifique. Il aurait fallu qu'on ait une étude en double aveugle pour savoir exactement.[...] Et il est certain qu'au bout du compte, il y a un biais. »*

2.13. Influence des protocoles et habitudes de service

Un seul professionnel de santé considère que les protocoles et habitudes de service ont eu une influence sur sa pratique, notamment concernant la vérification par échographie de la position du DIU.

2.14. Conclusion

Le déroulement des consultations de contraception d'une patiente nullipare varie d'un professionnel à l'autre. Les praticiens interrogés semblent avoir sensiblement le même cheminement. Certains insistent plus sur certains points que d'autres. La recherche des antécédents constitue un temps essentiel de la consultation, et semble respecté par l'ensemble des praticiens. De même, la confidentialité, le respect de la pudeur et la réassurance de la patiente constituent des éléments essentiels qu'ils prennent en compte au cours de la consultation. Les caractéristiques imputables aux professionnels de santé ne semblent pas

avoir d'influence sur le déroulement global de l'interrogatoire. Certains réalisent un interrogatoire très détaillé, d'autres demandent moins de précisions au cours de leur consultation.

Le choix contraceptif est un point clef de nos entretiens : chaque professionnel considère prendre une décision conjointe avec la patiente. Mais nous nous sommes aperçus qu'ils n'évoquaient pas forcément toutes les contraceptions et créaient alors un biais d'information pour la consultante. La classe d'âge du professionnel semble là encore avoir un impact sur l'information : il semble que seuls les jeunes diplômés exposent toutes les contraceptions possibles. De plus, leur formation a été influencée par les recommandations concernant l'aide au choix contraceptif éclairé de la patiente. En conséquence, la prescription contraceptive est plus large chez les jeunes médecins. Toutefois, les professionnels travaillant dans des centres de planification prescrivent également l'ensemble des contraceptions disponibles. On peut supposer que le contexte dans lequel ils exercent leur profession a une influence sur les pratiques.

Il existe des variantes concernant le déroulement de l'examen et la pratique des examens complémentaires : les professionnels ne suivent pas toujours les recommandations des groupes d'experts, et les jeunes praticiens sont encore les plus proches des recommandations. Cependant, s'agissant des adolescentes, ils respectent majoritairement leur droit à l'accès à une contraception adaptée et la confidentialité.

Le statut de nullipare constitue également un frein majeur à leur pratique, et ils sont réticents à l'idée de leur prescrire certaines contraceptions comme le DIU. Ils ne sont pas toujours à l'aise avec ce type de patientes, ce qui limite le choix des prescriptions. Nous avons d'ailleurs constaté qu'ils ne suivaient pas toutes les recommandations concernant la contraception des patientes nullipares : ils ne sont pas toujours au fait des dernières actualités et nous avons pu déceler une attitude contestataire vis-à-vis des groupes d'experts. Ce fait est tout particulièrement présent chez les professionnels de plus de 50 ans. Selon eux, leur expertise clinique supplante les recommandations et leur laisse toute latitude dans les décisions.

Le reste des caractéristiques socio-démographiques des médecins ne semble pas avoir un impact significatif sur le déroulement des consultations de contraception.

Nous pouvons donc valider partiellement l'hypothèse selon laquelle les pratiques des professionnels de santé sont en accord avec les recommandations émises par la HAS.

3. Hypothèse secondaire

« Les stéréotypes existent dans le discours des professionnels de santé concernant la contraception des nullipares. »

Nous nous sommes interrogés sur l'influence des croyances ou représentations des professionnels de santé sur leur démarche clinique. Nous avons cherché à savoir s'ils avaient des discours orientés vers certaines contraceptions, en particulier en fonction de leurs préférences.

3.1. Stéréotypes concernant le DIU

Nous avons constaté qu'un certain nombre de médecins étaient réticents à l'idée de poser des DIU aux nullipares. Certains considèrent même qu'il s'agit d'une contre-indication à la pose, comme le docteur H : *« C'est quand même pas forcément le mieux pour elle. Donc le stérilet au cuivre pour moi c'est de toute façon non ! [...] Non, je n'en prescris pas aux nullipares. »* Ce constat est valable pour toutes les nullipares sans distinction d'âge. Pourtant, dès 2004, la HAS, l'ANSM, l'INPES et l'AFSSAPS introduisaient le DIU comme contraception possible chez les nullipares dans un rapport appelé *« Stratégies de choix des méthodes contraceptives »* [21]: *« Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfants (multipares) »*, repris actuellement par la HAS [17]: *« Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelle que soit la parité et la gestité (femmes multipares, ou nullipares/nulligestes) »*.

Nous avons pris exemple de la notice d'utilisation du DIU NT380® : le Vidal® estime que la pose d'un DIU chez une nullipare nécessite des précautions d'emploi [40] : *« Chez les nullipares, il convient de mettre en balance les avantages attendus et les éventuels risques*

thérapeutiques. Pour les jeunes femmes, le principal risque est lié aux infections sexuellement transmissibles, notamment en cas de partenaires multiples. ». Les nullipares sont averties des effets indésirables plus fréquents [40] : « Certaines femmes, en particulier les femmes nullipares, sont plus disposées aux syncopes, à la bradycardie et autres épisodes neurovasculaires durant ou immédiatement après la pose ou le retrait du DIU. »

Il s'agit de précautions particulières. Le statut de nullipare est donc à prendre en considération lors de la pose d'un DIU, mais il ne s'agit pas d'une contre-indication. Ce critère ne devrait pas les freiner dans leur pratique.

Les médecins interrogés justifient leurs réticences avec des arguments parfois vérifiés et parfois issus de croyances. Ils admettent ne pas forcément mentionner la possibilité de poser un DIU aux patientes lors de la consultation de contraception, ce qui restreint le choix final de la patiente. Nous avons pu dégager certains arguments avancés par les professionnels que nous allons développer ci-dessous.

3.1.1. La douleur à la pose

Six professionnels évoquent la douleur des nullipares à la pose du DIU comme argument pour ne pas les poser, comme le docteur G : « [...] *La douleur à la pose, en général, ça les refroidit un peu* ». Le docteur H, elle, n'hésite pas à se mettre à la place de la patiente : « *Enfin, ça doit leur faire horriblement mal ! [...] Il y a le problème des douleurs, parce qu'il y en a qui reviennent quelques temps après en disant « j'ai horriblement mal »* ».

La HAS affirme que [17] : « *les femmes doivent être informées sur la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.* », mais n'en fait pas une contre-indication à la pose. S'il s'agit d'une notion à prendre en compte, la douleur ne doit pas servir d'argument pour décourager la patiente. Or, les professionnels insistent souvent sur le caractère douloureux de la pose d'un DIU aux nullipares en omettant de parler des avantages en lien avec cette méthode.

Nous avons également pu constater que les professionnels prenaient en compte la douleur que la pose peut provoquer et ils sont très attentifs au confort de leur patiente. La plupart des professionnels anticipe les conditions de pose du DIU. C'est le cas du docteur D qui prescrit des antispasmodiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens : « *Là-dedans, on a les anti-inflammatoires dérivés, l'ibuprofène®. [...] Ou bien tout simplement du bon vieux*

Spasfon® ». Le docteur G prescrit des antalgiques de palier 2 : « [...] et puis récemment je suis allée à la présentation du DIU de contraception qui est faite à l'hôpital et le médecin qui présentait disait qu'il donnait du Tramadol®. Donc du coup, j'ai essayé, ça marche pas mal. ».

Cette mise en avant du caractère douloureux peut aussi correspondre à une démarche visant à dissuader les patientes dans ce choix contraceptif.

De manière générale, ils semblent appréhender de se retrouver dans une situation où ils font mal à leur patiente, car le thème de la douleur revient beaucoup au cours de nos discussions autour du DIU : « la pose c'est pas sympa », « c'est quand même pas très agréable la pose d'un stérilet », « Mais y a quand même, premièrement, le phénomène douloureux. »

Certains ont laissé entendre qu'ils avaient peur de traumatiser leur patiente : « C'est vrai que bon ... Poser un DIU à une ado qui découvre un peu tout ça euh [...] je sais pas, une gamine de 15 ans c'est peut être un peu lourd de lui poser un stérilet. »

En conséquences, 3 de ces médecins parlent de malaises vagues qui surviennent à la suite de la pose: « Même nous il nous arrive 3-4 fois par an d'appeler le brancardier et d'installer la personne dans une chambre en attendant qu'elle récupère. C'est classique », explique le Docteur D. Les notices d'utilisation des DIU alertent sur la possibilité que la pose provoque des malaises vagues chez les nullipares [40], comme nous l'avons vu précédemment, mais il ne s'agit pas d'une contre-indication. Cependant, cela semble constituer un véritable frein à la pose des DIU chez les nullipares. A ce sujet, 2 généralistes et un spécialiste évoquent la nécessité pour les médecins généralistes de disposer de matériel de réanimation pour pouvoir poser des DIU aux nullipares : « Après je me suis un peu ravisée parce que j'ai un collègue qui m'a dit qu'en tant que généraliste on devait avoir un peu de matériel de réa pour les poser alors je commence à me poser des questions hein ». Il s'agit encore d'une croyance erronée car ceci ne figure dans aucune recommandation parue jusqu'à présent et ne fait pas l'objet d'une vigilance particulière.

3.1.2. La difficulté de pose

Les 6 mêmes praticiens évoquent la difficulté de la pose d'un DIU chez une nullipare. Elle va généralement de paire avec la douleur évoquée ci-dessus. 3 médecins argumentent cette difficulté qui serait en lien avec la taille et les caractéristiques du col des nullipares, comme l'explique le Docteur E : *« les cols sont généralement petits, sténosés, et puis le fait que comme la cavité utérine est petite c'est vrai qu'il y a des contractions, des douleurs, un certain nombre de chose »*. Les particularités du col des nullipares peuvent poser des problèmes techniques selon le docteur D : *« même avec les mini stérilets qui ont un inserteur avec un diamètre relativement petit, on est obligé de forcer, de dilater le col »*

3.1.3. Infection et fertilité

Trois médecins évoquent le risque d'infections augmenté chez la nullipare jeune du fait de la tendance à la multiplicité des partenaires : *« c'est quand même un problème parce que c'est un corps étranger, qu'elles peuvent faire une infection [...] y en a qui font une salpingite dans les suites, ou dans les années qui suivent la pose, donc elles peuvent éventuellement compromettre leur fertilité ensuite.[...] Le risque infectieux est trop important chez une nullipare pour que l'on puisse poser un DIU »*, argumente le Docteur H. Certains recherchent la présence de germes avant la pose pour prévenir le risque : *« Je fais un PV chez les nullipares avant la pose des DIU car le risque infectieux est augmenté chez les jeunes filles du fait de la multiplicité des partenaires. »*. Le stéréotype réside surtout sur les pratiques sexuelles des nullipares. A la notion de nulliparité est associée l'idée de jeune âge et de pratiques sexuelles libres.

Chronologiquement, on retrouve des écrits du CNGOF en 2000 [42] : *« Ce risque (infectieux) est davantage lié au mode de vie sexuelle de l'utilisatrice qu'au DIU lui-même. Il est probablement plus élevé chez les nullipares, surtout jeunes, et certainement plus lourd de conséquence sur la fertilité chez ces dernières »*. Cependant, ils ne font référence à aucune étude concernant les nullipares et les risques infectieux. Il s'agirait plutôt d'un risque supposé. A l'époque, le fait d'être une nullipare était une contre-indication relative à la pose du DIU, mais les professionnels admettaient qu'il n'y avait pas de consensus à ce sujet.

Par la suite, lors des 30^{ème} journées internationales du CNGOF, le Docteur Serfaty a mis l'accent sur la croyance erronée que le risque d'infection et d'infertilité est augmenté chez la nullipare et se calque sur les 15 messages clés évoqués par l'OMS : les DIU ne sont pas

uniquement destinés aux femmes ayant déjà eu des enfants et peuvent être proposés à toute femme informée sur la contraception et ne présentant pas de contre-indication. [43]

En parallèle, les notices d'utilisation et le Vidal® affirment que [40] : « *le risque infectieux n'est que légèrement augmenté les 20 premiers jours qui suivent la pose du DIU* ».

Cependant, si les groupes d'experts tels que la HAS ou encore le ministère de la santé affirment que les IST sont augmentées chez les moins de 25 ans, ils n'attribuent pas ce risque aux femmes nullipares en particulier, et ils ne semblent s'appuyer sur aucune étude ayant démontré spécifiquement ceci. Il n'y a donc pas eu d'évolution concernant les représentations du comportement sexuel des nullipares depuis les années 2000.

Un amalgame entre le DIU et la possibilité de stérilité est encore bien présent chez les professionnels et dans les esprits des patientes. Le docteur D l'explique bien : « *il y a eu une période où on estime que ça augmentait le risque d'infections pelviennes. Il faut savoir que le stérilet n'a jamais fabriqué de germes, mais que si une personne se retrouve confrontée à des germes qui peuvent donner une salpingite, le stérilet peut favoriser. Donc c'est pour ça que l'on voit encore qui ont déjà une grossesse qui disent 'non pas un stérilet, non parce que si je veux encore avoir des enfants je risque d'être stérile'. Donc il y a encore cette mémoire qui ressort.* »

Ce positionnement médical nous invite à penser qu'il y a une réelle différence entre la théorie et la pratique. Il s'agit d'ailleurs du principal argument invoqué par les différents professionnels de santé au cours des entretiens pour ne pas suivre certaines recommandations, comme nous l'explique le docteur F : « *Après, on peut pas appliquer à la lettre les recommandations. Après, il y a toujours, enfin ... Les recommandations c'est dans le cas le plus large. Après, on peut pas appliquer à la lettre des recommandations. C'est aussi à chaque patiente et à ce que soi, on pense.* »

Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une représentation fortement présente chez les professionnels de santé que nous avons interrogés, et ayant un impact sur le paysage contraceptif actuel. Dans une thèse pour le diplôme en médecine générale publiée en 2012 concernant l'avis des médecins généralistes et gynécologues sur la pose des DIU chez les nullipares, Gladys Guilloteau et Marie Guyomar obtiennent les résultats suivants [44] : les professionnels considéraient la vie sexuelle des nullipares instable donc à risque d'IST. Cette croyance rejoint donc celle des professionnels que nous avons interrogés au cours de notre étude.

3.1.4. DIU hormonal

La majorité des professionnels interrogés ne posent pas de DIU hormonaux aux nullipares car ils trouvent l'inserteur trop gros pour les cols des nullipares. Ainsi les complications évoquées auparavant en lien avec la taille du col des nullipares leur pose problème : « *on ne discute que du mini au cuivre. L'autre il est hors de question de le mettre en place, d'abord parce qu'il a un inserteur qui est plus gros. Déjà qu'on les pose chez celles qui ont déjà eu des grossesses, c'est pas toujours très agréable, donc là, ce n'est pas raisonnable.* » Un autre partage cet avis : « *l'inserteur est quand même plus gros qu'un inserteur de celui au cuivre. Alors déjà si on a un petit peu de mal à passer avec celui au cuivre, celui à la progestérone euh ...* » Pour ces médecins interrogés au cours de nos entretiens, ceci constitue une réelle barrière à la pose. Or, la HAS affirme que l'on peut poser des DIU à la progestérone aux nullipares mais sous-entend tout de même qu'il s'agit plutôt d'une seconde intention, si la méthode au cuivre ne convient pas [17] : « *Le DIU au lévonorgestrel est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.* »

3.1.5. Le DIU, un phénomène de mode

Plusieurs professionnels interrogés considèrent que le DIU est un phénomène de mode aujourd'hui : « *Elles veulent toutes un stérilet.* » « *Le stérilet est un phénomène de mode.* » Ceci va dans le sens de l'article de Nathalie Bajos concernant le modèle contraceptif paru en mai 2014, qui affirme que l'utilisation du DIU en France a augmenté de 0,4% à 8% chez les nullipares entre 2010 et 2013 [34]. On peut émettre l'hypothèse que le recours au DIU est aussi la conséquence de la polémique autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ayant eu lieu au cours de l'année 2012.

3.1.6. Discours négatif en général

La majorité des professionnels évoque systématiquement les effets indésirables en lien avec l'usage du DIU. Ainsi, ils ont cité :

- Les dysménorrhées : « *une personne qui n'a pas eu des grossesses, a souvent donc un problème de dysménorrhées primaires qui ne vont pas être améliorées par le stérilet,*

loin de là. », comme nous l'explique le docteur D, ce qui rejoint le discours du docteur H : *« les règles sont quand même plus douloureuses »*

- L'abondance des règles : *« parce que les règles sont quand même plus abondantes avec le stérilet au cuivre »*. Le docteur I va jusqu'à dire que le port du DIU est pourvoyeur d'anémie : *« les règles sont beaucoup plus abondantes... et les règles abondantes, ça peut entraîner une anémie, et une anémie, c'est une pathologie. Donc on peut être pourvoyeur d'une pathologie avec le stérilet, et il faut expliquer ça »*
- La notion de corps étranger : *« je leur explique que c'est quand même un problème parce que c'est un corps étranger »*, nous dit le docteur H. Le docteur I tente de se mettre à la place de ses patientes : *« Pour la première fois 'On veut me mettre un stérilet obligatoirement, j'ai pas envie d'en avoir un, j'ai pas envie d'un corps étranger'. Il faut pas le mettre ! On va pas vous obliger à avoir un stérilet si vous en avez pas envie quand même. C'est scandaleux ça. »*
- Le risque de grossesse extra-utérine comme l'explique le docteur H : *« Il y a un risque avec le stérilet au cuivre de 1% de grossesse, normale ou extra-utérine »*. Elle poursuit en introduisant le fait que le DIU n'est pas très efficace : *« donc avoir une contraception dont on peut pas être sûre de la fiabilité surtout quand on est jeune et très fertile, c'est quand même pas forcément le mieux pour elle. »* De manière générale, les professionnels ont tous l'idée que le DIU est moins efficace que la pilule : *« C'est dans les recommandations, c'est extrêmement efficace, on nous le dit tout le temps. Je trouve quand même que c'est un petit peu moins efficace qu'une pilule bien prise [...] qu'il y a un risque avec le stérilet au cuivre de 1% de grossesse »* nous explique le docteur G. Cet argument se vérifie en théorie mais pas en pratique, car selon un tableau récapitulatif de l'INPES, l'efficacité théorique du DIU est de 99,4% contre 99,7% pour les pilules. Mais si on prend en compte la vie quotidienne avec le risque d'oubli et de mauvaise observance du médicament, l'efficacité contraceptive de la pilule diminue à 91% [15].
- La pose compliquée et douloureuse
- Présentation dissuasive par le professionnel : *« Ah ben je lui explique ce que je viens de vous expliquer et puis en général elles changent d'avis parce que y a plein de choses qu'elles avaient pas perçues »*, admet le docteur H. C'est également le cas du docteur G : *« quand je parle de douleur au niveau de la pose, en général, ça les refroidit un peu »*. Le docteur I nous explique que son discours a souvent de

l'influence : « *Et puis elle est assez convaincue à la fin et elle s'est dit 'Oui peut être c'est vrai je vais essayer autre chose et puis si ça marche pas, on fait ça'.* » Ceci va totalement à l'encontre des dernières recommandations émises par la HAS concernant l'aide au choix d'une contraception adaptée à sa patiente qui préconise de bien expliquer les avantages et les inconvénients aux patientes pour qu'elles puissent faire un choix juste et éclairé [35].

