HAL open science

L'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales

Priscille Dupouet

To cite this version:

Priscille Dupouet. L'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03325739

HAL Id: dumas-03325739

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03325739v1

Submitted on 25 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Priscille DUPOUET

le 1er Juin 2021

L'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales

Directeur de Thèse : Docteur Elisabeth BRUN MICALLEF

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Françoise PARIS
Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS
Docteur Elisabeth BRUN MICALLEF

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

UNIVERSITÉ MONTPELLIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe

MORAU Estelle

MOSER Camille

MOUSTY Eve

MOUTERDE Gaël

PANSARD Nicole

PERNIN Vincent

PERRIGAULT Pierre François

PEYRON Pierre-Antoine

PICARD Eric

PICOT Marie Christine

PIERONI Laurence

POQUET Hélène

PUJOL Sarah-Lise

PUPIER Florence

QUANTIN Xavier

RAFFARD Laurence

RAPIDO Francesca

RIBRAULT Alice

RICHAUD-MOREL Brigitte

RIDOLFO Jérôme

RIPART Sylvie

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

SEGURET Fabienne

SENESSE Pierre

SKALLI El Medhi

SOLA Christelle

SOULLIER Camille

STOEBNER DELBARRE Anne

TEOT Luc

THIRION Marina

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

ZERKOWSKI Laetitia

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Merci de m’avoir fait le grand honneur de présider mon jury de thèse. Merci de votre présence et de votre réactivité. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Madame la Professeure Françoise PARIS

Merci d’avoir accepté d’être membre du jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez accepter ma reconnaissance et l’expression de ma considération la plus distinguée.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Merci d’avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Elisabeth BRUN MICALLEF

Merci d’avoir accepté de diriger cette thèse, et de m’avoir accompagnée aux différentes étapes cruciales de la réalisation de ce travail. Merci de vos bons conseils.

Merci à tous les médecins qui ont participé à cette thèse, d’avoir pris de votre temps pour réaliser les entretiens.

Merci au Docteur Jeanne PERRIN pour ses conseils et sa relecture, ce fut très précieux pour moi.

A tous les médecins qui m’ont accompagnée au cours de mes études, merci pour tout ce que vous m’avez apporté.

Merci à ma famille de m’avoir soutenue, aidée, conseillée, relue avec attention. Et surtout merci à mon frère Augustin sans qui cette thèse ne serait pas ce qu’elle est ! Merci de ces HEURES à travailler, réfléchir ensemble !

Merci à Hadrien. Merci de me supporter, de me soutenir, m’aider dans mes réflexions, m’aider à relativiser. La vie est belle à tes côtés.

Et merci à tous mes amis !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **19**

SOMMAIRE **21**

SERMENT D'HIPPOCRATE **25**

LISTE DES ABRÉVIATIONS **26**

RÉSUMÉ **27**

INTRODUCTION **28**

1/ Histoire de la pilule : de l'avancée scientifique à la remise en question 28

2/ Un patient informé, acteur de sa santé 34

MATERIEL ET METHODE **36**

1/ Justification de l'approche qualitative 36

2/ Elaboration de la problématique 36

3/ Recueil de données et type d'analyse 37

4/ Population 37

5/ Recherche bibliographique et élaboration du guide d'entretien 38

6/ Déroulement des entretiens 39

7/ Traitement des données 39

RÉSULTATS **41**

I/ Sujets et contexte **41**

1/ Les médecins interrogés 41

2/ Description des patientes concernées 43

Des patientes de tous âges, de l'adolescente aux femmes plus âgées 43

Des populations précaires moins touchées ? 44

3/ Précision sémantique 44

4/ Un changement sociétal 44

Un phénomène récent et remarqué 44

Une amélioration sanitaire, changement de paradigme ? 45

Une recherche de naturel et d'un mode de vie plus sain 45

Des patients en demande d'un autre type de médecine 46

Féminisation de la profession médicale 47

Une évolution de la place et du statut du médecin 47

Une contraception partagée dans le couple 48

5/ L'évolution des connaissances et de l'information 49
Des nouvelles considérations : les perturbateurs endocriniens 49
Les débats médiatiques : changement de perspective 49
La mésinformation génératrice d'incompréhension 50
Un manque d'information et une sensibilisation insuffisante 51
Un climat de défiance 51

II/ Les raisons du refus 52
1/ L'importance des constructions mentales 52
Les croyances impactant la représentation de la contraception 52
Les idées reçues sur la fertilité 53
L'ambivalence du désir d'enfant : entre conscientisation et inconscient 54
2/ Les risques et perturbations potentiels ou avérés 55
La peur d'un éventuel risque pour la santé 55
La crainte de la douleur liée à l'implant et au stérilet 56
Une sensation de dérèglement d'origine chimique 56
Des effets secondaires multiples 57
Une certaine tolérance des effets secondaires 58

III - La réaction des médecins face au refus des contraceptions hormonales 59
1/ La pilule : une grande découverte pour la femme 59
2/ Des avis négatifs 60
Un refus jugé irraisonné, illogique 60
Des concessions inéluctables pour les patientes 61
Un point de vue influencé par le type de pratique médicale 61
3/ Des avis positifs 62
Une réflexion saine sur les médicaments, des patients acteurs de leur santé 62
Un droit fondamental : la liberté de choix 62
Un discours compréhensif et réceptif aux craintes des patientes 63
Un refus acceptable du fait d'alternatives 65
4/ Les problématiques rapportées 65
Des consultations chronophages et complexifiées 65
Une crédibilité-légitimité mise à mal 66
Une démédicalisation progressive qui pose question 67
Les grossesses non désirées 67
Aucune problématique soulevée 69

IV - Prise en charge de ces patientes en refus de contraception hormonale 69
1/ La consultation 69
Une consultation dédiée pour une information optimisée 69
Un examen gynécologique générateur d'inquiétudes 70
2/ Communication 70
L'alliance thérapeutique 70
Repérer, comprendre et éventuellement déconstruire les idées reçues 72
Une information personnalisée et pertinente 73
Introduire la notion de balance bénéfice/risque 75
3/ Les propositions thérapeutiques 76
L'épargne hormonale 76
Désamorcer les craintes liées au stérilet au cuivre 77
Autres méthodes 78
Les méthodes naturelles 79
Une impasse thérapeutique si refus du stérilet au cuivre 81
Une prescription personnalisée et adaptée 81
4/ Une pratique interprofessionnelle et collaborative 82

DISCUSSION 84

I - Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude 84
II - Discussion autour du contexte et des raisons évoquées 87
Les raisons du refus globalement connues des médecins 87
Une recherche de naturel 88
La problématique environnementale liée aux contraceptions hormonales 93
Des médecins à l'écoute des effets secondaires mentionnés par les patientes 97
Les risques inhérents aux contraceptions hormonales oestro progestatives 99
1/ Des chiffres du risque thrombo-embolique lors d'une grossesse qui font relativiser 100
2/ Une méconnaissance des risques thromboemboliques liés aux oestro progestatifs 101
3/ Le risque artériel 103
4/ Le risque de cancer du sein 104
Croyances et représentations du médicament 104
L'information : éducation, santé publique, associations 107
La défiance : vécu du médecin généraliste 109
Des IVG en hausse 109
III - Prise en charge des patientes et réseau professionnel 112

Le rôle des qualités de communication du médecin 112
Quelle information fournir lors d'une consultation avec prescription de contraception ? 115
Thérapeutique : la place des contraceptifs progestatifs 116
Adaptation des contraceptifs en fonction des climats oestrogéniques et progestatifs 117
La contraception masculine 118
Les sages-femmes 122

CONCLUSION 124

BIBLIOGRAPHIE 126

ANNEXES 132
Annexe 1 : 132
Annexe 2 : 134
Annexe 3 : 135

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santés

AVC :Accident Vasculaire Cérébral

CHC : Contraception Hormonale Combinée

CMH : Contraception Masculine Hormonale

CMT : Contraception Masculine Thermique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COP : Contraception Hormonale Combinée

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Ministère des Solidarités et de la Santé

DROM : Département et Région d'Outre Mer

FDA : Food and Drug Administration

FDRV : Facteur de Risque Vasculaire

GEU : Grossesse Extra Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus

IC : indice de Confiance

IDM : Infarctus du Myocarde

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LEEM : Les Entreprises du Médicament

LH : Hormone Lutéinisante

MAMA : Méthode de l'Allaitement et de l'Aménorrhée

MVTE/MTEV : Maladie Veineuse Thrombo Embolique

ONU : Organisation des Nations Unies

PCB : Polychlorobiphényle

Prothèses PIP : Poly Implant Prothèse

THS : Traitement Hormonal Substitutif

RÉSUMÉ

Contexte : Depuis 2010 la consommation de pilules diminue. Certaines patientes se détournent des contraceptions hormonales pour différentes raisons.