La plupart des arguments évoqués par les professionnels sont vérifiés, et résumés dans le Vidal® [40] : « *Le taux de complication est peu élevé, cependant : [...] des contractions utérines peuvent avoir lieu. [...] Elles traduisent une réaction à un corps étranger. [...] Des saignements intermittents et des règles abondantes ne sont pas inhabituels. [...] Une dysménorrhée pourra se produire ou être aggravée. [...] Une hyperménorrhée pourra se produire [...] dans les premières semaines après l'insertion, allongement du cycle menstruel. [...] Une grossesse ectopique peut avoir lieu.* »

Mais ils ont tendance à se focaliser sur les effets indésirables et inconvénients de la méthode, et expliquent peu, voire pas du tout, les effets bénéfiques du DIU à leurs patientes. On peut émettre deux hypothèses :

- Ils considèrent que les DIU ne présentent pas d'avantages.
- Ils ont un discours négatif et orienté qui vise à décourager leurs patientes.

Nous remarquons que le discours des professionnels interrogés est similaire au discours des professionnels de santé en général, comme l'explique Yaelle Amsellem-Mainguy [45]: « *Pour les enquêtées, [...] il s'agit d'une contraception pour les mères. [...] Si les enquêtées ne l'utilisent pas, c'est d'abord parce que les médecins n'abordent pas la question du stérilet avec des jeunes femmes nullipares et, surtout, refusent de le prescrire sous prétexte d'un risque infectieux accru (supposant que les femmes jeunes ont des partenaires multiples) [...] Contrairement à la pilule, l'implant ou le patch, le stérilet fait rarement l'objet de discussions entre pairs. [...] Parmi celles qui ont déjà entendu parler du stérilet ou qui en ont parlé, il semble que les effets secondaires (douleurs, crampes, saignements), réels ou supposés soient très dissuasifs* ».

3.2. Stéréotypes concernant les implants

2 stéréotypes sont essentiellement ressortis de ces entretiens :

- Nous avons constaté qu'un amalgame est souvent fait entre les progestatifs injectables et le Nexplanon®. Les progestatifs injectables sont conseillés aux femmes ne pouvant utiliser un autre moyen de contraception [15] et nous avons pu voir au cours de nos recherches bibliographiques que la prescription semblait plutôt circonscrite au contexte psychiatrique [18], ou à des personnes limitées intellectuellement. Trois professionnels de santé considèrent ainsi que le Nexplanon® présente cet intérêt : « *Le Nexplanon® dérive de la contraception qu'on utilisait dans les hôpitaux psychiatriques.* », pour le docteur D. « *Je prescris l'implant dans le cas de patientes incapables de se gérer sur le plan psychiatrique ou déficientes intellectuelles.* », selon le docteur H. « *Et beh... Bon déjà, y a l'intellect. Y a déjà cette difficulté là. [...] Je leur dis alors ' voyez peut être l'implant, ou un stérilet short '. En général... l'implant, on en pose beaucoup.* », pour le docteur C.
- Certains professionnels ont décrit le profil type des patientes pour lesquelles ils prescrivent le Nexplanon®. Pour le docteur D : « *Il y a un profil de patientes pour le Nexplanon® : généralement des obèses, molles qui n'ont aucune volonté.* » Le docteur B a sensiblement le même discours : « *Les implants sont souvent pour des 'doudous', des filles grassouillettes.* »

Ce sont 2 stéréotypes percutants allant à l'encontre des conseils de bonne pratique donnés par la HAS [17], voire, du rôle du médecin en général et de sa neutralité envers chaque consultante. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude affirmant qu'il y ait des profils type de patientes en fonction des différentes contraceptions.

D'autres professionnels sont quant à eux freinés par les conséquences esthétiques comme le docteur I : « *Le Nexplanon® abîme le bras des jeunes filles. C'est intellectuellement et humainement nul* ». De ce fait, il considère que ça n'est pas à lui de poser un implant : « *Ce sont les chirurgiens qui doivent poser les implants.* »

3.3. Stéréotypes concernant l'anneau contraceptif et le patch contraceptif

3.3.1. L'anneau

Les professionnels interrogés au cours des entretiens admettent peu prescrire d'anneaux contraceptifs. Ils en parlent rarement, car selon eux, les patientes ont du mal à adhérer à la méthode jugée peu attractive. C'est le cas du docteur E : « *se mettre un truc dans le vagin, ça paraît compliqué pour les patientes* ». Le docteur I trouve qu'il est difficile d'en parler : « *Le concept du Nuvaring® est vachement bizarre, il faut savoir le vendre.* ». Quant au docteur C, il s'identifie à la patiente : « *Si j'étais une femme je n'aimerais pas me mettre un anneau.* »

Les 3 professionnels ayant eu ces opinions sont des médecins de sexe masculin. On peut émettre l'hypothèse que les professionnels eux-mêmes sont peu séduits par la méthode et considèrent alors que la patiente non plus n'adhérera pas. Cette idée renvoie aussi à la notion de corps étranger introduit dans le vagin, qui semble éloignée du modèle contraceptif actuel mais qui était la norme lors des siècles précédents et qui est plus démocratisée dans certaines cultures anglo-saxonnes ou nordiques selon les dires des professionnels de santé.

3.3.2. Le patch

Les professionnels prescrivent peu de patchs de manière générale, 2 professionnels ont parlé de l'aspect inesthétique du patch au cours des entretiens, ce qui a tendance à orienter leur discours au cours des entretiens, notamment ceux du docteur C et du docteur E : « *Le patch n'est pas très esthétique sur les fesses.* » « *Le patch n'est pas esthétique, il peut se voir.* » Seulement 2 professionnels ont abordé cet inconvénient du patch. Nous pouvons penser qu'il s'agit de représentations qui leurs sont propres.

Par ailleurs, nous constatons que les représentations concernant l'anneau et le patch sont présentes chez les mêmes professionnels.

3.4. Stéréotypes concernant la pilule

3.4.1. La pilule œstroprogestative, la référence

Les professionnels interrogés considèrent que la contraception œstroprogestative est la contraception de référence des nullipares. Effectivement, pour les groupes d'experts il s'agit d'une contraception de première intention pour les femmes en âge de procréer [17]. Nous avons constaté au cours de ces entretiens qu'ils attribuent ce mode de contraception aux femmes jeunes, voire adolescentes, notamment par le vocabulaire employé pour les qualifier, presque paternaliste : « *les petites* », « *les petites jeunes* », « *les jeunes filles* ».

De plus, certains professionnels trouvent là encore un profil type aux patientes qui prennent la pilule comme le docteur D : « *La contraception œstroprogestative est la contraception de la jeune fille classique* », ou encore « *Je prescris Diane 35® aux jeunes filles introverties qui ont de l'acné.* » Parfois, leur discours laisse même envisager que la pilule est l'unique méthode disponible pour les nullipares. C'est le cas du docteur H : « *Chez des très jeunes filles, on n'a pas le choix, on prescrit Leeloo®.* »

Ils ont tendance à idéaliser ce moyen de contraception et à omettre de parler des autres. Au cours de nos entretiens, nous avons remarqué qu'ils parlaient spontanément des pilules œstroprogestatives et nous expliquaient le schéma classique de leur consultation en fonction de ce moyen de contraception. La pilule semble être, à l'évidence, le moyen de contraception de la nullipare. Il y a une volonté de défendre la pilule et ses avantages, comme nous l'introduit le docteur I dès les premières minutes de l'entretien : le problème ne vient pas du moyen de contraception, mais du prescripteur : « *Il n'y a pas de méchante pilule, il y a le vilain médecin pas consciencieux et nul qui surveille mal la pilule.* » Selon lui, on ne parle pas assez des avantages liés à l'usage de la pilule, qu'il nous énumère consciencieusement : « *Ah, les avantages de la pilule, parce qu'on parle surtout des inconvénients [...] Premièrement, ça évite une grossesse non désirée. C'est pas mal ! [...] Deuxièmement, ça permet de régulariser le cycle [...]. Ça permet d'éviter d'avoir des règles douloureuses, la plupart du temps hémorragiques, donc de ne pas avoir d'anémie. [...] Il y a moins de kystes aux ovaires [...] moins de cancer de l'ovaire [...] moins de pathologie utérine [...] moins de fibromes, [...] moins de cancer du colon sous pilule.* » La pilule semble résoudre tous les problèmes. Elle aurait même des vertus sur le psychisme selon le docteur D : « *La pilule permet de décomplexer les adolescentes introverties qui ont des problèmes d'acné. Elles ont un pouvoir psychologique très important. [...] Il y a le facteur psychologique qui est très important ! La*

prescription de Diane 35® c'était l'acné, mais c'était aussi en plus, je dirais, traiter un problème psy sous-jacent. Combien est-ce-que la pilule a évité à des jeunes filles de se suicider ? J'aimerais bien le savoir. »

Nous avons constaté que les professionnels ont peu de stéréotypes négatifs concernant la pilule œstroprogestative. Il y a même une réelle volonté de défendre ce moyen de contraception. Selon eux, le débat médiatique de 2012 a ébranlé un symbole, comme le résume le docteur D : *« Il faut savoir quand même que dans les années 60-70, il y a des femmes qui se sont battues pour avoir la pilule, et que on a une [...] ministre qui est venue foutre son nez là-dedans, on sait pour quelle raison, c'est assez obscur. Et qui fait qu'elle ne s'est même pas rendu compte qu'elle attaquait quand même un symbole de la liberté sexuelle de la femme. »*

3.4.2. La pilule, la crainte des hormones et des complications

La polémique ayant marqué la France en 2012 a cependant un peu terni l'image de la pilule du côté des patientes mais aussi du côté des professionnels de santé. Nous retrouvons régulièrement dans nos entretiens des allusions à cette polémique et nous remarquons de manière générale une vigilance plus accrue concernant les risques thromboemboliques potentiels des patientes.

Selon Cécile Ventola, chercheuse en santé publique à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la prise en charge médicale de la contraception s'est produite sans réflexion sur le statut particulier des médicaments ou des dispositifs médicaux. La contraception n'est pas une réponse thérapeutique à une maladie, mais à un choix de la patiente en fonction de son mode de vie [46]. Or, nous ne commençons que maintenant à nous en rendre compte, par l'intermédiaire du scandale de 2012, comme l'explique le Docteur I :

« Et s'il y avait eu de bons médecins, on n'en serait pas arrivé à toutes ces conneries sur la pilule il y a 2 ans [...] On a découvert tout d'un coup par l'intermédiaire de la télévision et de la radio et machin truc que la pilule c'était pas des bonbons, que c'était pas ... et que ça se surveillait et que ça pouvait avoir des contre-indications. [...] On s'est rendu compte tout d'un coup qu'il fallait être médecin, consciencieux, sérieux pour prescrire la pilule mais il faut absolument prendre le temps d'interroger les gens et de leur expliquer que ça n'est pas des bonbons. »

Nous nous sommes ainsi rendus compte que la polémique concernant les risques thromboemboliques en lien avec l'utilisation des pilules avait marqué les professionnels de santé et avait eu une influence sur leurs pratiques, qu'il s'agisse de leurs investigations préalables, ou de leur prescription. En effet, nous avons pu voir que les professionnels étaient tout particulièrement attentifs à la recherche de risques thromboemboliques chez leurs patientes. Le discours du docteur C, choqué par le décès d'une patiente de sa commune témoigne de l'impact qu'a pu avoir ce débat médiatique : *« Mais je crois que plus les années passent et plus on est prudent avec les pilules œstroprogestative et les contre-indications vasculaires, sein et tabagisme. Il y a quelques années, on y allait plus franchement [...] Je pense que c'est un petit peu dû à ce qu'il y a eu, ces scandales. Vous êtes de Limoges ? Vous savez qu'il y a eu une dramatique chose (ici) ? Ça a été sur les journaux, à la télévision. Il y a une jeune fille de 23 ans qui est décédée en 2010 d'une embolie pulmonaire, et elle avait une pilule œstroprogestative. Donc ça a été jugé. La pilule est en cause. Embolie pulmonaire sur ... C'est vraisemblablement ça. L'embolie pulmonaire a été vérifiée à l'autopsie, il y a de grandes chances que ça soit ça. Donc si vous voulez, ça frappe un peu et ça fout les boules, quoi. »*

3.5. Stéréotypes concernant les méthodes naturelles et les méthodes barrière

Les praticiens interrogés ont signalé qu'ils voyaient peu de patientes désireuses de méthodes barrières ou naturelles. Ils ont encore une fois mis en exergue un certain profil de patientes adeptes de ce genre de méthodes, comme le docteur D : *« Les jeunes filles qui ne veulent pas d'hormones ni de stérilet ont l'estampille 'écolo' »*, ou encore le docteur I : *« Les Gens un peu croyants utilisent les méthodes naturelles. »*, et le docteur F : *« Il m'arrive de proposer la cape cervicale ou le diaphragme à des éco-bios qui ne veulent pas utiliser d'hormones ou avoir de corps étranger. Elles ont plutôt la trentaine ou la quarantaine. »* Ils sont généralement très critiques et sceptiques s'agissant de l'efficacité de ce genre de méthodes, comme le docteur D qui s'inspire de son expérience personnelle : *« Alors je leur dis que moi je suis un enfant Ogino, que mon fils est un enfant Ogino, et que ça a été le meilleur moyen de repeupler la Terre ! »*

3.6. Représentations concernant les patientes

De manière générale, les professionnels considèrent que le choix de la contraception revient à la patiente. Cependant, dans leur discours, nous avons constaté également qu'ils interprètent les désirs, craintes et habitudes de vie des consultantes en fonction de leurs profils, sans forcément en avoir discuté avec elles auparavant.

Ils ont une idée bien précise de l'impact de l'examen gynécologique sur les jeunes nullipares, s'inspirant de leur expérience professionnelle : « *Les jeunes filles ont peur de l'examen gynéco* ». Un autre dit que : « *L'examen gynécologique est traumatisant pour les jeunes filles de 16 ans* », ou sur leurs questionnements : « *Les jeunes filles posent plus de questions sur les règles et leurs caractéristiques, l'hygiène, les problèmes d'acné* », et aussi : « *Il y a des « petites » qui utilisent le préservatif de manière assez aléatoire.* » Ils sont aussi soucieux du financement de la contraception : « *Il faut prescrire des moyens de contraception remboursés aux « petites jeunes » qui n'ont pas toujours de sous.* ». Ils mettent en évidence une certaine forme d'ignorance, voire d'irresponsabilité : « *Les jeunes filles ne savent pas les antécédents familiaux.* » « *Les jeunes filles fument souvent* ». Quant à la nullipare plus âgée, elle a également une caractéristique qui lui est propre selon les praticiens : « *L'adulte ne vient pas nous voir pour une contraception, elle en a déjà une* »

Il s'agit encore une fois de représentations qui leurs sont propres et varient en fonction des professionnels interrogés. Cependant, les risques d'oubli, de négligence, les partenaires sexuels multiples, sont des caractéristiques attribuées aux jeunes nullipares de manière récurrente par les professionnels que nous avons interrogés. L'âge semble être un critère décisionnel important.

On peut émettre l'hypothèse que l'image qu'ils se font de la nullipare conditionne leur démarche au cours de la consultation et leur prescription contraceptive. D'un point de vue généraliste, les stéréotypes semblent avoir un impact sur la norme contraceptive établie depuis les années 1970 en France, comme nous le résume Yaëlle Amsellem-Mainguy [45] : « *La norme voudrait que l'utilisation des méthodes de contraception dépende surtout de la position dans le cycle de vie. [...] On comprend alors comment la pilule, en tant que méthode hormonale réversible, est devenue l'apanage des femmes les plus jeunes, le stérilet celui des plus âgées.* »

3.7. Conclusion

Il nous est apparu au cours des entretiens que les praticiens interrogés avaient de nombreux stéréotypes concernant le modèle contraceptif des nullipares.

De manière générale, les caractéristiques des médecins ne semblent pas conditionner leurs croyances. Cependant, le risque infectieux en lien avec l'utilisation du DIU est surtout appréhendé par les professionnels de plus de 50 ans. On peut supposer que l'historique du DIU et le scandale imputé au Dalkon Shield dans les années 1970 l'a rendu très impopulaire. Au contraire, l'essor de la pilule et sa démocratisation dans les années 1980 semble avoir rendus fervents les défenseurs de cette méthode qu'ils associent à la « libération sexuelle féminine » et à la diminution du taux d'interruptions volontaires de grossesse.

Par ailleurs, les stéréotypes concernant le patch et l'anneau contraceptifs sont surtout retrouvés chez des professionnels de sexe masculin.

Les représentations sont fortement présentes dans la pensée des médecins et influencent indirectement leurs pratiques. Nous pouvons prendre l'exemple des DIU : la représentation négative que les professionnels ont de son emploi chez les nullipares oriente leur discours et de fait, ils sont très dissuasifs auprès de leurs patientes. Ainsi, la pilule œstroprogestative immédiatement réversible est devenue l'apanage des jeunes femmes sans enfant.

Mais ces stéréotypes viennent de représentations initiales qu'ont les médecins de la nullipare, sa personnalité et son style de vie.

Ceci pourrait rejoindre le document de synthèse émis par la HAS en avril 2013 [3] : « *En raison de représentations socioculturelles, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible. [...] Elles peuvent influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix d'une méthode contraceptive.* »

Ainsi, nos deux hypothèses apparaissent intriquées : les stéréotypes développés par les professionnels ont une influence sur leurs pratiques, ce qui les éloigne nécessairement des recommandations émises par la HAS.

Nous pouvons donc valider l'hypothèse selon laquelle les stéréotypes concernant la contraception des nullipares existent dans le discours des professionnels de santé.

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît que la nullipare bénéficie d'une vigilance particulière lors du choix de sa contraception. Ce constat est fait dans un contexte d'évolutions récentes en matière de normes contraceptives [34].

Les professionnels de santé semblent suivre les recommandations émises par la HAS concernant la recherche d'antécédents et le déroulement de l'examen. Le choix contraceptif demeure encore celui du professionnel, qui se tourne généralement vers une pilule. Nous pourrions expliquer ce fait par un esprit contestataire envers les organismes de santé, mais aussi par l'omniprésence de stéréotypes en lien avec les méthodes de contraception. La patiente nullipare est encore trop souvent assimilée à la jeune fille débutant sa vie sexuelle et ayant des partenaires multiples. Cette représentation rejoint les normes contraceptives établies en France depuis les années 1970 : la pilule est la contraception de la femme jeune, au début de son activité sexuelle [3].

Cependant, le débat médiatique concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations en 2012 a ébranlé les pratiques contraceptives, aboutissant à une remise en question de la part des groupes d'experts, mais aussi des professionnels de santé [1].

Les praticiens interrogés, sensibilisés par les risques thromboemboliques médiatisés, suivent les recommandations de la HAS et prescrivent des pilules de 2^{ème} génération. Nous pouvons également penser que la pression économique caractérisée par le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations a conditionné les prescriptions des professionnels de santé.

Cette controverse semble avoir contribué à assouplir un modèle contraceptif fortement centré sur la pilule. Au cours de nos entretiens, nous avons pu apercevoir une esquisse d'un nouveau paysage contraceptif pour les nullipares : une demande accrue de la part des patientes elles-mêmes de porter une DIU ou un implant ont commencé à convaincre les professionnels de diversifier leurs prescriptions. Ces derniers éléments rejoignent le constat établi par Nathalie Bajos [34]. Cependant, la reconfiguration du paysage contraceptif reste très modérée, et les professionnels très réticents à l'idée d'élargir le champ contraceptif de la nullipare.

Depuis les 3 dernières années, les groupes d'experts multiplient les études et nouvelles recommandations en lien avec les prescriptions de contraception. Les dernières datent de janvier 2015. Il s'agit donc d'un domaine en constante mutation et il semble difficile d'établir un consensus définitif s'agissant de la contraception des nullipares. Toutefois, nous pouvons espérer que l'évolution du positionnement de la HAS et de l'OMS va amorcer de nouvelles pratiques en matière contraceptive pour la nullipare. D'ailleurs, les efforts fournis par les groupes d'experts concernant l'information et la recherche d'une contraception adaptée aux patientes semblent commencer à porter leurs fruits : le choix de la patiente devient un élément essentiel de la consultation. Si la décision finale revient encore généralement au praticien, une place est laissée au dialogue et à l'écoute de la consultante.

Il serait intéressant de recueillir l'avis des patientes concernant leur prise en charge, afin de pouvoir comparer les différents points de vue. Des entretiens menés auprès des consultantes permettraient de mesurer leur satisfaction par rapport à la durée de la consultation et à la place laissée pour l'écoute, l'échange et le dialogue au cours des consultations. Une écoute conjointe du ressenti des professionnels et des patientes est un élément clef pour le choix d'une contraception adaptée et efficace. La confrontation des différents points de vue pourrait alors mener à une totale refonte du modèle contraceptif français figé depuis près de 45 ans. Cependant, une évolution des représentations de la part des professionnels est nécessaire pour diversifier et moderniser les pratiques.

Références bibliographiques

- [1] **CABUT S., KRÉMER P., SANTI P. :**
« Alerte sur la pilule de 3e et 4e génération ». *www.lemonde.fr* -2012.
Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806485_1651302.html (consulté le 14 septembre 2013)
- [2] **INPES :**
« Inpes - Communiqué de presse - Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? ». *www.inpes.sante.fr* -2011.
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/11/cp111026.asp> (consulté le 14 septembre 2013)
- [3] **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ :**
« Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée ». *www.has-sante.fr* - 2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf (consulté le 12 octobre 2014)
- [4] **MOREAU C.**
« Contraception longue durée en France, pourquoi ce désamour ? ». *http://www.medscape.fr*
Disponible sur : <http://www.medscape.fr/genito-urinaires/articles/1446817/> (consulté le 14 septembre 2013)
- [5] **TRESOR DE LA LANGUE FRANCAISE INFORMATISE**
« Trésor de la langue française informatisé » *www.tlf.fr*
Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1955288490;>
(consulté le 14 septembre 2013)
- [6] **DICTIONNAIRE LAROUSSE**
« Encyclopédie Larousse en ligne - adolescence ». *www.larousse.fr*
Disponible sur : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/adolescence/10982> (consulté le 14 septembre 2013)
- [7] **ETOUBLEAU C. :**
Cours sur la puberté normale. DFGSMa3. année -2013 2012. (consulté le 14 septembre 2013)
- [8] **MARCHADIER A. :**
Mémoire sur l'évaluation des connaissances des lycéens en classe de terminale en Haute Vienne concernant la contraception d'urgence - 2013. (consulté le 20 septembre 2013)
- [9] **INED :**
« [INED] L'âge au premier rapport sexuel ». *www.ined.fr*
Disponible sur :
http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel/ (consulté le 14 septembre 2013)
- [10] **L'EXPRESS :**
« Enquête sur les 13-18 ans - L'EXPRESS ». *www.lexpress.fr*
Disponible sur: http://www.lexpress.fr/informations/enquete-sur-les-13-18-ans_641139.html
(consulté le 15 septembre 2013)

[11] **DICTIONNAIRE LAROUSSE :**

« Définitions: adulte - Dictionnaire de français Larousse ». www.larousse.fr
Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adulte/1229?q=adulte#1218>
(consulté le 15 septembre 2013)

[12] **INSEE :**

« Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans ». www.insee.fr
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419 (consulté le 15 septembre 2013)

[13] **DICTIONNAIRE LAROUSSE :**

« Définitions: contraception - Dictionnaire de français Larousse ». - www.larousse.fr
Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642> (consulté le 14 septembre 2013)

[14] **CHARTIER N. :**

Cours de Contraception. DFGSMa3. année 2012-2013.

[15] **INPES :**

« Accueil | Choisir sa contraception ». www.choisirsacontraception.fr
Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr/> (consulté le 14 septembre 2013)

[16] **HAS :**

« Haute Autorité de Santé - Contraception: focus sur les méthodes efficaces » www.has-sante.fr
- 2013
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1536443/fr/contraception-focus-sur-les-methodes-efficaces?xtmc=&xtcr=3 (consulté le 14 septembre 2013)

[17] **HAS :**

« Contraception : prescription et conseils aux femmes » www.has-sante.fr - 2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf (consulté le 7 avril 2015)

[18] **HÉLÈNE BRETIN :**

« Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France » www.persee.fr
Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1628 (consulté le 29 novembre 2014)

[19] **INPES :**

« Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » www.inpes.fr
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf> (consulté le 29 novembre 2014)

[20] **BOURDIER L. :**

La contraception féminine - Cours M1, année 2013-2014.

- [21] **HAS :**
« Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique - dp041207.pdf » *www.has-sante.fr* - 2004
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf> (consulté le 11 octobre 2014)
- [22] **HAS :**
« Haute Autorité de Santé - Contraception : Fiches mémo ». *www.has-sante.fr* - 2013
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo?xtmc=&xtcr=3 (consulté le 14 septembre 2013)
- [23] **HAS :**
« fiche-contraception-adolescente.pdf ». *www.has-sante.fr* - 2013
Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-adolescente.pdf> (consulté le 12 octobre 2014)
- [24] **HAS :**
"Choisir sa contraception avec un professionnel de santé" *www.has-sante.fr* - 2013
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/choisir_sa_contraception_avec_un_professionnel_de_sante.pdf (consulté le 11 octobre 2014)
- [25] **HAS :**
« aide_decision_patient.pdf ». *www.has-sante.fr* - 2013
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_patient.pdf (consulté le 11 octobre 2014)
- [26] **BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., MOREAU C. :**
« [INED] Population et Sociétés ». *www.ined.fr* - 2012
Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1606/ (consulté le 15 septembre 2013)
- [27] **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE :**
"Vaccination contre les infections à papilloma virus humains. Données actualisées" - *www.hcsp.fr*
Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=454> - (consulté le 5 janvier 2015)
- [28] **INA :**
"Jalons Pour l'histoire du temps présent - L'invention de la pilule" - *www.ina.fr*
Disponible sur : <http://fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01435/l-invention-de-la-pilule.html> (consulté le 6 novembre 2014)
- [29] **COMMISSION DE LA TRANSPARENCE - HAS :**
« Contraceptifs oraux de troisième génération : Réévaluation ». *www.has-sante.fr* - 2012.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevauation_c3g.pdf (consulté le 30 novembre 2014)

- [30] **COMMISSION DE LA TRANSPARENCE - HAS :**
« Contraceptifs oraux œstroprogestatifs: préférez les “pilules” de 1re ou 2e génération ». *www.has-sante.fr* - 2012.
Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf (consulté le 30 novembre 2014)
- [31] **JEANBLANC A. :**
« Pilules contraceptives : des risques réels mais rares - Le Point ». *www.lepoint.fr* - 2013.
Disponible sur : http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/pilules-contraceptives-des-risques-reels-mais-rares-26-03-2013-1645750_57.php (consulté le 30 novembre 2014)
- [32] **DRIAT D. :**
"Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale" Diplôme d'état de Docteur en médecine - 2012.
Disponible sur : http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se.final_.pdf (consulté le 4 décembre 2013)
- [33] **COLAU J-C. :**
« Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique : La contraception implantable ». *www.cngof.fr*
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2002_GO_279_colau_.pdf (consulté le 17 novembre 2014)
- [34] **BAJOS N. et ses collaborateurs, L'ÉQUIPE FÉCOND :**
« La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? » *www.ined.fr* -2014.
Disponible sur:
http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.fr.pdf (consulté le 11 novembre 2014)
- [35] **HAS :**
« Aider la personne à choisir une contraception adaptée ». *www.has-sante.fr* - 2014.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_medecin.pdf (consulté le 7 avril 2015)
- [36] **HAS :**
« Contraception : aides pour une décision médicale partagée ». *www.Has-sante.fr* -2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf (consulté le 12 avril 2015)
- [37] **HAS :**
« Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et IVG) » *www.has-sante.fr* -2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf (consulté le 8 avril 2015)

- [38] **HAS :**
« Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » www.has-sante.fr - 2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf (consulté le 8 avril 2015)
- [39] **ASSOCIATION FRANÇAISE DU DIABÈTE :**
« La contraception : Diabète » - afd.asso.fr
Disponible sur : < <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/femmes/contraception> > (consulté le 9 avril 2015)
- [40] **ÉQUIPES SCIENTIFIQUES ET ÉDITORIALES DU VIDAL :**
Notice d'utilisation du DIU NT380
Disponible sur: *Vidal* édition 2013.
- [41] **HAS :**
« Contraception chez l'adolescente ». www.has-sante.fr - 2013.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf (consulté le 9 avril 2015)
- [42] **DOCTEUR SERFATY :**
« Les dispositifs intra-utérins » - cngof.asso.fr - 2000.
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2000_go_281_serfaty.pdf (consulté le 26 mars 2015)
- [43] **DOCTEUR SERFATY :**
« Les DIU, de l'adolescence à la ménopause » - cngof.asso.fr - 2006
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/005/ (consulté le 26 mars 2015)
- [44] **GUYOMAR M., GUILLOTTEAUG. :**
"Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins, en Sarthe et en Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la femme nullipare?" - 2012.
Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20012081/2012MCEM382/fichier/382F.pdf> (consulté le 12 avril 2015)
- [45] **AMSELLEM-MAINGUY. Y. :**
« Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives » - caf.fr - 2010.
Disponible sur : < <http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/PSF/100/PSF100-2-Yaelle%20Amsellem-Mainguy.pdf> > (consulté le 12 avril 2015)
- [46] **VENTOLA C. :**
« Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées » - gss.revues.org - 2014.
Disponible sur : <http://gss.revues.org/3215> (consulté le 12 avril 2015)

Annexes

Annexe 1

LES SALES PHARMACEUTIQUES

CONTRACEPTIFS ORAUX COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1^{er} septembre 2012 Estro-progestatifs

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 ^{ère}	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril – Ludéal – Zikiale	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo - Lovavulo Optilova	21 cp (+ 7 j d'arrêt) 21 cp actifs + 7 placebo
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
		Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol – Amarance – Daily - Evancia - Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
	Norgestrel	Monophasique	Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^{ème}	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol Biogaran 150/20	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Vamoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol Biogaran 150/30 Vamoline continu	21 cp (+ 7 j d'arrêt) 21 cp actifs + 7 placebo
			Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Mélodia – Minesse – Sylviane - Edenelle - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / Teva	24 cp actifs + 4 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet, Méliane - Carlin 75/20 - Efezial 75/20 - Félixita 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
Gestodène			Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Monéva – Carlin 75/30 - Efezial 75/30 - Félixita 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Phaéva - Tri-Minulet
Norgestimate	Monophasique		Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Cilest - Effprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Tricilest - Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran Jasminelle continu - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu Yaz – Rimendia	21 cp actifs + 7 placebo 24 cp actifs + 4 placebo
			DiénoGEST	Multiphasique	DiénoGEST 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.
	Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1^{er} septembre 2012 Progestatifs

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	---	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3 ^{ème}	Désogestrel	---	Désogestrel 75 µg	Cérazette - Désogestrel Ratiopharm	28 cp

Annexe 2

Freins		Type de méthode							Leviers d'action	
		Pilule contraceptive	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Méconnaissance des risques et des contre-indications	Croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares. Surestimation des complications des DIU (grossesses extra-utérines, infections pelviennes). Sous-estimation des effets indésirables des pilules de 3 ^e et 4 ^e génération.	✓				✓				Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues, et sages-femmes.
Méconnaissance de certains contraceptifs					✓		✓			Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.
Formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques	Pose de DIU. Retrait d'implants expliquant leur réticence à en poser.			✓		✓				Formation initiale et continue en particulier des médecins généralistes.
Contraintes matérielles et de temps pour la pose de DIU	Contraintes matérielles liées à l'absence fréquente du matériel nécessaire à la pose de DIU chez les médecins généralistes. Contraintes liées au mode de prise en charge (paiement à l'acte).			✓		✓				Information sur les kits de pose et de retrait d'implant et de DIU.
Réticence à informer et à proposer une contraception définitive	Difficulté à porter atteinte à l'intégrité du corps dans une optique préventive. Méconnaissance de la loi de 2001.							✓		Information des femmes et des hommes sur ces méthodes. Formation des médecins.

Has - 2013 « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix à une contraception adaptée ».

Annexe 3 (1/2)

Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Difficultés ressenties en termes de confidentialité (suite)	Dissimulation de la contraception	La volonté de dissimuler la prise contraceptive peut amener à des prises de risque. Certaines méthodes sont plus adaptées à la volonté de dissimuler la prise contraceptive, à l'égard du partenaire.	✓	✓		✓		✓			Soulever le point lors de la consultation et adapter le mode de contraception.
Méconnaissance et manque d'information	Sur le caractère contraceptif de l'allaitement. Sur les périodes fécondantes	Dans certains cas, paradoxalement, c'est la connaissance elle-même qui est à l'origine de fausses interprétations qui conduisent à des prises de risque. Par exemple il est apparu que les étudiants déduisaient des informations retenues dans le cadre de leur cours de biologie sur les mécanismes d'ovulation qu'il suffisait de se protéger durant cette période restreinte sans prendre en compte les risques de cycles irréguliers.						✓	✓		Éducation à la sexualité.
Rumeurs, croyances, désinformation	Ex. la pilule fait systématiquement grossir, le DIU n'est posé que chez les femmes qui ont déjà eu un enfant, sous-estimation de la durée d'efficacité de l'implant contraceptif, le DIU est abortif et rend stérile, la stérilisation affecte les performances sexuelles, le préservatif est associé au multipartenariat, etc.	Il existe une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses qui circulent sur les sites internet et dans les forums de discussion.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	Information.
Difficultés d'accès géographique	Consultation gynécologique	Dans la mesure où le refus de poser un DIU ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes que chez les gynécologues, le choix de cette méthode contraceptive est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme.			✓		✓				

Annexe 3 (2/2)

Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Conséquences ressenties et/ou appréhendées (effets secondaires, impact négatif sur le bien-être sexuel) (suite)	Baisse de la libido	La baisse de la libido peut être un effet indésirable d'une contraception hormonale. Elle peut constituer un frein et justifier le changement de la méthode contraceptive.	✓	✓	✓	✓					Information sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives.
	Diminution du plaisir sexuel et/ou de la proximité avec le partenaire	Certaines contraceptions, en particulier les méthodes barrières, peuvent induire une perte de plaisir sexuel liée à une diminution de la sensibilité des muqueuses. Cet effet peut être ressenti par l'un ou par les deux partenaires. Dans tous les cas, elle peut justifier un changement de la méthode contraceptive.						✓			
Rejet de la médicalisation		La volonté de limiter la consommation médicamenteuse perçue comme « antinaturelle » est de plus en plus diffusée.	✓	✓	✓	✓					
Contraintes ressenties	Prise quotidienne à heure fixe	Les conditions de suivi de certains modes de contraception peuvent être difficilement compatibles avec les rythmes de vie irréguliers ou décalés.	✓								
Manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive		Le choix contraceptif peut être fait en fonction du partenaire masculin et se révéler peu satisfaisant pour la femme. L'exercice d'une domination masculine qui se manifeste au travers d'un manque d'adhésion à la démarche contraceptive rend particulièrement contre-indiquées des méthodes qui nécessitent sa vigilance.	✓					✓	✓		
Difficultés ressenties en termes de confidentialité	Accès à la consultation contraceptive	Bien que la loi garantisse un accès autonome des jeunes à la contraception, pour lequel le consentement parental n'est plus requis, ce droit leur est dénié dans les faits lorsqu'ils doivent faire appel à la couverture sociale de leurs parents.	✓	✓	✓	✓	✓				Information sur les dispositifs existants. Extension du tiers payant pour les consultations médicales. Dispositif spécifique garantissant la confidentialité. Extension des Pass contraception/Pass santé.

HAS – 2013 « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix à une contraception adaptée »

Annexe 4 : Grille d'entretiens

Je m'intéresse à la contraception des nullipares. L'entretien porte sur le déroulement de vos consultations de contraception lors du choix d'une contraception pour une nullipare. Mes entretiens sont anonymes, ainsi votre nom ne sera jamais cité. J'utiliserai Monsieur ou Madame tout au long de l'entretien. Cet entretien sera enregistré au moyen d'un dictaphone.

1. Présentation

Bonjour Madame/Monsieur X. Si vous le voulez bien, nous allons débiter par quelques questions d'ordre général :

- Quel âge avez-vous ? Ou dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
 - Entre 30 et 40 ans
 - Entre 40 et 50 ans
 - Plus de 50 ans
- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?
- Avez-vous suivi une formation complémentaire ou obtenu un diplôme universitaire complémentaire dans le domaine de la gynécologie-obstétrique ?
 - Si oui en quelle année ?
 - Quel était l'objectif de cette formation ?