Objectif : Recueillir l'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 19 médecins généralistes. Les données ont été recueillies grâce à un guide d'entretien jusqu'à saturation, puis analysées de façon thématique.

Résultats : Ce refus est remarqué par les médecins interrogés qui en connaissent essentiellement les mécanismes et les raisons. Certains sont compréhensifs de ce phénomène et peuvent être réceptifs aux craintes de leurs patientes, d'autres le rapprochent à un retour en arrière, un rejet de la technologie. Cette situation peut entraîner notamment une sensation de décrédibilisation dans leur pratique et des temps nécessaires de consultation allongés. Ils évoquent la nécessité d'une consultation dédiée à la contraception, d'une bonne alliance thérapeutique, permettant éventuellement la déconstruction des idées reçues. Les solutions apportées sont essentiellement des contraceptifs hormonaux estimés moins dosés ou le stérilet au cuivre. Aucun ne recommande les méthodes naturelles.

Conclusion : Les avis des médecins divergent quant au refus des contraceptions hormonales, pouvant aller jusqu'à l'incompréhension créant un décalage avec leur patientes. D'autres voient cette remise en question positive**.** Des problématiques inhérentes à ce refus sont soulevées. Les évolutions sociétales comme le souhait de certaines patientes d'un autre type de médecine, le mode de vie tourné vers le naturel, la FemTech, les contraceptions masculines, l'information issue des réseaux sociaux apparaissent importants à connaître pour les prescripteurs afin d'optimiser la prise en charge de ces patientes.

Mots clés : Comportement en matière de contraception, contraception rejet, contraception féminine avis, pilule représentation croyance, soins primaires, défiance médicament.

INTRODUCTION

1/ Histoire de la pilule : de l'avancée scientifique à la remise en question

L'histoire de la contraception hormonale au XXème siècle naît dans un contexte politique complexe, de courants de pensée variés divergents, à échelle internationale. Les théories racistes eugénistes, les craintes liées à une surpopulation mondiale, le féminisme s'opposent aux théories natalistes et aux interdits religieux. (1) (2) La première pilule contraceptive combinée, Enovid, développée aux Etats-Unis est composée de mestranol (dérivé estrogène) et de norethynodrel (dérivé progestatif). Son autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis pour troubles menstruels est obtenue en 1957, avec deux dosages (9,85 mg norethynodrel/ 0,15 mg mestranol et 5 mg norethynodrel/ 0,75 mg mestranol). L'AMM à visée contraceptive est ajoutée en 1960. (3)

En France, la loi de 1920 interdit la publicité ainsi que l'information sur la contraception et la diffusion de moyens contraceptifs ou abortifs.(4)

La prévention des naissances devient un thème récurrent également parmi les médecins qui constatent l'augmentation constante de femmes infectées et blessées par les avortements clandestins.(1)

L'entrée des femmes dans le salariat au XXème siècle contribue à l'amélioration de leur statut. Elles revendiquent un droit à l'épanouissement hors du foyer et aspirent à une réussite individuelle peu compatible avec une surcharge familiale.(1)

En 1967, le député Gaulliste Lucien Neuwirth légalise la contraception, malgré les nombreux opposants qui dénoncent les risques d'un désordre sexuel et social, d'une dépopulation ainsi que le risque médical lié à la pilule. 8 ans plus tard, la loi Veil dépénalise l'avortement. (1)

La pilule et le dispositif intra utérin deviennent les deux contraceptifs les plus utilisés en France dans les années 80, avec rapidement une préférence pour la pilule. La pose du DIU n'étant pas recommandée chez les nullipares (difficulté de pose avec douleurs et risque infectieux).(5) D'une contraception traditionnelle de couple, notamment basée sur le retrait et l'abstinence périodique, on passe à une contraception médicalisée et qui repose uniquement sur la femme. La pilule devient le symbole de l'émancipation et de la libération sexuelle féminine. (6)

En 2012, une jeune femme, Marion Larat, porte plainte contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thromboembolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule de 3ème génération. Elle publie en 2013 un livre à ce sujet "La pilule est amère". C'est le début d'une tempête médiatique remettant en cause la sécurité des contraceptifs. Elle aboutit au déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération en mars 2013.(7)

La journaliste Sabrina Debusquat publie en 2017 le livre " J'arrête la pilule " qui note en 4ème de couverture : " Il devient difficile de fermer les yeux sur les effets de la contraception hormonale, produit cancérigène de première catégorie, perturbateur endocrinien et véritable castration chimique ". Cette même journaliste indépendante a publié en 2019 : " marre de souffrir pour ma contraception " et lancé une pétition recueillant à ce jour plus de 27000 signatures demandant une concertation nationale afin de promouvoir une contraception sans effets indésirables ainsi que les contraceptions masculines. Elle a été reçue à l'ONU en 2019 afin d'apporter son point de vue pour d'éventuelles améliorations futures de la contraception hormonale. Elle y a soutenu qu' en Occident, de plus en plus de femmes ne souhaitent plus médicaliser leur contraception et rencontrent des difficultés à faire entendre ce choix et à trouver des solutions concrètes.

En 2017 sort un article inculpant le DIU Mirena d'effets secondaires tels que : dépression, anxiété et nervosité, ce qui alimente le débat.(7) On parle alors d'hormonophobie.

En 2010, 40% des pilules utilisées sont des pilules de 3ème et 4ème génération. Cette proportion est passée à 25% en 2013. (8)

L'enquête Baromètre santé 2016 a interrogé les femmes sur leur utilisation contraceptive. Afin d'étudier l'évolution des pratiques, les données ont été comparées aux enquêtes Fécond de 2010 et 2013. En 2010, 40,8% des femmes âgées de 15 à 49 ans prennent la pilule, en 2013 elles sont 36,3% et en 2016 elles ne sont plus que 33,2%. Elle reste le premier contraceptif utilisé. Cette désaffection de la pilule touche essentiellement les femmes de 20 à 44 ans qui se reportent vers le DIU, le préservatif et l'implant. L'utilisation du DIU augmente avec l'âge, il atteint un niveau presque équivalent à la pilule (31,6%) chez les 30-34 ans. Il est le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans.(9)