2. Déroulement de la consultation

Maintenant, nous allons aborder précisément le cadre de la consultation :

- Pourriez-vous définir ce qu'est pour vous une nullipare ?
En fonction de la réponse, faire détailler nullipare « adolescente » et nullipare « adulte ».
- Pourriez-vous décrire de manière assez exhaustive une première consultation de gynécologie avec une patiente nullipare venant pour une contraception ? Comment procédez-vous ?
En l'absence de réponse complète à la question, demander :
 - Lors de la constitution du dossier d'une patiente nullipare que demandez-vous ?
En cas de réponse non explicite de la part du professionnel à la question demander
 - Quels renseignements demandez-vous d'un point de vue des antécédents personnels, médicaux, gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux ?
 - Quels renseignements demandez-vous concernant ses habitudes de vie, sa vie sexuelle, son éventuel mode de contraception actuel ou antérieur ?
- Comment réalisez-vous l'examen clinique général et gynécologique chez la nullipare « adolescente » ?
Chez la nullipare « adulte » ?
- Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Sont-ils les mêmes dans les deux populations ?

- Pouvez-vous me dire en quoi cette première consultation peut être différente selon qu'il s'agit d'une nullipare « adolescente » ou d'une nullipare « adulte » ?
- Combien de temps dure en moyenne cette première consultation de contraception ?
- Quels conseils et informations donnez-vous à une nullipare durant cette consultation ?
En fonction de la réponse faire préciser pour une nullipare « adolescente » et nullipare « adulte »

3. La prescription d'une contraception

- Selon vous, comment se fait le choix de la méthode contraceptive la plus appropriée à votre patiente ?
- Que se passe-t-il quand une patiente vient avec un choix précis de contraception ? Si vous êtes en désaccord avec ce choix, que faites-vous ? Que lui dites-vous ?

4. La contraception hormonale

- Si vous faites le choix d'une contraception hormonale pour une patiente nullipare, que prescrivez-vous en première intention ? Pour quelles raisons ?
- Selon vous, qu'est ce qui est fondamental dans le choix de la prescription ?
- Quelles sont les contre-indications à la prescription d'une contraception hormonale chez une nullipare « adolescente » ou une nullipare « adulte » ?

5. Concernant la contraception intra-utérine

- Que pensez-vous de la prescription du DIU chez la nullipare ?
- En prescrivez-vous aux une nullipare ? Dans quelles circonstances ?
- Si vous n'avez jamais prescrit de DIU à une nullipare, pouvez-vous expliquer pourquoi ?
- Avez-vous déjà été confronté à une nullipare désireuse d'un DIU ? Qu'avez-vous fait ?
- En cas de refus de pose d'un DIU à une nullipare, quels arguments lui avancez-vous ? Que proposez-vous alors ?

6. Concernant les autres modes de contraception

- Vous arrive-t-il de prescrire d'autres moyens de contraception aux nullipares « adolescentes » ? Aux nullipares « adultes » ? Lesquels ?

Si réponse non explicite :

- *Proposez-vous la contraception par préservatifs masculin ? Par préservatif féminin ? Dans quel contexte ?*
- *Proposez-vous la contraception par spermicide ? Proposez-vous cette contraception en association avec une autre méthode contraceptive ? Dans quel contexte ?*
- *Proposez-vous la contraception par diaphragme ou cape cervicale ? Dans quel contexte ?*

7. Concernant le suivi des patientes au long cours

- Comment organisez-vous le suivi des patientes nullipares auxquelles vous prescrivez une méthode contraceptive ?
- Que prescrivez-vous comme bilan suite à votre prescription de contraception ? Quand ?

8. Concernant les recommandations des autorités de santé

- Quelle est votre attitude par rapport aux différentes recommandations émises par les groupes d'experts tels que la HAS, l'ANSM, l'OMS ?
- Comment ces recommandations influent-elles sur votre pratique ?

Pour le personnel hospitalier uniquement :

- Les protocoles ou habitudes de service ont-elles une influence sur votre pratique au sein de l'hôpital ?

Annexe 5 : Entretien avec le docteur D le 22/05/2014

LD: Je m'intéresse à la contraception des nullipares. L'entretien porte sur le déroulement de vos consultations de contraception. L'entretien est anonyme, j'utiliserai le terme « Monsieur » tout au long de l'entretien. Celui-ci sera enregistré au moyen d'un dictaphone.

Tout d'abord Monsieur, si vous le voulez bien, nous allons commencer par des questions d'ordre général. Quel âge avez-vous ou dans quelle tranche d'âge vous situez-vous : entre 30 et 40 ans, entre 40 et 50 ans, plus de 50 ans ?

Docteur D : Plus de 50.

LD : Quel est votre diplôme ?

Docteur D : Alors, mon diplôme ... Je suis docteur en médecine. Je suis spécialisé en chirurgie générale, et gynécologie obstétrique.

LD : Depuis combien de temps êtes vous diplômé ?

Docteur D : 1980.

LD : Est-ce que vous avez suivi une formation complémentaire ou obtenu un diplôme universitaire supplémentaire dans le domaine de la gynécologie obstétrique ?

Docteur D : Le DU d'échographie.

LD : En quelle année ?

Docteur D : Quand il a été créé en limoges. Peut être 85 ? Ou entre 85 et 90, je dirais.

LD : Quel était l'objectif de cette formation ?

Docteur D : De valider une pratique que nos praticiens depuis le début de l'échographie. Donc à l'époque, nous étions enseignants et enseignés.

LD : Au cours de l'internat, vous n'aviez pas eu de formation ?

Docteur D : Ça n'existait pas. On s'est formé avec la pratique car il n'y avait pas, à l'époque, d'enseignant.

LD : Nous allons parler maintenant du déroulement de la consultation. Pourriez-vous définir ce qu'est pour vous une nullipare ?

Docteur D : C'est une personne qui n'a jamais eu de grossesse. Non ! Une nullipare non, la parité c'est une personne qui n'a jamais accouché, alors que la gestation, ce sont des grossesses qui se sont terminées ou pas, par un accouchement, voilà.

LD : Est ce que vous faites une distinction entre une nullipare adolescente et une nullipare adulte ? Et si oui, y a-t-il une limite d'âge selon vous entre une adulte et une adolescente ?

Docteur D : Il y a quand même une différence, parce que je dirais que chez la jeune fille, en particulier qui a été mise sous pilule, l'utérus reste, je dirais, pas hypoplasique, mais beaucoup plus petit que chez une personne qui a eu une imprégnation hormonale pendant 10 ou 20 ans, de préférence sans pilule, parce qu'avec les minipilules on a quand même des utérus qui restent petits. Donc il y a quand même une différence entre les deux.

LD : Donc en fait, c'est l'imprégnation hormonale qui selon vous fait la différence ?

Docteur D : Oui cela va jouer sur la taille de l'utérus.

LD : Et y a-t-il un âge limite qui selon vous permet de qualifier une nullipare adulte ou adolescente ?

Docteur D : C'est plus en fonction de ce que je viens de vous dire que je fais une différence.

LD : **Pourriez-vous décrire de manière assez exhaustive une première consultation de gynécologie avec une patiente nullipare qui vient pour une contraception ? Comment procédez-vous ?**

Docteur D : D'abord je demande si elle a eu des rapports sexuels ou si elle veut en avoir. Je lui explique un peu l'intérêt de la contraception, en particulier œstroprogestative, par rapport aux moyens mécaniques tels que le préservatif. Parce que le préservatif c'est plus la prévention des maladies sexuellement transmissibles, et une contraception de bonne qualité.

Ensuite on a la contraception œstroprogestative, qui elle est la contraception de la jeune fille classique, et cette contraception là protège de la grossesse.

Après on passe sur les contre-indications que l'on cherche- c'est surtout les risques thromboemboliques qu'il peut y avoir - s'il y a eu des antécédents médicaux particuliers, afin de savoir s'il y a certaines pathologies qui peuvent interférer sur une contraception œstroprogestative. Une fois qu'on a fait le tour des antécédents, on peut discuter de quel type de contraception on peut envisager, parce que chez certaines on a des contre-indications.

LD : **Donc lors de la constitution du dossier de la patiente nullipare, les éléments que vous venez de m'énoncer sont les éléments que vous demandez principalement ?**

Docteur D : Il y a aussi les antécédents familiaux et si elle a déjà eu un moyen de contraception.

LD : **Comment réalisez-vous un examen clinique, et comment le réalisez-vous selon que la patiente est adolescente ou adulte ?**

Docteur D : Il y a peu de différences, parce que j'estime que lorsqu'une jeune fille vient, bon, si elle a pas eu de rapports il est certain qu'on va pas faire d'examen. Si par contre elle a déjà eu des rapports sexuels déjà depuis quelques temps, là elle va rentrer dans un examen normal avec frottis, même si on nous préconise des frottis qu'à partir de ... je crois que c'est 25 ans, ou je ne sais trop quoi. Ce qui est important, c'est de donner l'habitude aux jeunes filles, quand elles viennent, d'avoir leur examen et d'avoir leur frottis en même temps de telle façon à ce qu'elles se disent bon « *je suis venue, on m'a examinée* ». Que dans leur tête, elles sachent d'emblée ce qu'est une consultation gynécologique, et qu'il y a un examen gynécologique.

LD : **En fait c'est un examen qui permettrait plus qu'elles se rendent compte de « l'utilité » de la consultation selon vous ?**

Docteur D : Pour qu'elles en prennent l'habitude.

LD : **Donc quels sont les critères importants qui vous feront examiner ou non une patiente ?**

Docteur D : Cela va être la fréquence des rapports sexuels.

LD : **Que faites-vous de supplémentaire durant cette consultation ?**

Docteur D : Je ne fais que l'examen gynécologique. Dans la mesure où il n'y a pas d'antécédents particuliers, la tension ne sert à rien. Par contre elles auront un bilan biologique lipidique 3 mois après le début de la prise de la pilule. Et on en profite pour regarder le sérodiagnostic de rubéole et de toxoplasmose en vue d'une future grossesse, et si elles sont rubéole négatives, on les fait vacciner.

LD : **Vous faites les bilans d'immunisation à la toxoplasmose et à la rubéole en systématique ?**

Docteur D : Oui.

LD : Pouvez-vous me dire en quoi cette première consultation est différente selon qu'il s'agit d'une nullipare adulte ou adolescente ?

Docteur D : Y a pas de ... Je dirais que celle qui est adulte, généralement, elle a déjà un passé sexuel qui fait qu'elle va pas venir nous demander la pilule, elle a déjà un moyen de contraception. C'est évident, et puis c'est quand même rare qu'à 35 ans on voit arriver une femme qui n'a jamais non plus eu d'examen gynéco et qui ne prend pas la pilule alors qu'elle a une vie sexuelle.

LD : Donc elle vient plus pour quoi cette patiente ?

Docteur D : Généralement c'est pour avoir un bilan donc ... Un bilan gynécologique ; elles ont déjà à 99, virgule et quelques un moyen de contraception.

LD : Comment procédez-vous pour une personne mineure ?

Docteur D : Je sais pas. Donc pour moi, il n'y a pas de différence d'âge, donc mineure, pas mineure, quand une personne pour moi vient en consultation, elle a droit à sa consultation, je n'ai pas à tenter de savoir si elles ont l'autorisation des parents ou pas. Et si elle vient avec ses parents c'est la jeune fille qui décide s'ils viennent avec elle dans la salle de consultation. Quand la mère me demande « est ce que je peux venir » je dis « c'est pas à moi mais à votre fille qu'il faut poser la question ».

LD : Combien de temps dure en moyenne cette consultation ?

Docteur D : Le temps de leur expliquer, parce qu'après il y a le temps d'explication de l'utilisation de la pilule. Leur expliquer ce qu'il peut leur arriver, etc. Avec en plus l'examen ... Cette consultation dure aux alentours de 20 minutes.

LD : Et si elle vient pour une contraception, vous discutez exclusivement de la pilule ?

Docteur D : On va discuter de la pilule, du moyen de la prendre, etc. Qu'il y a un bilan biologique à faire au bout de 3 mois, puis qu'on se reverra au bout de 6 mois pour faire un premier examen, donc c'est, voilà ... Une fois qu'elle aura eu ses rapports.

LD : Quels conseils et informations allez-vous donner ?

Docteur D : Ben c'est surtout sur les oublis.

LD : Comment est-ce-que vous faites ?

Docteur D : Pour les oublis on essaie de leur faire comprendre que maintenant elles ont toutes un téléphone portable et qu'il y a un système de sonnerie, et que, elles savent mieux se servir de ça que moi et qu'à partir de ce moment là, qu'elles règlent leur téléphone pour essayer de prendre ça à une heure à peu près régulière.

LD : Vous expliquez l'importance de prendre la pilule à des heures régulières ?

Docteur D : Oui, les risques de grossesse, les risques s'il y a un oubli, et si elle l'oublie un peu trop, elle a intérêt à faire très très attention.

LD : Maintenant on va parler des prescriptions de contraception. Selon vous comment se fait le choix de la méthode contraceptive la plus appropriée à votre patiente ?

Docteur D : Alors euh ... On a eu un tel bordel dans la contraception œstroprogestative avec une étude, enfin ... On peut même pas parler d'étude ... Avec des résultats qui auraient montré qu'il y avait 2 fois plus, non en réalité c'est une fois et demi plus d'accidents thromboemboliques avec les 3^{ème} générations qu'avec les 2^{ème} ; que ... qu'est ce qu'ils nous ont foutu comme binz ? Finalement ça a surtout entaché l'image de la contraception œstroprogestative en général, c'est-à-dire la pilule. Il faut savoir quand même que dans les années 60-70, il y a des femmes qui se sont battues pour

avoir la pilule, et que on a une espèce de bécasse qui nous sert de ministre qui est venue foutre son nez là-dedans on sait pas pourquoi ni pour quelle raison, c'est assez obscur, et qui fait qu'elle ne s'est même pas rendu compte qu'elle attaquait quand même un symbole de la liberté sexuelle de la femme. Ca ça a été quand même je dirais, pour beaucoup de gynécologues, ça a été vraiment quelque chose de très négatif.

LD : Pourquoi ?

Docteur D: Parce que il n'y a pas je dirais en réalité ... Ce qu'ils nous ont donné comme étude, ce n'est pas quelque chose de scientifique. Il aurait fallu qu'on ait une étude en double aveugle pour savoir exactement. Là on nous a sorti « *alors là donc on a regardé, dans les hôpitaux y a eu tant d'accidents de thrombose, parmi ces jeunes filles y'en avait tant qui étaient sous 2^{ème} génération, d'autres qui étaient sous 3.* » Et là-dessus on essaie de nous faire un calcul en nous disant qu'il y a plus de risques. Il est certain que lorsqu'on voit qu'on a un profil, pour une personne qui vient en consultation, plus cette personne a un profil, je dirais à risque, sans l'être réellement, plus on a tendance à lui donner une pilule plus faiblement dosée. Et il est certain qu'au bout du compte, il y a un biais qui fait que peut être on a choisi par ce biais là des personnes qui effectivement, risquaient plus que celles qu'on mettait sous 2^{ème} génération. Donc on n'a pas d'étude actuellement qui soit satisfaisante là-dessus. Alors il y a autre chose qui est assez surprenant, c'est qu'en Angleterre dans les années 95, il y a eu exactement la même chose qui s'est faite parce qu'on a dit, ben voilà, on a plus de problèmes avec les 3^{ème} générations, du coup donc en Angleterre, il y a une très grande partie des jeunes filles qui sont passées sous... de 3^{ème} à 2^{ème} génération, et le problème c'est que ça n'a pas fait diminuer le nombre d'accidents thrombophlébiques. Alors, on peut quand même se poser des questions sur la réalité de ces choses là. Alors maintenant on va donc chez une jeune fille, bon, qui n'a rien de particulier, comme en plus on a supprimé le remboursement des 3^{ème} génération, on va leur donner donc une 2^{ème} génération d'emblée pour essayer de retrouver les anciennes pilules à 30-40 gamma, ou éventuellement 20 gamma, puisqu'il y en a une qui est sortie avec ce dosage là. Mais il reste quand même parmi les jeunes filles que l'on voit, un certain nombre qui sont je dirais ... souvent qui ont des problèmes d'acné. Ca va de paire avec les séborrhées, et qui relèvent quand même d'une contraception associant un progestatif anti-androgénique, qui est en particulier dans Diane 35 ®. Alors Diane 35 ® c'est pour ça que ça a été décrié parce que c'était euh ... Le laboratoire n'avait pas demandé l'AMM comme moyen de contraception mais comme traitement de l'acné. Alors très bien, mais étant donné qu'il s'agit d'un œstroprogestatif, c'est contraceptif, donc à partir de ça, ce qu'on reprochait c'était de donner ça comme pilule. Effectivement on l'a donné comme pilule, mais pilule anti-acnéique, et euh... on n'avait pas besoin de lui donner en plus un autre moyen de contraception puisqu'on savait que c'était contraceptif. Et là, les personnes qui ont attaqué ce combiné œstroprogestatif ne sont pas des professionnels, ce sont des personnes qui n'ont jamais eu de contact avec les patients. Quand on voit une jeune fille qui arrive, donc qui a des petits problèmes d'acné ; elle arrive avec sa mère ou seule, vous la voyez, donc on a la tête rentrée dans les épaules, on la sent introvertie etc. Donc complexée par ses problèmes de boutons, donc on lui donne la pilule, on la revoit à 6 mois. Et 6 mois après, qu'est ce qu'on a ? Bien je dirais qu'on a une jeune fille qui arrive, elle se tient droite, on la sent épanouie. Donc là-dessus il y a un facteur psychologique qui est très important ! La prescription de Diane 35 ® c'était l'acné, mais c'était aussi en plus traiter, je dirais, un problème psy sous-jacent. Combien est ce que la pilule a évité à des jeunes filles de se suicider ? J'aimerais bien le savoir. Voilà où on arrive avec la stupidité des gens qui se sont mêlés de problèmes qu'ils ne connaissent pas. On en arrive donc à ça... Fort heureusement, la commission européenne a remis les choses en place, et on nous a redonné Diane 35 ®.

LD : Donc vous prescrivez Diane 35 ® au profil de jeunes femmes que vous venez de me décrire ?

Docteur D : Oui.

LD : Et quand on en a parlé et que c'était polémique est ce que vous prescriviez autre chose ?

Docteur D : Oui, on essayait de trouver autre chose, d'autres pilules qui étaient anti-acnéiques et qui ont marché plus ou moins bien. Et si on voyait qu'on n'avait pas de résultats donc on fabriquait Diane 35 ® avec de l'Androcur ® et un œstrogène ! Il faut quand même pas nous prendre pour des idiots !

LD : Par rapport à la posologie comment vous disiez à la patiente de prendre Androcur® et l'œstrogène ?

Docteur D : Bien la posologie : l'Androcur® est trop dosé, donc on donnait un demi comprimé au lieu d'un. Et on rajoute un œstrogène sur 10-15 jours comme avec un œstrogène naturel. Lui, il est resté, donc ce qui prouve bien qu'on a une bande de tocards. Enfin ...