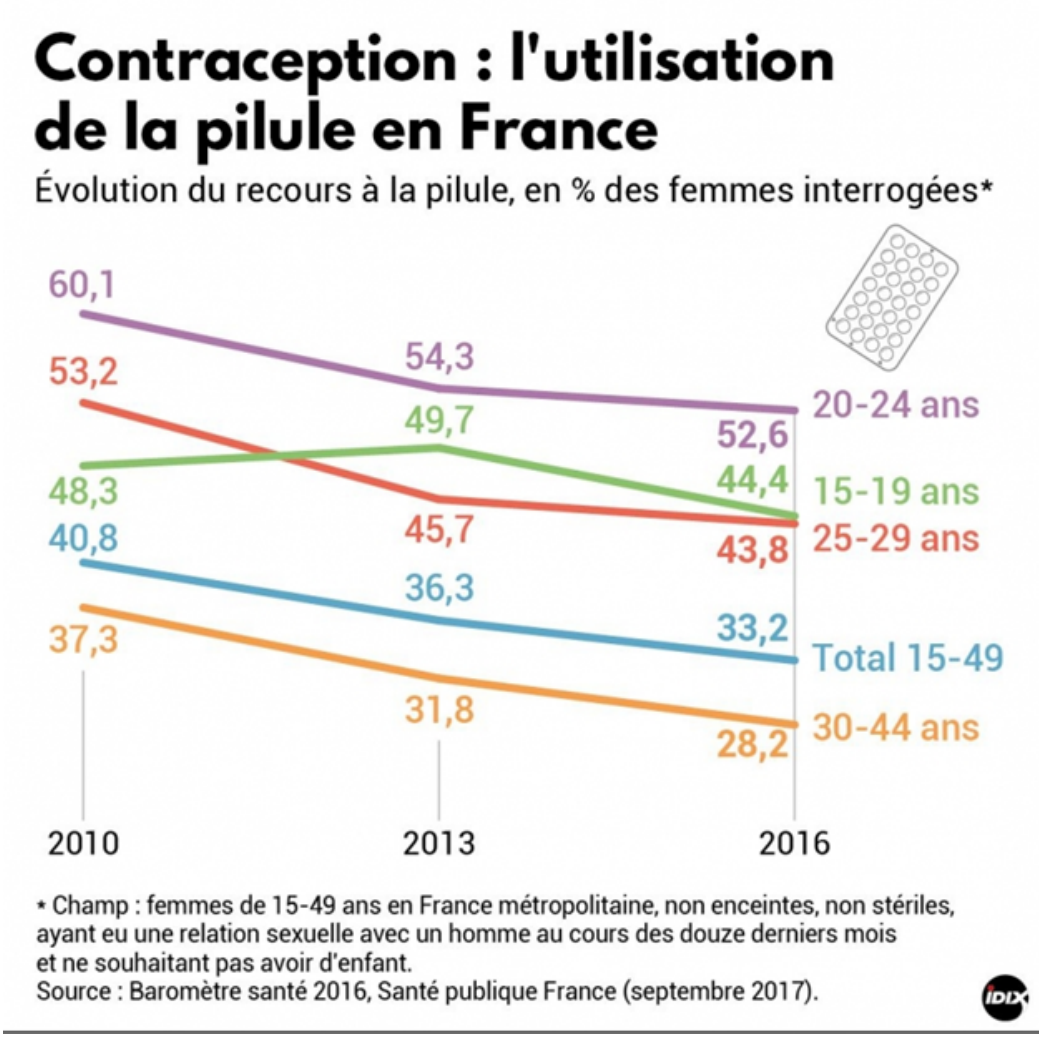
Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France en 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception (Baromètre santé 2016)

	2010[1]	2013[2]	2016[3]	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘

25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘

TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.
Un test x^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).
1. Enquête Fecond 2010.
2. Enquête Fecond 2013.
3. Enquête Baromètre santé 2016.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.



En 2017 on constate une baisse de l'utilisation de toutes les contraceptions hormonales à l'exception des pilules microprogestatives. (7).

Les représentations et le ressenti de 18 femmes âgées de 18 à 47 ans sur leur contraception, ont été recueillis entre 2017 et 2018. Cette thèse qualitative détaille leurs multiples peurs vis-à-vis des contraceptions hormonales. Peur d'un changement du fonctionnement naturel de l'organisme, peur des hormones, peur des effets secondaires, peur du risque vasculaire, du cancer. Certaines craignent une infertilité. D'autres ont un sentiment de réelle intolérance des hormones avec prise de poids, douleurs, migraines...Elles décrivent une méfiance vis à vis des traitements en général ainsi que des laboratoires et de l'influence qu'ils peuvent avoir sur le corps médical. Certaines se

plaignent d'un médecin qui parfois impose le type de contraception, n'est pas assez à l'écoute et ne répond pas à leurs questionnements. Elles mettent en avant également leur désir de contraception masculine.(10)

Ces idées sont largement évoquées sur les réseaux sociaux. Les blogs où des femmes expliquent pourquoi elles ont arrêté la pilule sont innombrables : Anne Dubndidu "pourquoi j'ai arrêté la pilule et comment je m'organise maintenant", metroboulotpinceau.com "j'arrête la pilule : le bilan après 6 mois sans hormones", le blogetsmart "j'ai arrêté la pilule, mon bilan 2 ans après"... Les Podcasts comme Programme B : l'enfer de la contraception ou bien Ma contraception et moi ou encore Ma Vie après (podcast d'accompagnement à l'arrêt de la pilule). Des pages facebook comme "paye ton gynéco" ou sur twitter "hashtag paye ta contraception", "hashtag balance ton utérus" ont vu le jour et réunissent des femmes afin de parler de leur expérience avec la contraception hormonale et leur ressentiment vis à vis de certains comportements ou actes réalisés par les soignants en gynécologie et obstétrique.

Ces thèmes se retrouvent dans certains livres de la dessinatrice feministe Emma qui mentionne "que la contraception, encore aujourd'hui représente une charge mentale conséquente, et, bien qu'elle bénéficie aux deux partenaires, elle est quasi exclusivement portée par les femmes"

Il ressort une volonté de ces femmes de démédicaliser la contraception : le souhait d'une contraception sans effets secondaires, sans risque pour la santé, sans nécessité de contrôle médical puisque les femmes en demande ne sont pas malades.

Ces femmes sont nombreuses à partager une incompréhension de la part des médecins de leur refus des hormones contraceptives, ou un manque d'écoute de leur part.

Au sein du monde médical, les avis se veulent rassurants concernant les hormones contraceptives. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français publie en octobre 2017 un rapport intitulé : "Faut- il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive?". Cette peur est selon eux injustifiée. Ils mettent en avant tous les avantages liés à la prise

de contraceptifs hormonaux : réduction du risque global de cancer, diminution des dysménorrhées, ménorragies, traitement de l'hyperandrogénie et de l'endométriose. Ils exposent le surrisque qui reste faible d'accidents artériels et veineux ainsi que de cancer du sein. Ils soulignent l'absence de lien ou de données fiables concernant la prise de poids, modification de la libido, la dépression ainsi que le risque environnemental. (11)

Cette question de la prise en charge des patientes en rejet d'hormones contraceptives et de la place du soignant dans cette situation a été présentée lors de la journée des référents le 12 juin 2018, notamment par les Dr Geoffroy ROBIN et Dr Teddy LINET. Ils remettent en avant la place du soignant dans son rôle d'information sur les risques et bénéfices des contraceptions hormonales, l'aide au choix contraceptif en fonction des antécédents médicaux et la lutte contre les idées reçues (poids, libido, troubles de l'humeur). Une des présentations expose les nouveaux profils de patientes à la recherche du "sans" (sans huile de palme, sans produits d'origine animale, sans hormones, sans vaccin, sans gluten). Ces patientes sont en demande d'une information claire puis d'une prise de décision commune plutôt qu'une prise en charge paternaliste.(12)

2/ Un patient informé, acteur de sa santé

L'afflux d'informations ou de désinformation sur les réseaux sociaux, internet et dans les médias fait naître des patients acteurs de leur santé et bouleverse la relation médecin patient. La confiance des Français envers les médicaments varie au gré des scandales. Qu'ils soient avérés (Mediator, prothèses PIP, sang contaminé, hormones de croissance…) ou qu'il s'agisse de rumeurs infondées, la confiance des patients est ébranlée. (13) En 2018, l'Observatoire sociétal du médicament publié par le Syndicat LEEM (les Entreprises du Médicament) montre que la confiance des Français envers les médicaments est de 77%, et seuls 51% estiment que les entreprises du médicament sont crédibles. (14)

L'enjeu du médecin est dans l'information qu'il se doit de donner de façon claire, loyale, appropriée : c'est la clé d'un consentement libre et éclairé. Et surtout appréhender avec le

patient le concept de balance bénéfice / risque car les patients ont une exigence forte sur le bénéfice et une intolérance du risque.

En 2015, 34% des Français estiment qu'internet est un moyen de s'informer afin de contester le médecin et seulement 28% s'estiment bien informés sur le rapport bénéfice risque des médicaments.(13)

La question du rejet des hormones contraceptives est une problématique d'actualité. On constate une divergence des points de vue côté patientes et côté médecins. Avec d'un côté des médecins qui souhaitent remettre en avant la contraception hormonale et ses avantages et rassurer les patientes, et d'un autre côté certaines patientes qui souhaitent passer à autre chose.

En 2018, les patients ont une confiance élevée de 92% envers leur médecin généraliste, ce qui fait de lui un acteur clé dans la prise en charge de soin.(14)

La promulgation sans remise en question de la contraception hormonale pourrait se retrouver à contre sens d'un souhait d'évolution des pratiques de la part d'une partie de la population.

Ce constat nous a amené à réaliser une étude dont l'objectif était d'explorer l'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales.

D'où la problématique retenue pour notre étude :

Quelle est l'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales?

MATERIEL ET METHODE

1/ Justification de l’approche qualitative

Les méthodes qualitatives couvrent une série de techniques de collecte et d’analyse de données adaptée à l’étude de phénomènes sociaux et permettent d’en comprendre l’existence et la signification. Elle étudie notamment les expériences personnelles et cherche à comprendre en profondeur des attitudes et comportements. Cette approche nous a donc parue la plus logique afin d’appréhender l'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales. Celle-ci est particulièrement appropriée car les facteurs étudiés sont des facteurs subjectifs et difficilement mesurables. Ce type d’étude permet également d’observer et analyser le comportement non verbal de l’interlocuteur.

2/ Elaboration de la problématique

Dans un livre intitulé " Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données " une équipe d’auteurs a défini la problématique de recherche de la façon suivante : " Par l’expression problématique de recherche, on réfère généralement à l’ensemble des éléments formant problème, à la structure d’informations dont la mise en relation engendre chez un chercheur un écart se traduisant par un effet de surprise ou de questionnement assez stimulant pour le motiver à faire une recherche ".

Le refus des contraceptions hormonales étant récent et encore non étudié, il était intéressant d’analyser le ressenti des médecins généralistes à son sujet.

Un atelier thèse d’aide à la problématisation à la faculté de médecine de Montpellier a été réalisé en 2019 afin d'élaborer la question et l’objectif de recherche.

3/ Recueil de données et type d’analyse

Notre méthode de recueil de données s’est faite par entretiens semi-dirigés en raison du thème abordé qui se prêtait difficilement à une exploration en groupe. En effet, il s’agit là d’explorer des opinions, des comportements individuels et des pratiques de chaque médecin, le groupe pouvant influencer les réponses de chacun. C’est l’enquêteur qui conduit l’entretien selon un canevas d’entretien et l’enregistre, mais l’ordre des thèmes abordés varie en fonction des réponses de l’interlocuteur, ce n’est donc pas figé. L’entretien est donc structuré tout en laissant une liberté de manœuvre à l’interlocuteur.

Les verbatims ont été analysés selon une analyse thématique.

La collecte de données a donc été réalisée sans “à priori”, dans la mesure du possible, pour ensuite y chercher ce qui fait “sens”.

Les verbatims ont été découpés en “unité de sens” qui ont été codées puis articulées en thèmes. Des catégories ont été élaborées à posteriori en fonction des différents thèmes et se sont enrichies au fur et à mesure de l’analyse.

Le recueil de données et l’analyse ont donc été réalisés simultanément puisque tous les entretiens étaient codés au fur et à mesure de l’étude afin de pouvoir réajuster en permanence le canevas d’entretien pour coller au mieux à la réalité.

4/ Population

Les critères d’inclusion étaient : médecin généraliste, installé ou remplaçant, thésé ou non avec une recherche de diversité en âge, sexe, type d’exercice et ancienneté de pratique. Des médecins exerçant dans l'Hérault, le Morbihan, le Finistère, l'Ile de France et la Vendée ont été interrogés afin d’élargir le champ des réponses.

Le recrutement s’est fait par l'enquêteur lui-même. La prise de contact avec les médecins généralistes s’est faite par téléphone ou en présentiel notamment lors de remplacements dans des cabinets de groupe. Certains médecins étaient connus de l'enquêteur (collègues

de travail, médecins remplacés). Au total, 19 médecins ont été recrutés. Pour respecter leur anonymat, ils ont été nommés de M1 à M19.

Ces médecins remplissaient une fiche recueillant des informations sur leur âge, leur sexe, leur lieu et condition d'exercice, l'année d'installation, leurs formations éventuelles complémentaires en gynécologie et leur pourcentage de consultation en gynécologie. Cette fiche les informait également de la retranscription et de l'analyse des données ainsi que de leur anonymisation et recueillait leur consentement écrit. Ils étaient informés de la possibilité de refuser de répondre aux questions, voire d'arrêter prématurément l'entretien s'ils le souhaitaient. (Annexe 2)

5/ Recherche bibliographique et élaboration du guide d'entretien

Une formation à la recherche documentaire a été réalisée en 2017. Puis en 2019 la recherche bibliographique a débuté avec l'aide d'une documentaliste de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Montpellier puis a régulièrement été réactualisée au cours de l'étude. Les bases de données Pubmed, EM Premium, Medline, Cairn, Science Direct, Google scholar, Sudoc ont été utilisées avec les mots clés suivants : Comportement en matière de contraception, contraception rejet, contraception féminine avis, pilule représentation croyance, soins primaires, défiance médicament. La documentation s'est faite également via les réseaux sociaux, podcasts, lectures ce qui était nécessaire afin de cerner au mieux le sujet.

Aucune étude similaire n'a été retrouvée lors de ces recherches.

Cette recherche documentaire faite au préalable, appuyée d'un atelier proposé par la faculté de Montpellier d'aide à la réalisation du guide d'entretien en décembre 2019, a permis d'élaborer une trame de 6 questions courtes et ouvertes. Il s'agissait d'une trame pour mener l'entretien, et les questions de l'enquêteur pouvaient évoluer en fonction des réponses et des idées émergeant au cours de l'entretien. Le guide sert à structurer

l’entretien et les interventions de l’enquêteur sans diriger le discours. C’est une invitation au récit. Des sous questions ou relances avaient été prévues afin d’approfondir certains échanges.Ce guide d’entretien a été évolutif et modifié par 2 fois : après le 4ème puis après le 8ème entretien afin d’améliorer la pertinence des réponses. (annexe 1). Un entretien test a été réalisé avant de démarrer les entretiens.

6/ Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés au cours des années 2020 et 2021. Certains en présentiel et d’autres par téléphone en raison de l’éloignement ou des différents confinements liés au Covid 19 ou bien selon le souhait du médecin interrogé.

Les participants étaient informés du sujet uniquement par exposition de la question. Le guide d’entretien ne leur était pas fourni. L’enregistrement des données a été réalisé par dictaphone.

Les entretiens ont été menés les uns après les autres avec réalisation d’une analyse de données intermédiaire entre chaque entretien. Ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données, obtenue après 17 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont donc été réalisés.

La durée des entretiens a été en moyenne de 25 minutes. Le plus court 13 minutes et le plus long 1h.

7/ Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement de la façon la plus fidèle possible sur un fichier Word, à partir des enregistrements audios, sous forme de verbatim, définis comme une reproduction intégrale des propos prononcés par les interviewés. Il est à noter que les entretiens ont été retranscrits " à l’état brut " sans aucune adaptation. Ils sont donc sous la forme d’un français parlé et non écrit. Ceci permet de conserver la spontanéité et le sens premier des paroles. Les hésitations, les rires ont également été retranscrits.

Un atelier d’aide à l’analyse des verbatims proposé par la faculté de Montpellier a été réalisé en juillet 2020.

RÉSULTATS

I/ Sujets et contexte

1/ Les médecins interrogés

	âge	sexe	durée installation	formations	condition d'exercice	localisation	durée entretien
M1	28	F	3 mois	Saspas	cabinet de groupe	Occitanie	15 minutes
M2	29	F	non thésée	DU gynéco	remplacements	Bretagne	26 minutes
M3	59	H	31 ans	non	cabinet de groupe urbain	Occitanie	13 minutes
M4	52	H	23 ans	non	cabinet de groupe	Occitanie	13 minutes
M5	45	F	15 ans	DU gynéco	seule en cabinet urbain	Occitanie	26 minutes
M6	32	F	1 an	non	semi rural cabinet de groupe	Occitanie	19 minutes
M7	33	H	4 ans	non	cabinet de groupe en urbain + CEGIDD	Occitanie	25 minutes
M8	41	H	7 ans	non	semi rural cabinet de groupe	Occitanie	15 minutes
M9	39	F	6 ans	non	cabinet de groupe urbain	Occitanie	23 minutes
M10	40	F	5 ans	non	cabinet de groupe urbain	Occitanie	25 minutes
M11	36	H	4 ans	non	cabinet de groupe urbain	Occitanie	24 minutes

M12	63	F	28 ans	non	urbain MSP	Pays de la Loire	30 minutes
M13	44	H	8 ans	non	semi rural cabinet de groupe	Bretagne	27 minutes
M14	56	F	21 ans	non	urbain cabinet de groupe	Occitanie	1 h
M15		H	25 ans	DU gynéco	urbain planning familial	Bretagne	25 minutes
M16	58	F	25 ans	oui	urbain planning familial, PMI	Occitanie	36 minutes
M17	41	F	10 ans	oui	urbain, planning familial	Ile de France	22 minutes
M18	54	F	13 ans	formation continue	urbain, cabinet de groupe	Occitanie	27 minutes
M19	34	F	4 ans	DU gynéco	urbain, cabinet de groupe	Occitanie	29 minutes

Notre population de médecins a été initialement choisie la plus variée possible afin d’obtenir des avis de médecins de tous âges et sexes, pratiquant peu, un peu ou régulièrement de la gynécologie. Ceci explique certaines durées courtes des entretiens, limités par le peu d'expérience dans la pratique de la gynécologie et de la contraception des médecins interrogés, et donc, de l'expérience concernant le refus des contraceptions hormonales. Par la suite, nous avons majoritairement ciblé les entretiens sur des médecins généralistes ayant une pratique régulière de la gynécologie ou travaillant en planning familial. Certains entretiens ont dû être abrégés lorsque des médecins étaient pris par le temps dans leur journée de consultation.