LD : Donc là vous m'avez parlé essentiellement des nouvelles recommandations que vous vous ...

Docteur D : Avant on avait les pilules qui étaient plutôt à climat oestrogénique, plutôt progestatif, donc en fonction du profil on leur donnait. Maintenant on n'y prête plus attention parce que ces pilules n'existent plus.

LD : Et, est-ce qu'il s'agit d'une discussion, d'un échange que vous avez avec la patiente pour ce choix de contraception ?

Docteur D : Bien, un échange, non, ce qu'elle recherche c'est avoir une contraception ! Après on leur propose une contraception je dirais choisie, une parmi d'autres, et en leur demandant de voir ce que ça a un peu donné sur les spottings, sur la prise de poids, parce qu'il faut qu'elles se pèsent au début de la prise et chaque mois à la même période. Il faut voir un peu car si au bout de 3 mois elles ont déjà pris 3 ou 4 kilos, qu'elles soient alertées et qu'on leur modifie leur contraception, ce qui est logique.

LD : Que se passe-t-il quand une patiente vient avec un choix de contraception ? Si vous êtes en désaccord avec ce choix, que faites-vous, que lui dites-vous ?

Docteur D : Tout dépend un peu le désaccord. Il y a contre-indication et y a le risque de se retrouver avec des problèmes. Donc avec, comme quand une jeune fille vient me voir et qu'elle veut un stérilet, si elle tient à l'avoir je lui mettrai en place, mais qu'elle risque quand même d'avoir plus de soucis qu'une personne qui a déjà eu des grossesses, de tolérer ce type de contraception. Mais je ne vais pas lui dire un non absolu, sauf si j'ai une contre-indication médicale. Là aussi, dans l'interrogatoire y a le tabac, etc. Ça, ça rentre en ligne de compte.

LD : Est-ce-que vous pourriez me dire d'ailleurs quelles sont les contre-indications au diverses contraceptions que vous prenez en compte ?

Docteur D : Alors il y a donc les risques thromboemboliques, donc dans les familles. L'hypercholestérol aussi ; si la personne fume, il est certain que c'est un facteur plutôt négatif. Il y a aussi les personnes qui ont des problèmes hépatiques, il y a aussi les personnes qui sont épileptiques et chez lesquelles il va falloir trouver une pilule qui est surdosée en œstrogènes pour ... Alors je dirais que tout ça donc on fait le tri au fur et à mesure pour voir. Je dirais qu'il y a très peu de personnes qui ont de réelles contre-indications. Quand je reçois un bilan lipidique et que je vois que le HDL il est élevé et que la personne me dit qu'elle fume un paquet et demi de cigarettes, je vais lui expliquer que là on ne joue pas. Il y a le problème de la migraine aussi qui intervient. Je dirais qu'il y a tout à tas de facteurs qui vont faire que ... A partir de ce moment là je vais dire à la personne : « attention là moi je ne prescris plus parce que là vous avez trop de risque de causer un problème. »

LD : Quel genre de problème ?

Docteur D : Et bien ceux que je viens de dire, les problèmes thrombophlébiques !

LD : On va revenir sur la contraception hormonale. Pour vous en première intention, si vous faites le choix d'une contraception hormonale pour une nullipare, que prescrivez vous ?

Docteur D : Comme pilule ?

LD : Dites-moi ce que vous prescrivez parmi les contraceptions hormonales.

Docteur D : Œstroprogestative. D'habitude je partais sur une 20 gamma. Maintenant c'est un peu plus difficile parce que sur les 2^{ème} générations, les 20 gamma, y en a qu'une et qui est plus ou moins bien supportée : Leeloo®.

LD : Pourquoi ?

Docteur D : Elles ont des problèmes avec.

LD : Lesquels ?

Docteur D : Euh je ne sais pas... les 2 dernières que j'ai eu, elles ont été obligées de l'abandonner parce qu'elles ne le toléraient pas. Soient elles saignent, il y en avait une autre qui avait pris du poids. Enfin je sais pas. Bon bref. Donc voilà on essaie de trouver une pilule, Adepal®, Minidril®...

LD : Qui sont un peu plus dosées ?

Docteur D : De toute façon dans les moins dosées elles sont à 30 gamma donc. Après, alors, ensuite dans les contraceptions hormonales il ne faut pas oublier qu'on a aussi les progestatifs, puisque tout à l'heure on parlait uniquement de la pilule, la pilule c'est combiné œstroprogestatif. Après on va parler de micropilules, en réalité on en a deux il y a Microval® et Cerazette® qui peuvent être adaptées chez des personnes qui vont avoir des contre-indications à des œstroprogestatifs. Alors Microval® est décriée par certains alors que c'est quand même la contraception la plus light qui existe. C'est-à-dire qu'elle va laisser un fonctionnement ovarien et elle va surtout avoir une action sur la glaire cervicale. Seulement elle a pour inconvénient qu'il faut la prendre à heure assez régulière. Je dirais que là il faut être réglo. Et chez une personne qui va être migraineuse sous pilule on va avoir plutôt tendance à lui donner Microval® ou alors éventuellement Cerazette®. Cerazette® ce qui me dérange un peu c'est qu'elle beaucoup moins physiologique, c'est-à-dire qu'elle va mettre donc l'ovaire en dysfonctionnement par sa fonction anti-gonadotrope et ce qui fait que l'ovaire fonctionne mal en continu avec le progestatif. Sont sorties depuis des pilules œstroprogestatives qui sont en réalité des contraceptions progestatives qu'on a maquillées en pilules. C'est-à-dire qu'on a euh, la contraception est assurée par le progestatif, et à ce moment là on va rajouter un œstrogène donc le 17-bêta-œstradiol, qui lui n'est pas du tout contraceptif contrairement à l'éthinylœstradiol donc à partir de ce moment là on va vous dire ben voilà : « *vous avez une pilule* ». Comme je leur dis moi : « *ce n'est pas une pilule, c'est une contraception progestative sur laquelle vous rajoutez un petit peu de 17-bêta-œstradiol pour améliorer la sauce* », mais en réalité, ce sont des contraceptions progestatives, c'est Zoélie®, Qlaira®. Ça en réalité ce sont des contraceptions progestatives, ce ne sont pas des contraceptions œstroprogestatives parce que l'œstrogène ne joue pas de rôle contraceptifs là dedans. Enfin, maintenant on essaie de choisir un peu en fonction des antécédents, de la tolérance qu'ont eus les patientes avec leur pilule. Moi il m'arrive encore de prescrire une pilule comme Stediril® chez certaines personnes parce qu'elles ont un certains nombre de problèmes et Stediril® ça reste quand même une des pilules les mieux équilibrées entre l'œstrogène et le progestatif.

LD : Les problèmes que vous ...

Docteur D : Ben par exemple les personnes qui saignent donc sans arrêt. Donc les spottings, on va essayer plusieurs pilules. Stediril® va donner souvent d'excellents résultats.

LD : Selon vous, qu'est-ce qui est fondamental dans le choix de cette prescription ?

Docteur D : Ce qui est fondamental c'est qu'on leur donne un moyen d'avoir une sexualité libérée des contraintes en dehors de celle de prendre la contraception. Et libérée de celle de prendre le risque de faire une IVG. Je pense que pour les jeunes filles, commencer sa vie avec ça c'est peut être quelque chose qu'on peut trainer toute sa vie.

LD : **Vous m'avez parlé des contre-indications aux prescriptions de contraceptions hormonales tout à l'heure. Vous ne m'avez pas parlé de l'anneau, de l'implant ou du patch ?**

Docteur D : Alors : l'anneau, l'implant, le patch. Alors, l'anneau, on rentre dans une contraception œstroprogestative ainsi que le patch qui ont comme avantage d'éviter le premier passage hépatique. Ça c'est très important, parce que je dirais que lorsqu'on prend une pilule, les $\frac{3}{4}$ vont être détruits par le foie au passage, que les œstrogènes vont avoir un effet bénéfique au niveau hépatique à faible dose mais qu'à forte dose ils peuvent être délétères. Ces deux formes sont des formes qui sont intéressantes. Maintenant il faut savoir que dans l'esprit des gens c'est quelque chose, qui ... On a une certaine réticence. C'est-à-dire que les personnes quand on leur présente ça ... Je vais vous montrer une pilule donc ça, c'est pas difficile, vous prenez comme ça. (*Il montre une plaquette avec des pilules*). Y a un effet ... Après quand elles vont accepter de le prendre, le retour est généralement très bon. « *Votre truc c'est fabuleux* ». Moi je dis « *d'abord c'est pas mon truc* », et c'est bon ... Et le deuxième avantage de ce type de contraception c'est que finalement, il y a beaucoup moins d'oubli, donc pour les anneaux ça se change toutes les 3 semaines, et pour les patches, c'est toutes les semaines. Donc on a effectivement une contraception qui ... Mais il faut que les gens veuillent bien le prendre, et c'est pas tout à fait dans nos mœurs. Vous savez qu'en France... Alors il paraît que dans les pays nordiques ils sont très adeptes de ce genre de contraception. La femme française elle ... Y'en a. Mais c'est vrai que c'est un peu ...

Alors maintenant, l'implant, Nexplanon®, il faut savoir que c'est une contraception progestative, et cette contraception dérive de la contraception qu'on utilisait dans les hôpitaux psychiatrique sous forme injectable. C'était ce que ... Et de là ils nous ont sorti ça comme étant un nouveau moyen de contraception, que l'on connaissait déjà. C'était la dépoprodasone qu'on injectait, donc là c'est un autre progestatif qui est quand même un peu moins virulent que celui-ci, mais c'est le même type de contraception. Mais avant de mettre un Nexplanon®, systématiquement moi je leur fais prendre Cerazette® pendant 3 mois, pour voir un peu ce que ça va donner. Parce que si elles se mettent à saigner sous Cerazette®, je vais pas leur mettre un Nexplanon® que je serai obligé de retirer 3 mois après. Donc je leur explique ça. Elles font leur test, et si ça se passe bien on met le Nexplanon® et on voit un peu ce que ça donne parce que là aussi, avec ce type de contraception progestative, il y a aussi des prises de poids, et une personne qui va prendre du poids sous Cerazette®, avec Nexplanon® ça sera aussi ... Alors c'est assez marrant parce que le Nexplanon® y a un profil. Y a beaucoup de personnes et généralement des obèses, je dirais molles, ces filles qui n'ont pas de ... Comment dire ? Qui n'ont pas, qui sont, qui n'ont aucune volonté. Si elles choisissent ça c'est parce que finalement c'est pratique : on n'a pas besoin d'y penser, pas besoin de décapsuler ... C'est quand même assez particulier.

LD : **Et lors de la première consultation, évoquez-vous ces moyens de contraception dont on vient de parler ?**

Docteur D : Non parce que pour moi, la contraception de la jeune fille ça reste une contraception œstroprogestative.

LD : **Et si la patiente est plus âgée ?**

Docteur D : Là éventuellement, je vais plus m'en servir lorsqu'on a des problèmes avec les œstroprogestatifs ou alors dans certaines pathologies. Mais sans pathologies, j'utilise la contraception progestative, mais j'aime ... Ca ne me satisfait pas.

LD : **Et donc pour les femmes un peu plus âgées, que préférez-vous ? Parce que là vous me parlez des jeunes filles.**

Docteur D : Pour les autres ça va être la même chose. Une personne qui arrive ... Alors y en a certaines qui arrivent en disant « *je veux le Nexplanon®* » ; Bon d'accord, si vous voulez le Nexplanon®, on va mettre le Nexplanon®. Mais d'abord vous faites votre test avec un progestatif pour voir ce que ça va donner. Ensuite, on peut discuter d'une contraception progestative chez des personnes qui vont avoir, par exemple, une femme qui est migraineuse, il est certain que je vais lui dire que bon ben la pilule ... Alors soit on va essayer une « mini », soit on va essayer du progestatif. Donc, on peut essayer. Et à partir de ce moment là on fait un choix. Et c'est vrai que de première intention euh, c'est pas euh... La contraception progestative c'est pas ce que je préconise.

LD : **Maintenant je vais vous parler de la contraception intra-utérine. Que pensez-vous de la prescription du DIU chez la nullipare ?**

Docteur D : Alors voilà, c'est actuellement euh ... C'est revenu à la mode. Il y a 25 ans, ou 30 ans, je sais plus, on avait fabriqué des mini stérilets et effectivement, pendant un certain temps, j'en ai posé, et puis c'est tombé aux oubliettes parce que finalement, la pose c'est pas sympa, les cols sont généralement petits, sténosés, et puis le fait que comme la cavité utérine est petite c'est vrai qu'il y a des contractions, des douleurs, un certain nombre de chose. En sachant que, une personne qui n'a pas eu des grossesses, a souvent donc un problème de dysménorrhée primaires qui ne vont pas être améliorées par le stérilet, loin de là. Donc tout ça fait que, on a fini par l'oublier cette contraception intra-utérine chez les nullipares. D'autant que, il y a eu une période où on estime que ça augmentait le risque d'infections pelviennes. Il faut savoir que le stérilet n'a jamais fabriqué de germes, mais que si, une personne se retrouve confrontée à des germes qui peuvent donner une salpingite, le stérilet peut favoriser. Donc c'est pour ça que l'on voit encore qui ont déjà une grossesse qui disent « *Oh pas un stérilet, non parce que si je veux encore avoir des enfants je risque d'être stérile* ». Donc il y a encore cette mémoire qui ressort.

LD : **Et qu'est-ce que vous leur dites quand elles disent « j'ai peur d'être stérile » ?**

Docteur D : Je leur dis qu'a priori le stérilet n'a jamais fabriqué de germes ; bon et en plus il y a une modification au niveau des fils qui font que avant on avait des stérilets à fils tressés et c'était des véritables pompes à merde qui aspiraient du vagin et qui remontaient ça dans la cavité utérine. Le risque de l'infection avec un stérilet, le risque il est beaucoup plus en fonction des partenaires sexuels, notamment un gars qui a tendance à naviguer un peu et qui a, je dirais, dans chaque port des relations, il est certain qu'il a de grandes chances de ramener à la maison un certain nombre de souvenirs qui risquent de ne pas faire plaisir à la personne avec laquelle il vit.

LD : **Est-ce que vous prescrivez des DIU aux nullipares, et si oui, dans quelles circonstances ?**

Docteur D : Quand elles me le demandent, et après qu'elles aient entendu ce que je leur dis habituellement concernant les problèmes qu'elles risquent d'avoir.

LD : **Quel stérilet prescrivez-vous ?**

Docteur D : Le stérilet au cuivre. Je ne prescris pas le Mirena®, parce qu'il est trop grand. Alors ils nous ont sorti un plus petit là maintenant. Ça j'ai pas encore essayé ... Y a peut être un mois qu'on nous l'a présenté, c'est trop récent.

LD : Et ça vous est déjà arrivé que des patientes viennent en vous parlant du stérilet hormonal ?

Docteur D : Pour des nulli ? Ah non, on ne discute que du mini au cuivre. L'autre il est hors de question de le mettre en place, d'abord parce qu'il a un inserteur qui est plus gros. Déjà qu'on les pose chez celles qui ont déjà eu des grossesses, c'est pas toujours très agréable, donc là, ce n'est pas raisonnable.

LD : **Concernant la pose du stérilet, vous m'avez dit qu'elle n'était « pas très sympa ». Que voulez-vous dire par là ?**

Docteur D : Il faut savoir que quand on va mettre un stérilet on va passer le col, que le col est sténosé. Et même avec les mini stérilets qui ont un inserteur avec un diamètre relativement petit, on est obligé de forcer, de dilater le col, et c'est ça qui fait mal. Alors bon, beaucoup de médecins généralistes ont arrêté de poser des stérilets à cause des chocs vagues qui existent après, et quand ils ont des personnes sur leur table d'examen pendant une demi-heure, trois quart d'heure, pâles, vomissant partout. Bon une fois qu'ils ont connu ça ils disent « *allez voir le spécialiste pour aller le poser* ». Il y a des femmes qui ont des cols qui sont plus sensibles que d'autres, personne n'est fait de la même façon. Même nous il nous arrive 3-4 fois par an d'appeler le brancardier et d'installer la personne dans une chambre en attendant qu'elle récupère. C'est classique.

LD : Et, par rapport à cette pose, est-ce que vous prescrivez quelque chose avant ?

Docteur D : Systématiquement oui ... Alors là-dedans, on a les anti-inflammatoires dérivés, l'Ibuprofène®. Comment s'appelaient les premiers qu'on utilisait ? Parce qu'on a eu l'Antadis® ... Avant c'était ... Y a le Spifen® ... 600 ou 400 je sais plus. Avant c'en était un autre ... Enfin, bon, bref, on reste dans cette lignée là. Ou bien tout simplement du bon vieux Spasfon®. Et y en a d'autres qui donnent du, comment ça s'appelle... On l'utilise aussi en obstétrique, euh

LD : A visée antalgique ?

Docteur D : Non, avant la mise en place du stérilet, euh ... Comment ça s'appelle ... qui est un produit qui est dérivé, je sais pas, qui était utilisé en gastro-entérologie..

LD : Le Cytotec® ?

Docteur D : Le Cytotec®, voilà. Donc il y en a qui donnent aussi du Cytotec®.

LD : Et vous, est-ce que vous en donnez ?

Docteur D : Maintenant je ne donne que du Spasfon®, parce que je ne vois pas la différence.

LD : Comment est-ce que vous leur dites de le prendre ?

Docteur D : 1 heure avant, et puis après, ou alors quand elles ont un autre produit elles le prennent aussi une heure avant. Cytotec® c'est la même chose. Le problème du Cytotec® c'est de leur faire acheter une boîte de 30 comprimés pour 1.

LD : Est-ce que vous prescrivez des examens complémentaires quand vous posez des stérilets ?

Docteur D : Non. Après si euh ... Enfin on n'est plus je dirais dans des périodes je dirais « avant SIDA ». Il faut dire quand même qu'il y a eu une modification des mœurs depuis que le SIDA est arrivé. Il y avait une libération qui permettait aux gens d'avoir une vie sexuelle multiple, variée. Ce qui fait qu'effectivement on voyait pas mal de salpingites à l'époque. Certains pouvaient demander des prélèvements bactériologiques avant la mise en place. On mettait systématiquement les femmes sous antibiotiques quand on posait les stérilets alors que maintenant c'est terminé.

LD : Si vous refusez la pose du DIU à une nullipare, quels arguments lui avancez-vous et que lui proposez-vous alors ?

Docteur D : Non, je ne refuse pas.

LD : Il n'y a pas d'éléments qui pourraient vous faire refuser la pose du DIU ?