M15 n’a pas spécifié son âge.

Les médecins qui pratiquaient peu de gynécologie et qui étaient donc essentiellement dans le renouvellement des contraceptions hormonales avaient été très peu confrontés à des refus de contraceptions hormonales. Ils évoquaient également très peu de retour de mauvaise tolérance des contraceptifs hormonaux.

M3 *: "Mon expérience personnelle de la contraception hormonale c'est que ça m'a jamais posé de problème, jamais d'effets secondaires particuliers qui me viennent à l'esprit ni d'accident quelconque. (...)Rarement des consultations uniquement dédiées à ça."*

M4 : "*Ben globalement oui vu qu'on est pas dans l'initiation mais le renouvellement, je pense que la phase d'adaptation est faite par le gynécologue.*"

M6 : "*Après sincèrement je n'ai pas eu grand monde qui venait me parler de cela. La plupart que j'ai vu elles sont sous contraception, ça fait plusieurs années qu'elles le prennent, elles sont habituées"*

M8 *: "donc j'ai peu de personnes qui viennent pour des contraceptifs et souvent ce sont des renouvellements"*

2/ Description des patientes concernées

- <u>Des patientes de tous âges, de l'adolescente aux femmes plus âgées</u>

M2 : "*les patientes qui refusent la contraception hormonale, la plupart du temps, (...) c'est des jeunes femmes entre 25 et 35 ans"*

M9 : "*Alors passé 40 ans, elles te disent je veux plus d'hormones enfin j'ai donné quoi"*

M14 *: "La trentenaire elle va pas avoir envie d'avoir un DIU, elle va pas avoir envie d'avoir une contraception hormonale,(...)et c'est là qu'on a les contraceptions qui sont mal fichue avec les recherches d'ovulation "*

M15 *: "il n'y a pas de catégorie, il n'y a pas d'âge en fait"*

M15 *: "il y a des jeunes de 15, 16 ans "*

M19 *: "Et pour les patientes plus âgées qui sont pas très loin de la ménopause on a aussi un peu cette demande"*

- Des populations précaires moins touchées ?

Un des médecins, travaillant au planning familial dans une zone défavorisée, a cependant peu remarqué cette évolution des mœurs.

M17 *: "[je prends en charge surtout] une population très précaire, des femmes assez jeunes, je dirai qu'elles sont assez peu informées, on est assez peu touché par la vague médiatique sur la contraception hormonale"*

M17 *: "Vivre de manière plus saine, ça colle pas du tout avec les gens qui ont peu de moyens!"*

3/ Précision sémantique

La nuance importante qu'introduit M15 au début de son entretien est que d'après lui, il n'y a pas de réel refus des contraceptions hormonales, dans la mesure où c'est un choix entre différentes propositions qu'apporte le médecin.

Nous verrons plus loin que ce refus peut s'apparenter à des doutes, des peurs, des réserves, éléments naturels d'un discernement plus qu'à un réel rejet, une opposition.

M15 *: "il n'y a pas de refus, c'est-à-dire que les patientes elles choisissent plus ou moins après avoir été informée des contraceptions de choisir telle ou telle méthode"*

4/ Un changement sociétal

- Un phénomène récent et remarqué

La plupart des médecins interrogés ont constaté l'évolution des souhaits des patientes dans le domaine de la contraception. Les médecins les plus impactés étaient ceux travaillant en Planning familial.

M12 *: "on sent que ça grandit, moi je dirai 10, 10 à 15 ans tu vois"*

M12 *: "on sent, on entend des plaintes alors j'ai pas envie de prendre d'hormones,(...)le rapport à ce médicament-là a changé, ça c'est très clair."*

M14 *: "c'est récent, je dirai que ça a 5 à 8 ans"*

M13 *: "je suis surpris oui de la demande en microprogestatif. Beaucoup plus qu'il y a 20 ans ou c'était réservé à l'allaitement et aux contre-indications absolues (...) il y a une demande assez fréquente d'un stérilet sans hormones…"*

M15 *: "il y a de plus en plus de patientes qui viennent et qui n'ont pas de contraception "*

M19 *: " il y a de plus en plus de patientes qui viennent pour avoir une contraception non hormonale."*

- <u>Une amélioration sanitaire, changement de paradigme ?</u>

Certains des bénéfices initiaux de la pilule (diminution de la mortalité maternelle en couche ou liée aux avortement clandestins et de la mortalité infantile) ne sont plus d'actualité pour la jeune génération. Le poids des inconvénients se fait alors ressentir, ce qui participe à l'augmentation des réticences envers les contraceptions hormonales, comme le précise M16 :

"L'accès à la contraception s'est fait vers un bénéfice qui était considérable !",
"60 ans après, les femmes ont moins de grossesses, la mortalité infantile a considérablement baissé (...)! Le bénéfice par rapport à l'absence de contraception est beaucoup plus faible ! Donc du coup ce qui va rester c'est tous les inconvénients, c'est-à-dire les effets secondaires."

- <u>Une recherche de naturel et d'un mode de vie plus sain</u>

Les médecins rapportent des mouvements idéologiques au départ d'ordre religieux et éthiques, qui rassemblent aujourd'hui des considérations plus environnementales ou philosophiques, portées par les écologistes, les vegans, le bio…
Dans la lignée de l'expansion des méthodes de bien-être, se libérer des hormones peut être vu comme une reconnexion à son corps.

M11 *: “ça le refus de la chimie, alors j’exagère, c’est volontaire de ma part, je grossis le trait, c’est : je suis vegan, j’achète que des produits bio et donc c’est pas bon pour mon corps et donc je ne veux pas d’hormones”*

M11 *: “ça se rapproche plus du type de patientes, plus ou moins à l’écoute de tout, mais y compris de l’écologie”*

M11 *: “Les hormones ça se rapproche un peu de : j’ai entendu que ça pouvait pas être tout bon (...) c’est quelque chose de, entre guillemet chimique, et faut laisser faire la nature et, il y a d’autres moyens de contraception “*

M12 *: “on avait beaucoup entendu les catholiques qui disaient : il faut que de la contraception naturelle, c’était un peu marginal mais il y avait déjà ça. Après on a eu les écolos (...) pour qui prendre des médicaments hormonaux c’était pas possible, et puis on allait l’uriner !”*

M12 *: “le refus des hormones c’est plutôt une démarche d’intellectuels ou de gens qui veulent une certaine harmonie de vie, ou des gens qui se posent.”*

M14 *: “ adhérer à un courant de pensée du tout naturel”*

M5 *: “elles ne veulent pas d’hormones pour des raisons de valeurs”*

M17 *: “ moi j’ai l’impression que l’idée de pas hormonal ça va aussi avec l’idée du bio”*

M4 *: “Les jeunes vont de plus en plus vers le naturel je pense.”*

M18 *: “ le choix de vouloir sentir son corps fonctionner. Ma fille elle dit on est des êtres cycliques les femmes et elle aimerait bien sentir ça”*

- ❖ <u>Des patients en demande d’un autre type de médecine</u>

Certains patients souhaitent se soigner différemment de ce que l’on apprend traditionnellement à la faculté et peuvent se tourner vers les méthodes dites alternatives. M10 pratique une médecine holistique, qu’elle décrit comme prenant en compte la " globalité de l'être humain " : physique, émotionnel, mental, avec une approche comprenant la phytothérapie, l’homéopathie et la micronutrition. Elle évoque une demande grandissante de la part de la population.