Docteur D : Ah non non non, il n'y a pas de contre-indications. La seule chose, c'est la tolérance, c'est tout. Comme une personne qui ne veut pas avoir de stérilet, qui est un a priori contre, on ne va pas la forcer à en avoir un. Parce que

de toute façon, tous les maux de la Terre qui peuvent arriver ça sera la faute du stérilet. Si elle se casse une jambe, elle nous dira que c'est parce qu'elle a marché sur le fil. Donc c'est comme ça.

LD : Maintenant je vais vous parler des autres modes de contraception : est-ce qu'il vous arrive de prescrire d'autres modes de contraception aux nullipares adultes ou adolescentes que tous ceux que l'on vient d'évoquer ? et si oui, lesquels ?

Docteur D : le refus de ces contraceptions sont liés le plus souvent au fait que ces jeunes filles ou femmes viennent avec l'estampille « écolo ». On ne veut pas d'hormones, on ne veut pas ci, on ne veut pas ça... Alors qu'est-ce qu'il reste quand on leur explique que le taux d'échec du préservatif c'est quand même un peu impressionnant. Si elles veulent pas prendre un moyen hormonal, et que d'un autre côté, le stérilet elles ne veulent pas en entendre parler, à partir de ce moment là qu'est-ce qu'il va rester ? Et bien il va rester je dirais, les spermicides. Les capes, les trucs comme ça, elles vont voir leur pharmacien et elles se débrouillent parce que moi c'est bon ... (il rit)

LD : Et quand elles viennent et qu'elles vous parlent du spermicide, que lui expliquez vous en rapport avec ce moyen de contraception ?

Docteur D : Et bien, il y a quelque chose de très important avec le spermicide, c'est que celui qui est le plus efficace qui est donc le Pharmatec® ou l'Alpagel® qui est donc le même produit qu'il y a dedans est détruit par le savon. Donc si elles utilisent ça, il faut qu'elles utilisent le « pack » qui va avec. Parce que si elles vont leur toilette après leur rapport avec leur savon, ça détruit le spermicide. Donc c'est comme si elles n'avaient rien utilisé. Sinon c'est un produit qui marche quand même pas mal. Maintenant ils ont fait des tampons, des ovules, des unidoses, et puis il y a le gros tube familial qui coute moins cher !

LD : Vous le proposez en association avec autre chose ?

Docteur D : Oui si la personne me dit je ne veux pas d'hormones, pas de stérilet, je ne veux pas de truc. C'est préservatif. Je leur dis « *vous prenez un spermicide avec* ». Et elles peuvent l'utiliser seul aussi hein.

LD : Si la patiente vient et vous dit « je veux utiliser des méthodes naturelles ».

Docteur D : Alors là je leur dis que moi je suis un enfant Ogino, que mon fils est un enfant Ogino, et que ça a été le meilleur moyen de repeupler la Terre ! Les histoires d'aller faire son test d'ovulation et machin, bon ...

LD : Concernant le suivi des patientes au long cours, comment l'organisez-vous ?

Docteur D : Le problème c'est que pour moi je vais sortir un peu en dehors des clous de ce qui est proposé. Si on veut faire de la prévention du cancer du col c'est un frottis tous les ans et pas un frottis tous les deux ans, parce que j'ai déjà vu des cancers invasifs chez des personnes qui se faisaient suivre tous les deux ans. Un frottis ça ne mange pas de pain, c'est pas quelque chose qui est bien gênant à faire donc à partir de ce moment là, on ne traitera que des lésions précancéreuses et pas le cancer du col. Ce qui fait qu'une consultation annuelle, avec l'examen clinique donc seins, toucher vaginal, frottis, fait que chaque année on les habitue à avoir leur consultation. Tous les 5 ans, bilan lipidique, et puis renouvellement de leur pilule en discutant de savoir s'il y a quelque chose qui ne va pas et donc à ce moment là on va modifier leur contraception.

LD : Quelle est votre attitude par rapport aux recommandations émises par les différents groupes d'experts tels que la HAS, l'ANSM, et l'OMS ?

Docteur D : Pour les pilules ?

LDD : Les dernières recommandations parues en 2013.

Docteur D : Je sais pas. Parce que moi je continue à prescrire des 3^{ème} génération de pilules, il faut quand même pas nous prendre pour des billes. Quand il y a une personne qui vient sous une 3^{ème} génération je ne vais pas la passer sous une 2^{ème} !

LD : **Et pour une première consultation de contraception vous vous tournez vers quel type de pilule ?**

Docteur D : Euh non, c'est-à-dire qu'on va avoir une tendance à revenir vers les 2^{ème} génération parce que bon y a le problème de remboursement qui intervient. Et comme on est dans une période un peu difficile pour beaucoup de gens, on va essayer de leur donner quelque chose qui est remboursé. Quand j'ai une jeune fille qui est migraineuse, et qu'elle tient à avoir des cycles réguliers, je vais lui proposer une 3^{ème} génération 12 à 15 gamma. C'est pas parce que les pitres de là haut nous ont sorti ces trucs que je vais laisser cette jeune fille avec ces migraines si elles peuvent être atténuées en modifiant le taux d'œstrogènes qu'il y a dans sa pilule.

LD : **Est ce que ces recommandations influencent votre pratique ?**

Docteur D : Elles ont eu une influence sur le fait qu'en première intention, chez des jeunes filles on va plutôt donner des 2^{ème} génération qui vont être remboursées. Par contre les 3^{ème} génération qui commençaient à être remboursées, ça a été un peu la claque.

LD : **Est-ce que des protocoles ou habitudes de service ont eu une influence sur votre pratique ?**

Docteur D : Non. En plus on n'a pas de protocole particulier.

Annexe 6 : Entretien avec le Docteur I le 23/10/14

En aparté

Docteur I : Donc c'est un mémoire sur la contraception ? Moi je vais vous dire, une consultation de contraception ça doit être long ! Il faut prendre le temps. Il n'y a pas de mauvaises pilules mais de mauvais médecins. Et s'il y avait eu de bons médecins, on n'en serait pas arrivé à toutes ces conneries sur la pilule il y a 2 ans ...

Dictaphone

Docteur I : Ah oui, vous enregistrez ... Je dois reprendre ?

LD : C'est bon, je note.

Docteur I : Je vais éviter les gros mots alors. On a découvert tout d'un coup par l'intermédiaire de la télévision et de la radio et machin truc que la pilule c'était pas des bonbons, que c'était pas ... Et que ça se surveillait et que ça pouvait avoir des contre-indications. On s'est rendu compte tout d'un coup qu'il fallait être médecin, consciencieux, sérieux pour prescrire la pilule. Puisqu'on parle de la pilule en ce moment hein, je vous parle de la pilule. Euh ... Et que ça se fait pas sur un coin de table « *Bonjour mademoiselle, qu'est ce que je vous marque –puisque je ne sais même plus ce que vous prenez- euh on vous prend un petit coup de tension. Ça fait tant. Et puis ça y est c'est fini* ». C'est le drame du drame. Parce qu'on en voit arriver des jeunes filles, ou des moins jeunes avec une contre-indication absolue à la pilule parce qu'on s'est absolument pas préoccupé et de leurs antécédents familiaux, fondamentaux ! Il faut prendre le temps de poser des questions très précises sur les antécédents familiaux. Les risques cardiovasculaires, y a-t-il eu des embolies pulmonaires dans la famille ? Des phlébites ? Etc ... Ne pas hésiter à ce moment là à faire un bilan de coagulation. Les antécédents. Ensuite, bien évidemment, il faut prendre le temps de poser des questions sur les antécédents personnels. Ensuite il y a une surveillance biologique très importante, une fois par an. Le tabagisme ... Enfin voilà, je survole, mais il faut absolument prendre le temps d'interroger les gens et de leur expliquer que ça n'est pas des bonbons. Après il faut surtout insister aussi sur le côté positif de la pilule qui doit être évidemment bien adaptée à la personne. Alors c'est vrai que ces histoires de 2^{ème}, 3^{ème} générations, si on commence une contraception orale pour la première fois chez une jeune fille, c'est mieux de commencer par une 2^{ème} génération. Mais si une moins jeune fille est sous contraception de 3^{ème} génération, rien n'a dit aujourd'hui que si elle bien surveillée il faut changer et passer à une 2^{ème}. Si elle n'a pas de maux de tête, si elle a pas mal aux seins, si elle a des règles peu abondantes, non douloureuses, et qu'elle est bien avec sa pilule, qu'elle est surveillée sérieusement, que le bilan est bien, et qu'elle ne fume pas, pourquoi changer ? Et qu'est ce qu'il va se passer à ce moment là, elle va être moins bien, elle va saigner, elle va se sentir moins bien, elle va dire : « *Mais pourquoi vous m'avez changé j'étais super bien avec* ». Donc jamais personne n'a dit qu'il fallait changer quand on a une contraception bien adaptée. Ça c'est clair. Première fois on passe plutôt sous une 2^{ème} génération. Voilà les avantages ; après je vous laisse parler ...

LD : Mais vous pouvez continuer !

Docteur I : Ah, les avantages de la pilule, parce qu'on parle surtout des inconvénients, et c'est important de les éliminer hein. C'est sur que si une jeune femme a des maux de tête avec la pilule, des migraines, non pas cataméniales, c'est-à-dire celles qui arrivent pendant les 7 jours d'arrêt, où elles sont particulières celles là, ce ne sont pas des contre-indications. Mais les migraines pendant la prise de pilule avec aura accompagnée, hémicranie, avec des troubles oculaires etc. Ça c'est une contre-indication à la pilule. Si elle a des mastodynies pendant tout le cycle évidemment c'est que c'est mal adapté. Si les règles sont hémorragiques et douloureuses, c'est que ça va pas non plus. Bon, à côté de ça, la pilule : bénéfiques. Premièrement, ça évite une grossesse non désirée. C'est pas mal ? Si on peut éviter des IVG sans faire une polémique morale. Je parle en médecin là, bon. Deuxièmement, ça permet de régulariser le cycle,

naturellement. Enfin naturellement ... de régulariser le cycle, voilà. Les règles arrivent pratiquement toujours au même moment, à heure fixe ou presque. Enfin j'exagère mais c'est pas loin. Ça permet d'éviter d'avoir des règles douloureuses, la plupart du temps hémorragiques, donc de ne pas avoir d'anémie. Et puis il y a des choses importantes à dire aussi, c'est qu'il y a moins de kystes aux ovaires sous pilule. Je parle des pilules œstroprogestatives, moins de cancer de l'ovaire sous pilule, c'est quand même pas mal comme chose. Il y a moins de pathologies utérines sous pilule, notamment moins de fibromes. On équilibre l'endomètre, donc moins de risque d'hyperplasie. Et un truc qui est moins connu, moins de cancer du colon sous pilule. Et on a jamais montré qu'il y avait une influence quelconque au niveau sein, ni en bénéfice, ni en risque supplémentaire. Voilà ça c'est quand même important d'expliquer que la pilule c'est pas mal pour ça. Bon. Alors il n'y a pas la « méchante pilule », il y a le « vilain médecin pas consciencieux et nul » qui ne surveille pas la pilule. Il dit « *Qu'est ce que je vous marque ?* » et il file n'importe quoi. Ça c'est grave ! Je tape sur personne, je dis que c'est ça le plus grave. La prescription d'une contraception orale, contraception tout court, mais d'une contraception orale, c'est ... faut prendre son temps, c'est délicat. C'est pas n'importe quoi. Je me tais, je vous écoute.

LD : Je vais revenir sur des questions d'ordre général. Donc dans quelle tranche d'âge ...

Docteur I : Quel âge avez-vous ? Ah non j'suis trop vieux. Je suis un vieillard. Non mais c'est supérieur à 50.

LD : Quel est votre diplôme et depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

Docteur I : Je suis d'abord docteur en médecine, ensuite diplômé de gynécologie, euh ... J'ai passé un diplôme d'études spéciales DES de gynécologie médicale. J'ai une formation particulière en stérilité, c'est une formation complémentaire : je suis diplômé d'études spéciales de stérilité. Et je me suis spécialisé aussi dans le, ça c'est une formation particulière, mais y a pas un diplôme, en pathologies cervico-vaginales et traitement par le laser etc ... de la pathologie du col. Par contre j'ai une formation chirurgicale parce qu'à l'hôpital à ce moment là j'étais, comme je suis vieux, un des premiers, j'ai bénéficié d'une formation « petite chirurgie », c'est-à-dire j'ai fait de la coelio, j'ai fait pendant toute ma carrière des curetages, des conisations etc ... Enfin j'ai pas fait d'hystérectomie hein. C'est plutôt bâtard comme formation mais mes autres consœurs notamment, je ne parle pas des gynécologues-obstétriciens chirurgiens, mais mes consœurs, elles n'ont pas eu cette formation là, dont j'ai bénéficié.

LD : Avez-vous eu d'autres formations ou diplômes ?

Docteur I : Non

LD : Quel était le but de ces formations complémentaires ?

Docteur I : Etre le meilleur possible. Pour apporter le meilleur possible à mes patientes. C'est ça la question ? Et puis d'avancer, alors que quand je me suis installé en octobre 78... l'année de mon diplôme c'était 2 ans avant peut être, parce que j'étais à l'hôpital avant. J'ai bossé à l'hôpital jusqu'en 75. J'ai continué à bosser la stérilité pour apprendre la fécondation in vitro etc ... Parce que moi j'étais un des premiers à faire de la FIV à Limoges. Premiers bébés qui sont nés par FIV à Limoges, c'est moi : des triplets. J'avais eu la main lourde hein ? Après j'apprenais, j'étais allé chez Friedman et tout ça. Donc on avait mis ça au point à Limoges avec Daniel Baklan de l'anapath, Monsieur Castro que vous avez pas connu qui est dans les laboratoires Biolyss ® maintenant, qui ont mis en place la spermologie etc ... C'est pour ça que je m'entends super bien avec Pascal Piver. Pascal il est comme il est, mais c'est un mec intelligent hein. Pascal, quand il s'est installé comme responsable du centre de PMA, moi j'avais fait des FIV, et mon premier bébé j'avais encore la photo du populaire, je garde ça comme ça, en souvenir. Je vois toujours la patiente d'ailleurs ! Mais j'ai eu 2 fois des triplets, et une des triplets je la vois en consult maintenant. C'est mignon. Et Pascal, il est au courant de ça donc euh ... Il sait très bien que je connais, j'ai ce diplôme là aussi, et il me laisse faire et quand il y a des indications de FIV il me laisse choisir mon protocole et surveiller ici. Si les gens veulent bien, aucun problème, même si

là bas ça râle. Bon et puis Jérôme Gana, y a pas de soucis non plus. Donc je fais la stim, et quand j'estime que c'est prêt, en accord avec l'hôpital je déclenche, et puis le reste c'est fait avec l'hôpital : la ponction, la réimplantation, tout ça c'est là-bas.

LD : Maintenant je vais vous parler du déroulement de la consultation, donc on est dans le cadre d'une patiente nullipare. Est-ce que vous pourriez me définir ce qu'est pour vous une nullipare ?

Docteur I : Ben la définition de la nullipare c'est une jeune femme qui a jamais été « enceinte ». Ah nullipare, nulligeste ! Que voulez-vous ?

LD : La nullipare.

Docteur I : La gestation c'est la grossesse, donc la nullipare c'est celle qui a jamais accouché. Ah oui ! Attention ! La nullipare c'est celle qui a jamais accouché, mais la gestation c'est la grossesse.

LD : Est-ce que vous faites une distinction entre une nullipare plutôt « adolescente », et une nullipare plutôt « adulte » ? Avez-vous une tranche d'âge déterminée ?

Docteur I : Non.

LD : Donc pas de limite d'âge par rapport à ça dans vos conduites à tenir ?

Docteur I : Non.

LD : Lorsque vous avez une première consultation de gynécologie avec une patiente nullipare qui vient pour une contraception, pourriez vous me décrire votre conduite à tenir de manière assez exhaustive ?

Docteur I : Pour une contraception ? Alors premièrement je lui demande qui a eu la gentillesse de l'adresser à moi ! Comment elle a su. Oui, parce que je suis toujours très touché, même à mon âge et tout qu'on me choisisse comme gynéco. Donc j'aime le faire savoir et je remercie qu'on soit venu vers moi. C'est la première des choses. La deuxième chose, je veux savoir si la jeune femme qui vient consulter a déjà vu un gynéco ou pas, parce que si c'est la première fois, c'est pas la même chose que si on est déjà habitué à l'examen gynéco. Donc si elle a jamais vu personne, vraiment je prends le temps d'expliquer ce que c'est que la consultation gynéco parce que vous arrivez comme ça devant un mec, que vous avez choisi, bon, a priori quand même hein, mais « *qu'est ce qu'il va me faire ? Qu'est ce qu'il va se passer ?* ». C'est un peu comme l'accouchement, la préparation que vous faites, vous expliquez comment va être l'accouchement. Alors c'est pareil la gynéco : « *qu'est ce qu'il va se passer ? Est-ce que ça fait mal ?* ». Se déshabiller devant quelqu'un qu'elle ne connaît pas ... Enfin c'est quand même ... J'ai bien conscience que c'est quand même pas formidable quoi, c'est bizarre. Bon, je prends le temps d'expliquer que ... Je sais pas je développe ou ... ?

LD : Allez y, continuez.

Docteur I : ... Que je suis là pour aider les gens, qu'ils ont le droit de me poser toutes les questions qu'ils veulent, que ça peut pas être idiot. Je vais pas rire, parce qu'on a le droit de pas savoir. J'explique, il y a un mot que j'aime bien qui est le mot « bienveillance ». C'est-à-dire que je suis là pour les aider quoi, voilà ! Que s'il y a un souci, on a le droit de m'appeler pour me demander euh ... Si ce sont des jeunes, je me substitue pas aux parents bien évidemment, mais des fois c'est plus facile de parler. J'insiste sur le fait que je suis lié par le secret médical. J'insiste sur le fait qu'il faut être bien et à l'aise, et en accord avec le médecin, que si c'est pas le cas je comprendrais parfaitement que les gens ne reviennent pas : il ne faut pas revenir si on se sent pas bien ! Ça me fera de la peine, c'est ce que je leur dis, mais voilà ! Donc c'est la première des choses, enfin le premier ensemble des choses que je dis. Ensuite j'explique pour l'examen gynéco en résumant les choses. C'est pas la peine d'avoir peur parce que je n'ai pas envie de leur faire mal. J'aimerais pas qu'on me fasse mal donc je veux pas leur faire mal. Et qu'on prend son temps. Donc de laisser le trac de côté, qui sert à rien. Ensuite je lui explique que j'examine là où j'examine, ou dans les trous de nez, on s'en fout complètement parce que c'est mon boulot, et comme je le dis, depuis un certain nombre d'années. Bon, voilà. Donc c'est important de

parler de tout ça pour qu'on soit détendu. Et après, je demande la raison pour laquelle on vient me voir. Et ensuite, en fonction de la raison, donc là c'est contraception, mais ça peut être pour plein d'autres choses.