***M10** : "la médecine (...) telle que je l'ai appris à la fac, pour moi c'est une partie de la médecine" " les patients qu'on a peuvent avoir envie de se soigner différemment que nous on a appris. (…) Mais les hormones en font partie en fait, (...) de plus en plus de femmes ont envie d'autre chose."*

***M10** : "moi il n'y a pas une consultation ou on ne parle pas d'alimentation, d'hygiène de vie, sport, sommeil, c'est ce que j'appelle une médecine holistique. (…)j'ai six semaines de délai d'attente et des refus tous les jours tous les jours tous les jours de nouveau patients (…)oui je pense que la demande est grandissante"*

- ❖ <u>Féminisation de la profession médicale</u>

Plusieurs médecins évoquent la féminisation de la profession, et notamment l'ouverture de la gynécologie médicale aux sages-femmes comme une évolution positive qui permettrait une meilleure compréhension et prise en charge des femmes en refus des contraceptions hormonales.

***M10** : "Donc je pense que la féminisation de la médecine aide, mais que nos études manquent de ce côté écoute, empathie"*

***M5** : "Je vois pas mal de femmes, je pense qu'elles préfèrent s'adresser aux femmes"*

***M12** : "Et puis de plus en plus, elles vont voir les sages-femmes qui se sont emparées de la dimension gynécologique. Moi j'oriente beaucoup vers les sages-femmes"*

***M12** : "Les hommes médecins généralistes font quand même de moins en moins de gynéco (...) donc j'ai l'impression que ce problème va se régler comme ça, par cette orientation vers les jeunes médecins femmes ou les sages-femmes"*

- ❖ <u>Une évolution de la place et du statut du médecin</u>

La relation médecin patient évolue. Elle tend à quitter le mode paternaliste dans lequel existe un rapport d'autorité et dominance pour évoluer vers plus d'horizontalité. Ceci est évoqué comme bénéfique par les médecins afin de mieux appréhender et accepter le refus des patientes. Certains médecins sont attentifs à évoluer et se remettre en question pour mieux s'adapter à leur patientèle.

M7 *: “Moi je pense qu’il faut déviriliser la médecine. Descendre de notre piédestal de médecin patriarche, et qu’on accepte que les gens n’aient pas envie”*

M9 *: “Il faut que nous travaillions sur la relation médecin patient en général et comment arriver à être dans la relation où on n’est pas dans la relation dominante ”*

M9 *: “Je pense que c'est un problème de génération ? Ou peut-être de sexe, de médecin. Tu vois tu vas plutôt être dans le " j’informe des possibilités, j’entends vos réticences et du coup on va trouver un compromis pour que tout le monde soit content”*

M12 *: “C’est-à-dire que les patients, ils arrivent avec une demande, on n’a pas à arriver en position haute ou en position d’autorité sur eux. J’ai l’impression quand même que les jeunes médecins sont quand même moins dans cette posture d’autorité globalement”.*

M12 *: “Alors moi je pense qu’il y a quand même un phénomène de génération, les jeunes médecins sont plus raccord avec leur jeune patientèle”*

M18 *: “Mais en même temps, moi je sais que des fois j’ai été catégorique sur certaines choses et finalement en vieillissant je m'aperçois qu’il y a des choses qui me choquent moins, je suis plus à les écouter donc pourquoi pas ”*

- ❖ <u>Une contraception partagée dans le couple</u>

La contraception n’est plus forcément estimée comme devant être une charge supportée uniquement par la femme et certains couples recherchent des solutions alternatives.

M2 *: “Ou alors elles décident que ce n’est pas à elles de prendre un contraceptif et que ça peut être aussi le conjoint ou le mari”*

M15 *: “ pourquoi c’est la femme qui assure la contraception par rapport à l’homme?”*

M18 *: “les méthodes masculines avec les anneaux remonte testicule pour chauffer. Donc ça ça se répand pas mal sur les réseaux sociaux”*

M18 *: “ j’ai eu peut être 3 ou 4 patients qui vont, ou qui ont déjà fait la vasectomie. Qui prennent le relais de leur femme justement. Qui disent : bon ma femme elle a donné jusque-là, maintenant c’est un peu à moi de donner (...) Mais c’est rare, ca reste quand même une minorité.”*

5/ L'évolution des connaissances et de l'information

❖ Des nouvelles considérations : les perturbateurs endocriniens

Les données scientifiques émergentes liées aux répercussions des contraceptions hormonales sur le monde vivant amènent de nouvelles considérations. Deux des médecins interrogés, intègrent les contraceptifs aux perturbateurs endocriniens, potentiellement néfastes pour l'environnement.

M14 *: "Parce qu'on le voit émerger actuellement avec tous les perturbateurs endocriniens, ça ça fait beaucoup de mal aussi à l'image de la chimie."*

M13 : "*C'est plus pour moi pour l'environnement, c'est tout ce qui est un peu féminisation dans l'eau après les perturbateurs endocriniens, je sais que ça en donne pas mal en fait"*

M14 *: "Par contre le plus grand perturbateur endocrinien connu pour l'environnement, c'est la pilule. (...) le rejet environnemental de ces hormones par le biais des urines il faut arriver à les traiter"*

❖ Les débats médiatiques : changement de perspective

M14 cite l'impact des polémiques sur les pilules de 3ème et 4ème générations. Les conséquences ont été un changement de comportement et une perte de confiance vis à vis des pilules d'après M15. Certains médecins remarquent une crainte qui se porte parfois uniquement sur les oestro progestatifs, avec une demande augmentée en contraceptifs progestatifs.

M14 *: "Il y a eu toutes ces polémiques sur les 3ème et 4ème avec l'arrivée dans les médias des explications (...) l'émergence de débats de société, que je trouve très bien d'ailleurs, à partir de difficultés, de problèmes, d'effets indésirables sur des AVC, les risques de la contraception hormonale"*

M15 *: "ça a abouti à une défiance envers les pilules, surtout avec les problèmes des pilules des 2ème et 3ème générations, et donc voilà les choses sont très différentes d' il y a quelques années"*

M19 *: “ il y aussi eu toutes les histoires sur les pilules qui ont été très médiatisées”*

- ❖ <u>La mésinformation génératrice d’incompréhension</u>

La multiplicité des moyens d’information aujourd’hui entraîne deux problèmes principaux.
D’une part, la désinformation colportée par internet qui crée des rumeurs, délibérément mensongères, relayées et amplifiées par les réseaux sociaux, influençant l’opinion.
D’autre part, la surinformation liée à une surcharge de données, pas toujours pertinentes, brouille les capacités d’analyse et de jugement.

M12 *: “l’information en général, et l’information sur la contraception en particulier, les gens ils ont reçu des milliers d’informations qui sont complètement en bazar dans leur tête, et pfff, on débusque très régulièrement des incompréhensions”*

M13 *: “avec tout ce qu’elles entendent elles mélangent surement un petit peu et puis il y a surement des voix qui s’élèvent dans les médias ou autre pour déconseiller formellement”*

M14 *: ”Donc il y a eu toute une information avec son corollaire qui est la désinformation au sujet de ces pilules ce qui fait qu’il y a eu une méfiance autour de ça.”*

M15 *: “l’information elle est accessible pour tout le monde en fait, via internet, les réseaux, les professionnels, le problème c’est que on peut trouver tout et n’importe quoi comme information”*

M15 *: ”C’est ça le risque, c’est la surinformation plutôt que le manque d’information, ou alors l’information un peu tronquée qui va dans le sens qu’on attend pour X raisons.”*

M16 *: “actuellement les patients ont un accès à l’information tout azimut mais sont incapables de pouvoir mesurer l’information qui leur convient ou pas.”*

M16 *: “parce que finalement on ne raconte que ce qui ne va pas et on ne raconte pas ce qui va. Sur internet, vous lisez des gens qui racontent pour expulser quelque chose qui s’est mal passé, ils se réparent en racontant ! Sauf que c’est entendu comme une information ! Et c’est pas entendu comme une réparation ! “*

- Un manque d'information et une sensibilisation insuffisante

D'autres médecins remarquent également, un manque d'informations, et de sensibilisation aux méthodes contraceptives et à leurs éventuels risques.