Donc après donc j'insiste sur les antécédents personnels. Donc : au cœur, au poumon, au rein, tous les appareils. Je pose des questions sur le tabagisme, ou d'autres « addictions ».

Ensuite je pose des questions sur les antécédents chirurgicaux. Ensuite je demande l'âge des premières règles : à quel âge a eu lieu la puberté. Sur les cycles naturels, s'ils sont réguliers ou pas. Ensuite, y-a-t-il eu ou pas une grossesse ou une fausse couche. Et ensuite je termine par les antécédents familiaux, en insistant comme je l'ai dit tout à l'heure sur tous les antécédents notamment thromboemboliques d'hypertension ou d'accident vasculaire cérébral s'il s'agit de la pilule.

Et ensuite je passe à l'examen médical en ayant demandé à la patiente si elle a des questions à me poser. Donc ensuite l'examen ... C'est ça que je développe ?

LD : Oui, continuez.

Docteur I : L'examen, qui comprend bien évidemment la palpation des seins. J'explique la première fois comment palper ou faire une auto-palpation des seins. Ensuite, j'examine la vulve, le spéculum, en expliquant aux gens ce que je vois. Et si elle a plus de 20 ans, je fais un frottis. Si elle a déjà eu des rapports sexuels, même si elle est vaccinée.

LD : D'accord, donc pour vous l'âge à partir duquel on fait un frottis c'est 20 ans ?

Docteur I : Oui, faut arrêter toutes ces conneries là. On a quand même le droit d'avoir des pathologies y compris d'autres papillomavirus que le 16-18 et le 6 et 11. Même si on utilise des préservatifs, on sait que ça passe à travers. Et puis, si c'est la première fois et que c'est quelqu'un qui a jamais eu d'examen gynéco, peut être que je vais pas me précipiter à faire un frottis quand même, mais je fais un examen, et un toucher vaginal, en expliquant pourquoi on passe par le vagin : pour palper l'utérus, parce que l'utérus n'est pas palpable par voie abdominale, ou alors vraiment, c'est qu'il y a un gros problème ! Y compris les ovaires, ils sont pas palpables. Bien sur, avant j'ai fait peser la personne, et je lui ai pris la tension.

LD : Vous m'avez dit que vous expliquiez la consultation avant ?

Docteur I : Oui.

LD : Comment expliquez vous ? Vous détaillez ce que vous allez faire ?

Docteur I : Je détaille pas, j'explique au fur et à mesure que je le fais. J'explique au départ « *n'ayez pas peur, je n'ai absolument pas envie de vous faire mal. Si vous avez mal, vous me le dites. J'arrête immédiatement* ». Après, j'explique au fur et à mesure ce que je fais : « *je vais mettre maintenant un spéculum ...* » etc ...

LD : Et si vous avez une patiente un peu jeune que vous qualifieriez plutôt « adolescente », est ce que vous avez une conduite à tenir particulière ?

Docteur I : C'est avec l'adolescente où j'ai vraiment cette attitude là, y compris tout ce discours avant en disant que je suis à l'écoute, que je suis bienveillant, qu'elle est là pour être en confiance, et qu'elle hésite pas à m'appeler. Enfin c'est surtout avec les adolescentes. C'est vrai que ça se passe hyper bien, je dois dire. Elles reviennent me voir, je suis très touché. J'en vois que j'ai même vu dans le ventre de leur maman. C'est un discours comme ça au début.

LD : Quand l'adolescente se présente avec sa maman, que faites vous ?

Docteur I : Même comportement, exactement. Et je dis en regardant la maman dans les yeux « *je suis lié par le secret médical. Votre fille va peut être me dire des choses* ». Je comprends que maman me dise comment va Françoise, Claire, ou je sais pas qui. Je lui dis « *Elle va bien* ». Mais alors qu'est-ce qu'il y a ? Je leur dis « *Vous voyez avec votre fille* ». Moi je n'ai rien à dire.

LD : Et les recevez-vous seule ou accompagnée de leur mère ?

Docteur I : Je demande à la jeune fille « *Est ce que tu veux que ta maman vienne ou pas ?* » Si elle est mineure : OBLIGATOIREMENT la maman est là. Je n'examine jamais une mineure sans qu'il y ait un témoin. Ah non non non, j'ai pas envie de finir en taule. Mais sinon je demande. Donc la plupart du temps elles disent je veux qu'elle vienne. La première fois avec maman puis après seule.

LD : **Et vous examinez ces patientes ?**

Docteur I : Si elle a eu des rapports sexuels. Ah oui oui ! Sauf si vraiment elle a 17 ans, que c'est vraiment la première fois qu'elle voit un gynéco, qu'elle vient pour un avis etc. Je vais pas lui faire un examen gynéco approfondi. Et surtout, si elle a pas eu de rapports sexuels je vais surtout pas mettre un spéculum et tout ça, sûrement pas. Je vais prendre la tension, la peser. Lui expliquer peut être pour les seins. Lui expliquer que par contre la prochaine fois il y aura un examen, qu'il faut bien qu'elle en soit consciente, etc. Qu'elle revienne en sachant que ça sera ça. Sinon elle revient pas.

LD : **Est-ce que vous prescrivez des examens complémentaires à la suite ...**

Docteur I : Directement, la première fois que je la vois pour une contraception orale hein. Un bilan de base : cholestérol, triglycérides. Obligatoire. Et toujours, je regarde si elles ont une carte de groupe ou pas. Si elles ont pas de carte de groupe, première et deuxième déterminations, pour qu'elles en aient. Et en prenant le temps de leur expliquer, systématiquement je demande une sérologie de la toxo et la rubéole. C'est là qu'il faut le gérer. C'est pas le jour où elle est enceinte et où on se rend compte que la rubéole est négative, et qu'on va se dire « *Merde, si elle attrape ça les 3 premiers mois de la grossesse, quelle catastrophe !* ». C'est plus là qu'il faut s'en occuper, là c'est l'idéal. Donc je leur dis, mais tu vois je fais de la médecine de prévention : « *Un jour tu voudras avoir un bébé* » ; et je leur explique les dangers de la rubéole et de la toxo. Et ça m'arrive relativement souvent, y en a eu 2 la semaine dernière, des rubéoles négatives que je fais vacciner. Et je sais que tout le monde ne le fait pas. Je sais pas si les autres le font ou pas. C'est tellement évident, mais il faut y penser, il faut être obsédé par ça. Première consult, toutes mes patientes. Et j'aime bien demander le groupe aussi.

LD : **Dans l'objectif d'une future grossesse ?**

Docteur I : Oui, et c'est pas plus mal de connaître son groupe sanguin. On sait jamais, ça peut servir. Je suis catastrophiste, mais voilà.

LD : **Donc tout à l'heure vous m'avez dit que la première consultation de contraception est longue, est ce que vous pourriez me donner une moyenne de temps pour ce type de consultation ?**

Docteur I : Moi d'abord mes consultations c'est toutes les 20 minutes, déjà, c'est pas tous les quart d'heure. Mais ça peut aller jusqu'à une demi heure. Je prends un peu de retard avec ça parfois.

LD : **Quels conseils et informations allez vous donner à la patiente à la fin de cette consultation ?**

Docteur I : Il faut qu'on se revoie au bout de 6 mois, voilà. « *Si vous êtes d'accord, on se revoit dans 6 mois* ». Il est hors de question de prendre la pilule sans surveillance. Moi je vois les femmes tous les 6 mois. Je suis pas obsessionnel, examen gynéco tous les 6 mois. Je fais un frottis par an, je suis toujours pas en taule hein.

LD : **Donc vous voyez les patientes tous les 6 mois ?**

Docteur I : Oui, tous les 6 mois. Qu'est ce qui peut prouver qu'au bout de 6 mois il ne se passera rien ? Qui peut me jurer un truc pareil ? Bon, c'est vrai que la probabilité est faible mais bon. Mais par contre c'est : prise de sang au départ, au bout de 6 mois prise de sang de contrôle, puis prise de sang tous les ans, et frottis tous les ans. Voilà je suis pour un frottis par an, et j'ai toujours fait ça dans ma carrière, c'est pas parce qu'on dit qu'il faut le faire tous les 3 ans que je vais obéir. Quand je trouve que c'est pas bien, j'obéis pas. Et à ce jour je suis pas en taule. Parce que ça a été décidé ça pourquoi ? Parce qu'on a fait des statistiques dans les hautes sphères ministérielles. On a demandé à des

patrons de faire des études. Mais des études statistiques, c'est des études statistiques, la vraie vie c'est pas pareil du tout. Combien j'ai eu de dossiers d'une jeune femme qui avait un frottis normal il y a un an, qui a eu un autre partenaire etc. Et au bout d'un an je fais un frottis et je vois un haut grade sur le frottis, ou un bas grade avec un HPV à risque. C'est pas une légende ça, c'est la réalité de la vie, même si on utilise des préservatifs, ça passe à travers ! Alors c'est pas pour autant qu'elles vont développer une pathologie, on est bien d'accord. Après, c'est un autre sujet ça. Mais bon, c'est quand même pas mal de pas passer à côté. Je sais bien qu'un grand nombre de ses lésions disparaissent seules, je suis parfaitement au courant de ça. Mais si elles disparaissent pas, bonjour hein ! Le diagnostic 2 ans après c'est pas le même ! Voilà, mais ça, ça n'engage que moi. Je respecte ceux qui font pas comme ça. Mes consœurs, je sais qu'elles ne le font pas. Je crois pas.

LD : Concernant la prescription d'une contraception, selon vous ...

Docteur I : Orale ?

LD : C'est de la contraception en général dont je vous parle.

Docteur I : Ah oui, parce qu'il y en a d'autres quand même !

LD : Selon vous, comment se fait le choix de la méthode contraceptive la plus appropriée à votre patiente nullipare ?

Docteur I : J'écoute ce qu'elle me demande. Et moi je suis là ... c'est la première fois dans l'exercice de la médecine quand la contraception est apparue, que le médecin n'était plus le tout puissant, derrière son bureau, avec sa blouse blanche comme je suis en ce moment, mais qu'il était à l'écoute de sa patiente, que c'est la patiente qui décidait, c'est pour ça qu'à l'époque, y a beaucoup de médecins qui ont vécu ça mal, parce qu'ils avaient plus le pouvoir là dedans. C'est la patiente qui décide, et encore mieux quand elle est avec son compagnon, son copain. Parce que le mec quand même il a son ... Il ferait bien de s'intéresser à ça aussi. C'est pas que le problème des femmes, c'est gonflé quand même ! Mais euh voilà, enfin c'est pas souvent ... Donc c'est la patiente qui dit « *Moi, j'ai envie de ça* ». Et mon rôle à moi, c'est de dire en tant que technicien et humaniste « *C'est possible* » ou « *C'est pas possible* ». Mais technicien : « *C'est pas possible pour telle raison médicale* ». Voilà, ou : « *C'est possible à telle condition* ». C'est la patiente qui décide, je n'ai pas à l'influencer. J'ai vu des femmes revenir vers moi, complètement ... Pour la première fois « *On veut me mettre un stérilet obligatoirement, j'ai pas envie d'en avoir un, j'ai pas envie d'un corps étranger* ». Il faut pas le mettre ! On va pas vous obliger à avoir un stérilet si vous en avez pas envie quand même. C'est scandaleux ça. C'est la patiente qui décide ! Alors après, s'il y a une contre-indication, ça c'est moi qui décide, on arrête hein. Si je vois qu'en cours de suivi de contraception y a un problème, c'est moi qui décide d'arrêter là. C'est mon boulot.

LD : Donc quand une patiente vient avec un choix précis de contraception ?...

Docteur I : ... Dans la mesure du possible je respecte son choix.

LD : Et donc si vous êtes en désaccord avec ce choix ?

Docteur I : J'explique les bonnes raisons. Et j'arrive à convaincre, je vous le dis. On me forcera pas à faire un truc que j'ai pas envie de faire. Ça c'est clair.

LD : Maintenant je vais vous parler des différents types de contraception. Pour vous, si vous faites le choix avec la patiente d'une contraception hormonale, que prescrivez-vous en première intention ?

Docteur I : Une deuxième génération. Œstroprogestative, normo-dosée, 2^{ème} génération. En général. Mais sauf, si elle est obèse par exemple, attention hein. Si elle est obèse et si elle a des contre-indications visibles par un tabagisme après l'interrogatoire, ou qu'elle a un surpoids, je vais lui prescrire plutôt un micro-progestatif pur, c'est-à-dire Cerazette®. Mais d'emblée, chez une jeune fille sans problèmes apparents et tout, c'est plutôt une 2^{ème} génération. C'est Leeloo®, que je prescris en général.

LD : Pourquoi plutôt une 2^{ème} génération ?

Docteur I : Par rapport aux recommandations. Mais je le savais avant qu'on en parle hein ! Je savais très bien que les études avaient montré qu'il y avait un tout petit peu moins de risques thromboemboliques avec celles là. Encore ils sont faibles.

LD : Et avant ces recommandations, que prescriviez-vous ?

Docteur I : Mais c'est vrai que les 3^{ème} générations ont eu le vent en poupe. Ça a été les plus prescrites. Quand on faisait son boulot proprement ... Mais Varnoline® était remboursée je vous signale hein. Varnoline® était remboursée ! Désobel gé® qui est la même était remboursée, 30 ou 20. Voilà. Madame Marisol Touraine – je fais pas de politique du tout- à partir du moment où on a dit qu'il y avait un risque avec les 3^{ème} génération, qu'est ce qu'elle a eu comme attitude ? Elle a dit « *ah ben puisque c'est comme ça, elles sont un peu plus dangereuses que les 2^{ème}, et ben on les dérembourse.* ». Le fait de les dérembourser la rend moins dangereuse ? C'est quoi ce truc là ? Ou c'est dangereux, et ben on arrête, on supprime ! Comme on avait fait pour Diane 35®. Quelle connerie là encore. C'était nul ça. Nul, nul ... Bon. Ou on arrête, on dit c'est dangereux. On met plus en vente. Ou alors, et c'est que le médecin doit faire son boulot, et on continue à la rembourser enfin franchement. Pourquoi ? Y avait plein de jeunes filles qui étaient sous Varnoline® et qui étaient super bien, et comme je le disais tout à l'heure, il n'y a aucune raison de changer. Pourquoi les mettre plutôt sous une 3^{ème} ? Alors elles vont se mettre à saigner, elles vont avoir mal aux seins, au ventre. Et donc voilà. Et puis d'abord c'est 3^{ème} gé, Varnoline® par exemple, 3^{ème} génération, elles sont très freinatrices. Mais de par ça, je prescris plutôt une 2^{ème} génération.

LD : Et en seconde intention ?

Docteur I : Si ça se passe pas bien, un micro-progestatif.

LD : Est ce que ça vous arrive de prescrire des 3^{ème} génération ?

Docteur I : Bien sur ! Si ça marche pas avec une 2^{ème} génération, qu'il y a vraiment des problèmes, et bien j'explique aux gens la différence entre la 2^{ème} génération et la 3^{ème} génération. Et puis quand il y a des spottings, quand il y a de l'acné avec une 2^{ème} génération comme Leeloo®, et c'est assez fréquent, il faut augmenter la dose d'œstrogène, c'est comme ça ! C'est un anti ... Et Triafemi® par exemple, c'est pas une 2^{ème} génération. Et Varnoline® est anti-acné aussi. Je parle pas de Diane 35® pour le moment. On passe à 30 microgrammes. On explique aux gens qu'il faut surveiller, faire un bilan, tous les 6 mois ... Pas un bilan tous les 6 mois, mais voilà. Et on voit justement comment moduler les choses en fonction de ce qu'on ressent. Bien sur qu'il m'arrive de passer à une 3^{ème} génération. Et j'ai pas l'impression d'être un assassin, promis !

LD : Vous ne m'avez pas parlé du patch, de l'implant ou de l'anneau ?

Docteur : Alors l'implant ... Non, non je prescris ... des patientes qui étaient déjà ... Toute cette polémique avec le Nuvaring®, je vais vous dire le Nuvaring®, je suis un grand partisan du Nuvaring® et j'ai en plus fait la phase 3 du Nuvaring®. C'est-à-dire avant la mise sur le marché, il y a quelques gynécos en France qui ont eu le privilège de pouvoir proposer cette contraception en essai. Un essai, mais officiel, c'est-à-dire que les gens étaient prévenus que c'était un essai avant de le mettre en vente. Je fais partie de ces gynécos, donc je connais l'anneau depuis avant même qu'il sorte. Et c'est vrai que c'est quelque chose de génial quoi, c'est absolument génial : pas de passage hépatique, des doses faibles. Alors c'est plutôt 3^{ème} génération d'accord, mais y a quand même des avantages énormes et puis euh, pour ceux qui oublient, c'est assez fabuleux ça ! Moi j'ai pas mal de patientes qui sont hôtesse de l'air, elles font des voyages internationaux, c'est compliqué pour prendre sa pilule avec le décalage horaire ! Avec l'anneau, faut s'occuper de rien. C'est absolument génial ! C'est pareil, même surveillance que le reste : bilan biologique, tout ça nickel, bien

sur. Mais je n'ai rien ... Je vais pas commencer une première contraception à proposer le Nuvaring®, ni Evrapatch®, mais après je n'ai rien contre.

LD : Pourquoi ?

Docteur : Par rapport aux recommandations, puis franchement, vous êtes sage-femme hein, première contraception chez une jeune fille qui n'a jamais pris de contraception, vous croyez que le système de l'anneau ça va pas hein ... Après, faut savoir le vendre hein, et je sais le vendre. Enfin vendre entre guillemets : expliquer pourquoi c'est génial. Parce que le concept, c'est vrai que c'est quand même vachement bizarre. Mais c'est absolument fabuleux ce truc là, ça se met ... enfin vous connaissez.

LD : Et le patch ?

Docteur I : J'en prescris de temps en temps, mais chez les patientes qui oublient, qui ont pas envie de l'anneau, qui ont un bilan parfait et qui sont tentées par le patch. C'est après en discutant. C'est pas en première intention.

LD : Et l'implant ?

Docteur I : Je ne pose pas d'implants. Je vais être très clair là-dessus. Je trouve dramatique, c'est un grand mot ... Qu'on mette un implant, comme ça, sans expliquer d'abord ce qu'il va se passer. Parce que j'ai vu ça. Le risque de spotting, de métrorragies, qui peuvent arriver le premier mois et qui peuvent persister : 3% des femmes saignent tout le temps. Et elles ont pas été prévenues. Bon. Ça fait drôle. Deuxième chose, l'aménorrhée : beaucoup de femmes sont même pas prévenues que ça va entraîner une aménorrhée. C'est déjà important d'expliquer. Si on pose un implant, même en ayant expliqué, et que la femme saigne tout le mois, qu'est ce qu'il va se passer ? Elle va dire au bout d'un mois : « *mais votre truc j'en ai ras le bol* ». Donc on va se retrouver avec une petite incision sur le bras, un petit point de suture pour peu qu'il ait été posé un peu profond, maintenant c'est moins avec Nexplanon®, mais, une cicatrice un peu visible. Abîmer le bras d'une jeune fille pour un truc qui aura servi à rien, je trouve ça intellectuellement, humainement, nul. Même si c'est pas une grande balafre. Encore que j'en ai vu quelques fois. Et ça ? Pour un truc qui a pas marché ? Non mais franchement, c'est ... Alors, qu'est ce que je fais ? Je ne les mets pas. Parce que je pense que c'est un chirurgien qui doit faire ça, une formation chirurgicale et un environnement chirurgical, notamment pour l'enlever et faire les points de suture quand c'est nécessaire. Puis deuxièmement ce que je fais, parce que, ce matin, j'ai posé l'indication d'un implant, je fais un test avant. Un test sur trois mois de Cerazette® qui est l'équivalent. Donc si avec Cerazette®, on se retrouve avec des spotting sans arrêt, de l'acné, des cheveux gras, ça va être pareil pour l'implant. Parce que j'ai pas parlé de ça aussi : il y a des femmes qui sont très sensibles à l'hyperandrogénie. Le progestatif contenu dedans, aussi bien avec Cerazette® que l'implant, il peut avoir un effet hyperandrogénique. Si vous vous retrouvez avec des boutons partout et les cheveux gras, vous allez être contente. Si vous n'avez pas, en plus, prévenue les gens, ils vont être doublement contents. Et ça, je sais qu'à l'hôpital, après l'IVG on vous met un implant comme ça, sans rien dire. Ça je suis pas d'accord, je suis pas d'accord. Donc voilà, je fais un test à Cerazette® avant. Trois mois. Et si ça se passe bien, pas de soucis. Je l'envoie à des gens qui les posent. Maintenant ça va être Marie qui va les poser pour moi. Elle les pose très bien, y a pas de soucis. Mais je les pose pas. Mais je suis pas contre hein, vous avez bien compris, je suis clair !

LD : Quelles sont les contre-indications à la prescription d'une contraception hormonale chez les nullipares selon vous ?

Docteur I : La contre-indication absolue ? Les antécédents familiaux, ou à moins d'avoir fait un bilan de coagulation. Ensuite, les antécédents personnels si par hasard il y a eu un antécédent de phlébite ou d'embolie pulmonaire, évidemment non. Si elle est hypertendue, si elle est tabagique je vais pas lui ... Si elle est en excès de poids, je lui

prescrit pas une pilule œstroprogestative. Je lui prescris un microprogestatif pur. C'est ce que j'ai dit tout à l'heure. Je ne me contredis pas par rapport à tout à l'heure hein ? C'est pour voir si je redis bien la même chose.

LD: Il y a d'autres contre-indications pour vous ? Spécifiques aux différentes contraceptions dont on vient de parler ?

Docteur I : Ce sont les contre-indications à la pilule. Ou une femme migraineuse aussi, j'en ai pas parlé. Les vraies migraines accompagnées, c'est vrai qu'on va risquer rajouter avec l'œstrogène de synthèse, même l'œstrogène naturel. Donc voilà, dans ce cas là je commence plutôt par Cerazette®. C'est rare. Les contre-indications absolues, comme ça d'emblée, c'est rare. Franchement.

LD : Tout à l'heure vous m'avez parlé des migraines cataméniales. Que prescrivez-vous dans ce cas ?

Docteur I : Alors les migraines cataméniales, vous savez ce que c'est ? C'est le fait d'arrêter la pilule, la chute hormonale, qui déclenche cette migraine. Donc ça c'est pas une contre-indication à la pilule. Y a deux moyens pour ça, soit expliquer que c'est pas méchant, et que c'est pas grave ; Et vous le supportez, on prend un doliprane, ça passe. Bon, pourquoi pas. Si c'est pas trop important. Deuxième solution, pendant quelques temps, je sais plus, mais on en a parlé pas mal, c'était d'apporter une petite quantité d'œstrogènes pendant les 7 jours d'arrêt, puisque c'est la chute du taux d'œstrogènes qui fait ça. Donc on peut proposer soit une pression d'oestrodoses, œstrogène naturel pendant les 7 jours, ou un patch d'œstrogènes naturels pendant les 7 jours d'arrêt. A 50 microgrammes. Ou une pression d'oestrodoses. Ça c'est pas mal parce que ça maintient un taux hormonal plus stable. Mais c'est chiant. Mais, ça marche pas mal. Et puis y a une solution royale, et ça faut prendre le temps d'expliquer et c'est pas possible avec toutes les pilules, mais lorsqu'elles sont continues avec tout le même dosage pendant toute la durée de la plaquette, et bien on peut ne pas faire de 7 jours d'arrêt. Enchaîner la prise sur 3, 4, 5 cycles, peu importe. Même pas d'arrêt du tout, en sachant qu'au bout d'un moment y a un échappement qui peut arriver et qu'on peut avoir un petit spotting qui apparaît. Dans ce cas là, moi je dis, on refait un arrêt de 7 jours. Mais ça c'est super parce qu'il n'y a pas de règles, on n'a pas de migraines. « *Mais je vais pas avoir mes règles, mais je vais grossir, et y a le mauvais sang qui ne s'en va pas docteur !* ». Alors là je prends le temps d'expliquer que c'est pas ça du tout qui se passe. Quand on est enceinte par exemple, il n'y a pas de règles. Et qu'on n'est pas pourrie pour autant. Y a que les talibans pour dire ça. Bon, enfin voilà. Mais il faut là aussi prendre le temps d'expliquer pourquoi y a pas de règles. Le fait qu'il y a un taux stagnant d'hormones fait que l'endomètre il est quiescent. Expliquer avec des mots simples. Mais c'est une bonne manière de traiter la migraine. Je sais pas ce que disent mes consœurs, confrères.

Enfin en tout cas, sur des pilules comme Leelo® , on peut enchaîner les plaquettes. Attention pas sur toutes !

LD: Mais il n'y a pas 7 jours d'arrêt sur Leelo® ?

Docteur I : Mais c'est artificiel ! Pourquoi y a 7 jours d'arrêt ? Pour faire plaisir aux femmes, pour pas qu'elles aient leurs règles. Il n'y a aucun risque du tout à enchaîner les plaquettes. Si vous partez en week-end avec votre copain, ou que vous avez un truc et que vous voulez pas être emmerdée par les règles, moi je vous dis, vous pouvez enchaîner les plaquettes. Attention, hein, pas toutes les pilules. Celles qui ont différents ... des variations, les triphasiques par exemple, ou Qlaira® ... Tout ce bazar qu'il y a à l'intérieur de Qlaira® . Ça c'est pas possible hein. C'est possible que dans les pilules monodosées, qui ont toutes la même dose d'un bout à l'autre, les mêmes comprimés.

LD : Donc maintenant je vais vous parler de la contraception intra-utérine ...

Docteur I : Faut peut être qu'on avance un peu, parce que bon ...

LD : Que pensez-vous de la prescription du DIU chez la nullipare ?

Docteur I : Alors moi je suis très clair : ça vit des contre-indications de la contraception orale. C'est-à-dire que si on peut plus rien faire, ça peut se discuter. Mais je suis pas fana a priori en première intention. Sûrement pas.

LD : Pourquoi ?

Docteur I : Parce que je pense qu'il y a quand même un tout petit ... Je sais que c'est la grande mode de les poser, j'en pose aussi. Ça y a aucun doute. Mais y a quand même, premièrement un phénomène douloureux. Le col il est pas ... y a pas eu de bébé qui est passé par là. Donc il faut regarder l'ouverture du col. Et la dilatation ça fait pas du bien quand même, c'est pas à vous que je vais apprendre ça. Ça dure moins longtemps qu'un accouchement mais bon ... Deuxièmement, si on prescrit même si on pose des stérilets short, ce qu'il vaut mieux faire, les règles sont beaucoup plus abondantes, et les règles abondantes, ça peut entraîner une anémie, et une anémie, c'est une pathologie. Donc on peut être pourvoyeur d'une pathologie avec le stérilet, et il faut expliquer ça. Et ça veut dire qu'il faut surveiller aussi. Mais, il m'arrive de poser des stérilets chez des nullipares.

LD : Donc si une nullipare se présente et est désireuse d'un DIU, sans contre-indication, que faites-vous ?

Docteur I : Je lui pose. J'en discute avec elle, je lui explique les avantages. Et parfois ... Voilà, et les inconvénients aussi. Il y a des inconvénients, il peut aussi y avoir des règles douloureuses parfois.

LD : Vous est-il déjà arrivé de refuser de poser un DIU à une nullipare ? Si oui, pourquoi ?

Docteur I : Ah ben, j'ai refusé si on a rien essayé d'autre avant. Mais pas refusé comme ça, bêtement. En discutant. Et puis elle est assez convaincue à la fin et elle s'est dit « *Oui peut être c'est vrai je vais essayer autre chose et puis si ça marche pas, on fait ça.* »

LD : Faites-vous quelque chose de spécifique lorsque vous posez un DIU ?

Docteur I : Oui. Sur tous les stérilets –je crois que je suis le seul à faire ça- je pose jamais un stérilet sans avoir fait de frottis avant, être sûr qu'il n'y ait pas d'anomalie sur le frottis. Parce que si y a du Papilloma, qu'on est obligé d'enlever le stérilet pour faire du laser on va avoir l'air fin. Deuxièmement, je pose toujours en première partie de cycle pour être sûr de pas le faire sur une grossesse qui débute. C'est pas mal comme idée. Et je le fais toujours sous antibio moi. Je sais que je suis le seul. A démarrer 5 jours avant la pose et 10 jours en tout. Et en choisissant les antibio qui permettent de lutter notamment contre le Chlamydiae, puisque c'est ça. Alors je sais qu'il y a des gens qui font une recherche systématique de Chlamydiae chez les jeunes avant de le poser. J'étais à un congrès aussi y a pas longtemps où on recommande pas ça forcément. Donc je le fais pas ça. Mais je mets sous antibio systématiques et une heure avant je propose un Cebutid®, pour la douleur. Mais pas de Cytotec®.

LD : Pourquoi pas de Cytotec® ?

Docteur I : Parce que j'ai pas l'habitude de la prescription de ce produit, je sais pas faire. Ça fait mal au ventre. Je connais pas et j'ai jamais vu nulle part que c'était mieux.

LD : Nous avons parlé des principaux moyens de contraception, est ce qu'il vous arrive d'en prescrire d'autres, et si oui, lesquels ?

Docteur I : Ben je parle du préservatif ça c'est clair : c'est un moyen de contraception. En expliquant que c'est tout le temps, il faut jamais calculer parce que sinon on se plante. Alors les spermicides, moi j'en prescris mais dans la période de péri-ménopause.

LD : Pourquoi ?

Docteur I : Pourquoi ? Parce que la probabilité de grossesse est quand même nettement moindre qu'à votre âge vous voyez. Et on sait qu'il y a des échecs avec cette méthode. D'ailleurs, dans les microprogestatifs, c'est que Cerazette® que je prescris, parce que les microprogestatifs comme Microval®, faut arrêter de donner ça. Non mais, dans le post-partum si vous voulez hein. Encore c'est des spotting bien plus fréquents qu'avec Cerazette® hein, franchement, mais Miligynon®, et Microval®, 3% d'échec ! Alors évidemment, quand on allaite en même temps, ça améliore l'efficacité. Mais après : 3% d'échecs avec Miligynon® et Microval®. Alors que Cerazette® non. Cerazette® on a le droit à 11

heures d'oubli. Faut arrêter de dire à la même heure, c'est infaisable ce truc là aussi. Tous les jours. Si on commence le soir, on continue le soir. A la même heure, vous pouvez faire ça vous ? A l'hôpital vous dites ça, à la même heure. Mais si on l'oublie, c'est 11 heures. Mais Miligynon®, et Microval®, comme contraception après l'allaitement, ah non, je ne suis pas d'accord. 3 % d'échec.

LD : Les capes cervicales, diaphragmes ...

Docteur I : Non, je prescris pas ça. Ça fait des siècles que j'ai pas vu ça moi.

LD : Et les méthodes naturelles ?

Docteur I : Mais je respecte moi, en sachant que ça marche pas quoi. Je leur dis ... Ah ça, je leur explique. Ça je leur dis « *vous avez le droit, bien sur je respecte* ». La méthode des températures n'est efficace, elle n'est efficace que si vous faites votre courbe du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes, tout le cycle. Et que si vous n'acceptez des rapports non protégés qu'à partir du 2^{ème} jour de la température haute. Décalage thermique. Ça : pas de problème. Mais si c'est prendre la température de temps en temps etc ... C'est nul. Mais sinon, la méthode des températures est tout à fait juste si on fait ça. Quand le plateau s'est amorcé au deuxième jour, il n'y a plus de risque de grossesse. La glaire est coagulée, c'est terminé. Ça c'est clair. Pour les gens un peu croyants ça existe hein, c'est une méthode qu'ils peuvent utiliser. C'est sur, parce que tout le reste c'est interdit. Interdit enfin ... Pour une certaine tranche de croyants encore hein ... Bon on va pas se lancer là dedans.

LD : Concernant le suivi des patientes au long cours : comment allez-vous organiser le suivi en fonction des différentes méthodes contraceptives ?

Docteur I : Alors, la pilule je vous l'ai dit : je la revois tous les 6 mois, y a des bilans tous les ans, frottis tous les ans, prise de tension, poids etc ... Tous les 6 mois. Stérilet : je pose le stérilet. Je revois au bout d'un mois, pour être sur qu'il soit pas expulsé, qu'il n'y a pas de problème infectieux, et éventuellement couper le fil, que je laisse long hein ! Parce que le stérilet qui se tasse et on retrouve le fil à l'intérieur, c'est vrai avec le Mirena® ça, il faut faire hyper gaffe. Parce que bonjour pour l'enlever après. C'est pas rigolo pour la patiente. Donc au bout d'un mois, puis 3 mois après la prochaine consult, puis 6 mois, puis un an. Et après, tous les ans.

LD : Faites-vous un contrôle échographique après la pose du stérilet ?

Docteur I : Si j'ai un petit doute au moment de la pose, je regarde en écho. Mais je ne compte pas l'échographie bien sur. Je ne le fais pas systématiquement. Je commence à avoir un peu l'habitude pour savoir si c'est bien en place quand même. J'ai un peu le coup de main je crois. Sans me vanter hein ! Sinon c'est foutu.

LD : Par rapport aux recommandations émises par les groupes d'experts tels que la HAS, l'ANSM et l'OMS concernant la prescription d'une contraception pour la nullipare, quelle est votre attitude dans votre conduite à tenir, le déroulement de vos consultations ?

Docteur I : Ah ben ! On est obligé, forcément, d'en tenir compte ! Sinon, si il y a un problème, on est entre guillemets hors la loi. Mais vous voyez par exemple, pour une prescription de pilule, c'est plutôt une 2^{ème} gé, pour la première fois. Voilà c'est ça. Mais, dans mon attitude médicale, je pense que sans le vouloir je respecte ça, parce que c'est tellement logique, et si on connaît ce qu'on fait sérieusement, si on a conscience de ce qu'on fait, on est dans les clous de ce truc là quoi.

LD : Pourriez-vous dire que ces recommandations ont une influence sur votre pratique ?

Docteur I : Mais elles ont pas d'influence ... Enfin moi, ma pratique, c'est ce que j'ai appris, c'est mon expérience, c'est ce que je vois dans les congrès donc forcément ça retombe ... Mais parce que c'est juste quoi ! C'est juste qu'on doit pas donner la pilule sans surveiller, c'est juste qu'on doit être vigilant. C'est ça ces recommandations d'ailleurs. C'est éviter d'être un escroc, de penser ... à pas examiner les gens, à pas être consciencieux. Enfin c'est ça. C'est ce

qu'on devrait être. Mais on n'a pas besoin de le dire normalement, enfin je sais pas. C'est pas vrai ? Et dans l'absolu, bon ... Mais je suis pas avec la Bible à côté à regarder ce qu'ils disent et tout ça hein ! Et ça y est je suis devenu un grand garçon maintenant. L'expérience, vous savez, ça ... mais j'ai bien conscience des avantages et des inconvénients et des risques de chaque méthode. Et c'est, je vous l'ai dit au début, notamment pour la pilule, difficile ... même pour quelque contraception que ce soit, la première visite pour la contraception, c'est quelque chose de sérieux. Et le médecin doit être modeste là dedans. Je vous l'ai dit aussi ça, c'est la première fois que les gens viennent en disant « je veux ça ». Le médecin, je vous l'ai dit avant, c'était « le » prescripteur. C'est ça, c'est le rôle ... le médecin c'est lui qui décide. Mais là non. Il décide si c'est possible ou pas, mais c'est la patiente qui dit « *moi je voudrais ça* ». « *Ah oui ? C'est pas moi qui vous le dis ? C'est vous qui commandez maintenant ?* » Ben oui. Et c'est très bien. Je sais pas si vous aviez perçu cette petite notion là, mais c'est important. Il est évident, que moi mon but final c'est de respecter la patiente, qu'elle soit bien, ne pas être dangereux. Être médecin, c'est premièrement ne pas nuire. « *Est-ce que quand je fais ça, je ne vais pas nuire à ma patiente ?* ». Un stérilet d'emblée, je me pose des questions. Et deuxièmement, être efficace. Ça résume bien, ne pas nuire, être à l'écoute des gens. Après il ne faut pas se faire marcher sur les pieds. Il faut que la patiente se sente en sécurité c'est tout.

Université de Limoges

Ecole de sages-femmes

Année 2015

Mémoire pour le diplôme d'état de sages-femmes

par

Lauren DACCORD

Née le 1 juillet 1991

A Limoges

TITRE

La contraception des nullipares vue par les médecins

108 pages

Présenté et soutenu publiquement le 5 mai 2015

Vu et permis d'imprimer

Directeur du mémoire : Cristian Boghina

Guidante du mémoire : Valérie Gagneraud

Résumé

Le déroulement des consultations de contraception et le choix de la prescription de la contraception chez la patiente nullipare adolescente ou adulte, ont fait l'objet de recommandations des différents groupes d'experts tels que la HAS ou l'OMS.

L'objectif de ce mémoire a été de décrire les pratiques médicales des gynécologues médicaux, obstétriciens, et des médecins généralistes pratiquant la gynécologie en rapport avec ces recommandations grâce à une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. L'étude a été réalisée dans un contexte de polémiques sur l'usage des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. L'analyse de discours a permis de mettre en évidence un certain nombre de stéréotypes influençant la prescription de contraception chez la patiente nullipare.

Mots-clés : nullipare adolescente, nullipare adulte, consultation, contraception, stéréotypes.