M1 *: "une dame que j'avais renseigné parce qu'elle pensait que c'était pas possible d'avoir un stérilet au cuivre parce qu'elle n'avait pas eu d'enfants"*

M2 *: "les adolescentes elles sont hyper focalisées sur la pilule qu'on prend 3 semaines et qu'on arrête une semaine"*

M3 *: "globalement le sentiment que les patients sont pas forcément sensibilisés non plus aux effets secondaires, à la dangerosité de la contraception hormonale si on peut dire, aux risques vis-à-vis du tabac"*

M6 *: "la plupart elles pensent qu'il y a que la pilule"*

M7 *: "Moi j'ai l'impression qu'elles ne tiltent pas trop, même sur les différents moyens de contraception"*

M2 *: "Et elles ont du mal à comprendre que tu leur dis non parce qu'elles ont une contre-indication familiale ou personnelle"*

- Un climat de défiance

Ces incompréhensions peuvent amener des doutes, de l'incrédulité vis à vis des médicaments et des hormones. Ceci dans un contexte plus général de défiance, de scepticisme face aux données scientifiques et médicales.

M9 : "*en France on est bon pour être dans la défiance médicale que ce soit pour les vaccins ou d'autres trucs, donc oui c'est du quotidien"*

M9 : "*Mais sur la défiance, ça va être plutôt le côté anti vaccin, anti médecine, anti comprimé, anti chimie, et ce qui se discute hein !"*

M11 : "*globalement les hormones j'en veux pas et les hormones thyroïdiennes c'est toxique, on a entendu plein de choses sur les hormones, on ne sait pas tout, on nous*

cache des choses. Et globalement que ce soit hormone contraceptive ou hormone de façon générale j'ai du mal à faire la différence"

M14 : "*on est plus dans la peur de la pilule, on est dans la peur de la chimie"*

***M15** : "Ben c'est le jour et la nuit on va dire (...)bien sûr qu'il y a une défiance envers les hormones, et ça a abouti à une défiance envers les pilules"*

***M16** : " actuellement avec des modèles dans la société qui sont très méfiants ! Vis-à-vis des laboratoires, des prescriptions médicales !"*

II/ Les raisons du refus

De multiples raisons de refus sont avancées par les patientes. Parfois conscientes, parfois inconscientes , rationnelles ou irrationnelles. Les mécanismes peuvent s'apparenter à des peurs, des angoisses.
Certains médecins évoquent le fait que la question de la contraception est complexe car elle prend en compte les croyances, les idées reçues sur la contraception, ainsi que les désirs inconscients des patientes plus difficiles à appréhender.

1/ L'importance des constructions mentales

- Les croyances impactent la représentation de la contraception

Un champ lexical de l'imagination est retrouvé dans certains entretiens avec des termes comme "fantasme", "fausses croyances", "idéologie", "idées reçues". Ils évoquent des représentations vraisemblables, imaginaires, vraies, conscientes ou non, issues de l'influence socio-culturelle, éducationnelle et familiale.

***M2** : "ça peut être aussi un argument religieux, dans certaines familles, ça peut être qu'elles n'ont pas envie d'empêcher la vie"*

***M14** : "Parfois on aura beau dire ce qu'on veut, le discours aura beau être bien étayé tout ça, l'ado il va comprendre ou entendre ce qu'il veut parce qu'il est dans sa croyance"*

M14 *: "Donc ce qui veut dire que moi, actuellement en 2020 ce qui reste au refus, reste dans le domaine de l'idée, du fantasme ou de la doctrine personnelle"*

M16 *: "C'est ça la contraception, on contre la conception donc on est dans le domaine de la vie et de la mort. Dans ce domaine là, les fantasmes sont absolument incroyables!"*

M15 *: "Ils entendent souvent la mamie ou la tante qui dit oui moi j'ai pris la pilule toute ma vie et j'ai eu un cancer du sein "*

M16 *: "les femmes, elles portent des références sur la contraception avant de la prendre. Ce qui n'existait pas avant. Donc la façon de prendre la contraception maintenant, elle est orientée par un choix qu'il faut faire, mais à partir de quoi, des modèles, une éducation, etc…"*

M16 *: "Bah d'abord déjà le mot hormone qu'est-ce qu'on y met derrière ? Enfin c'est hallucinant ! Si vous interrogez : qu'est-ce que c'est que les hormones ? pfff la plupart vous disent je sais pas ! Donc ça veut dire que j'utilise un mot qui est chargé euh probablement de fantasmes haaan un peu effarants ! et ils utilisent ça comme un bouc émissaire pour dire toutes leurs peurs !"*

M16 *: "Quand on leur explique d'ailleurs elles disent : mais pourquoi on m'a pas dit, pourquoi on m'a pas expliqué que la pilule ça a un effet très physiologique sur le corps. Et pas du tout un médicament qui venait transformer quelque chose qui préexistait ".*

M16 *: "Tous nos actes sont guidés par nos représentations et par nos croyances. Et en médecine, on fait comme si le savoir pouvait suffire et que la confiance pouvait suffire. Mais ça c'est une autre époque, ça n'est plus ".*

- ❖ <u>Les idées reçues sur la fertilité</u>

Les médecins décrivent la crainte d'une stérilité comme une peur ancrée, profonde. Que ce soit la peur d'une stérilité initiale chez les nullipares, ou l'idée d'être très peu fertile chez les femmes qui ont eu du mal à avoir un enfant, ou encore la peur d'une stérilité induite par la contraception.

M14 *: “Il y a aussi un refus (...) par poids familial : ma mère m’a dit qu' on risquait d’être stérile (...) cette crainte de la stérilité est ancrée, elle est ancienne (...)c'est intergénérationnel, ça ne change pas depuis 20 ans.”*

M14 *: “Donc il y a toutes les idées reçues sur la fertilité personnelle, ça il faut arriver à démonter ces mécanismes-là, ces schémas, ces fantasmes, en fait ce sont des fantasmes !”*

M14 *: “Parce que certaines ont eu un premier enfant et elles ont mis 7 ans à avoir le second et elles disent (...) : de toute manière ça sert à rien, je risque rien, je suis pas fertile”*

M16 *: ”Actuellement on commence la contraception à 14, 15, 16 ans, on a pas eu d’enfant, elle est vécu comme une obligation à partir du moment où on a des relations sexuelles, et la question va se poser si la conséquence sur la fertilité elle y est ou pas. (...) Et comme l’âge de la maternité est à peu près de 29 ans, elles vont passer 10 à 15 ans à se poser la question si elles pourront faire des enfants ou pas.“*

- ❖ <u>L’ambivalence du désir d’enfant : entre conscientisation et inconscient</u>

Le désir d’enfant, projet conscient, est souvent infiltré de significations et de désirs inconscients. Certains médecins évoquent des mécanismes "archaïques", ou “existentiels” qui relèvent de l’identification à la mère ou à un idéal du Moi féminin, mélange fantasmatique et représentationnel, qui peut aboutir à des choix parfois ambivalents face à la contraception.

M14 *: “Enfin entre ce qui est dit verbalement et ce qui est pensé non verbalement, parfois même par forcément à la connaissance de la personne qui refuse, ben parfois c’est difficile.“*

M14 *: “il y a en a certaines, des jeunes, mais vraiment toutes jeunes, qui ont sous tendu vers ça le désir de grossesse, qui font qu’elles se mettent en danger sur le plan de la contraception. On va dire elles sont inconscientes mais elles sont pas du tout inconscientes, on va dire qu’il y a l’inconscient qui parle en fait par rapport à ça”*

M14 *: “En fait quand on explore le refus des contraceptions oestro progestatives on explore plein de champs et ça dépend vraiment de l’âge de la personne. Par exemple si*

c'est une personne qui vit en couple, j'évoque la possibilité d'avoir un désir de grossesse dessous"

***M16** : "ce qu'elles pensent, justifie la peur ! ça justifie une peur mais une peur qui est beaucoup plus archaïque ! Qui est la peur de ne pas pouvoir faire d'enfant, de ne pas pouvoir être une bonne mère, de pas faire comme sa mère, de pas être dans la suite logique de la culture familiale ! Enfin j'en sais rien moi ! Des trucs très très existentiels ! Et puis tout d'un coup la pilule elle porte tout ça sur le dos ! "*

***M17** : "oui ben je vais enlever mon implant pour telle raison et en fait tu comprends que dans le fond la raison c'était pas ça c'était autre chose."*

2/ Les risques et perturbations potentiels ou avérés

- La peur d'un éventuel risque pour la santé

Les médecins décrivent une peur d'un impact néfaste sur la santé et de la survenue de complications vasculaires. Chez certaines patientes, la crainte porte essentiellement sur les oestro progestatifs.

M1 : "*Puis en plus avec, pas un effet de mode, mais ce qu'on a pu entendre des éventuels cas d'AVC qui font peur (...), elles n'ont pas envie de prendre un risque pour leur santé pour une contraception*"

M5 : "*pour leur santé, elles ne veulent pas être sous hormones. Par principe car elles ont l'impression que c'est mauvais pour la santé."*

M7 : "*elles ont peur des maladies, des complications, des trucs, enfin ça c'est mon interprétation. Elles ont peur d'avoir des cancers avec les hormones*"

M10 : "*passer à quelque chose qui aurait moins d'effets secondaires à long terme*"

***M13** : "Alors c'est avant tout le risque de cancer du sein que sortent les patientes, c'est avant tout en premier lieu je pense la pilule, c'est la demande de ne pas prendre d'hormone, donc globalement avec la notion quand même de dose. Les gens font la part des choses avec les microprogestatifs"*

M9 *: "si elles ne veulent pas de contraception oestrogénique elles vont demander une solution bis donc ça va être stérilet, progestérone"*

M18 *: "elles l'ont pris longtemps et elles sont aussi soucieuses de leur santé et que prendre des hormones au quotidien elles pensent que c'est pas bon "*

- ❖ <u>La crainte de la douleur liée à l'implant et au stérilet</u>

M2 : "*l'argument pour ne pas vouloir prendre de contraception type DIU et implant c'est que ça leur fait peur. La pose, elles ont peur d'avoir mal. Ça les angoisse d'avoir un truc sous la peau ou dans l'utérus"*

- ❖ <u>Une sensation de dérèglement d'origine chimique</u>

La prise volontaire d'une molécule exogène, décrite comme un "artifice", "médicament" ou encore "cochonnerie", donne de plus en plus la sensation de "perturber", "détraquer" ou "chambouler" le fonctionnement corporel.

M2 : "*Elle avait décidé d'arrêter la pilule depuis 1 an et demi parce qu'elle en avait marre de prendre des cochonneries, des hormones, elle préférait retrouver un cycle naturel et arrêter de se gaver d'hormone"*

M3 : "*La question de la chimie : je n'ai pas envie de prendre un médicament, j'ai pas envie de prendre un truc chimique qui risque de me faire un truc dans le corps*"

M7 : "*Elles pensent que les hormones artificielles ça va détraquer leur cycle, ça va détraquer leur corps"*

M10 : "*elles peuvent arriver en disant par exemple : tout est déréglé depuis que je prends ma pilule voilà.*"

M11 : "*je veux pas prendre le risque de tout chambouler parce que c'est pas bon pour moi. On dit qu'il faut faire attention à tout ce qui est hormone dans l'alimentation, dans ça, dans machin, donc moi je ne veux pas avoir à prendre quelque chose de chimique en plus."*

M16 *: "Il y a des femmes qui ont été enceintes trois fois, avec qui ça s'est très bien passé qui me disent : je ne supporte aucune pilule ! C'est beau ça ! Elles ont bouffé des*

hormones je vous dis pas combien, par contre la toute petite dose qu'il y a dans une pilule, elles ne la supportent pas."

***M18** : "elles se méfient quand même de prendre des hormones quoi, qui empêche leur corps de fonctionner naturellement"*

- ❖ <u>Des effets secondaires multiples</u>

Troubles dysphoriques, dysmétaboliques, libidinaux, menstruels, cutanéo-phanériens : les effets secondaires rapportés par les patientes sont nombreux, et semblent être une cause fréquente d'arrêt des contraceptions hormonales. Ils sont parfois difficiles à évoquer spontanément par les patientes.

M1 : "*pas mal de femmes ont des effets secondaires sur des pilules même faiblement dosées et elles se rendent compte qu'à l'arrêt de leur contraception elles sont mieux sur plein d'aspect et du coup ça les motive à ne pas prendre d'hormones.*"

M2 : "*l'acné, la prise de poids, l'humeur qui n'est pas bonne, la libido qui baisse, le corps qui change c'est un argument très important, majeur dans l'arrêt des contraceptions hormonales*"

M5 : "*Des effets secondaires ?? Mais il y en a tellement ! Euh, alors euh, il y en a plein hein ! Alors le premier, celui qui me vient euh, trouble du rythme des règles, des spottings, ou des règles trop abondantes tout le temps, euh les mycoses, les troubles de la libido, les problèmes de cheveux, sécheresse, trouble de l'humeur, les boutons , l'acné, l'irritabilité ou la déprime, les maux de tête, mal au ventre, les seins qui font mal, enfin il y en a plein! La prise de poids"*

M5 : "*parce qu'elles ne supportent pas les hormones, c'est physique"*

***M13** : "par rapport à l'implanon, moi je préviens toujours les gens, je dirai qu'il y a 10- 15 %, 5-10% des gens qui vont avoir des effets quand même sur leur humeur, sur leur sensibilité affective, ça c'est plutôt par expérience ce que me rapportent les gens (...) et plutôt d'avoir des résultats positifs quand on les arrête"*

M19 *: “sinon il y des patientes qui décrivent une perturbation de la thymie, surtout des progestatives, ou le mirena et comme c’est assez constant sur les progestatives je trouve que c’est assez significatif”*

M17 *: “Ouai il y a beaucoup de femmes qui disent : moi depuis que je prends la pilule j’ai des boutons, j’ai plus envie d’avoir des relations sexuelles donc voilà, c’est une réalité quoi, c’est un fait de la contraception hormonale. De la même manière qu’il y a des femmes qui lors de leur cycle naturel sans contraception hormonale, elles ont une variation de leur humeur, de leur appétit, de l‘état de leur peau(...), ben il y en a qui sont sensibles voilà ! “*

M18 *: “les femmes elles viennent rarement pour leur libido; (...) des fois c’est caché, et c’est une part importante pour le couple”*

- ❖ <u>Une certaine tolérance des effets secondaires</u>

Les effets secondaires sont conditionnés par le ressenti et par les appréhensions, de façon spécifique pour chaque patiente.
Ainsi, certaines femmes sont plutôt tolérantes aux effets secondaires, étant habituées aux douleurs menstruelles, et aux variations cycliques de l’humeur ou corporelle liées à leur cycle naturel.
M2 introduit le fait que la tolérance est meilleure si la patiente a choisi son contraceptif.

M2 *: “je pense que c’est mieux toléré si c’est la patiente qui a choisi sa contraception”*

M5 *: “Elles partent du principe que ça va être galère. Ne serait-ce que les règles, toutes les femmes elles subissent ça. Elles ont l’habitude que ce soit pénible tous ces trucs féminins. Donc la pilule ça fait partie de ça. (...)Il y a quand même une acceptation de l’effet secondaire. (...) Enfin elles subissent quoi : j’attends un peu, j’attends un peu. C’est vraiment au bout de trois mois qu’elles disent : bon là c’est plus possible”*

III - La réaction des médecins face au refus des contraceptions hormonales

1/ La pilule : une grande découverte pour la femme

- Une amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes grâce au contrôle de l'orthogénie

En réponse à ce refus, des médecins ont appuyé le fait que la contraception est une avancée majeure pour la santé des femmes et a permis l'apparition d'une sexualité féminine plus sereine et épanouie. Cela n'empêche pas une remise en question de celle-ci soulignent certains médecins, alors que d'autres appellent à ne pas trop discréditer les contraceptions hormonales.

M2 : "*Après je leur explique aussi qu'il n'y a pas de miracle et que la contraception (...) à mon avis ce n'est pas quelque chose qui est mauvais, enfin je trouve que c'est une grande avancée quand même pour la condition des femmes de ne pas avoir des grossesses à répétition non voulues*"

M4 : "D*ans des situations heureusement qu'on a la contraception hein c'est une avancée médicale donc il ne faut surtout pas dénigrer la contraception*"

M15 *: "Il y avait plus d'avortements avant sauf que c'était dans de mauvaises conditions donc il faut dire que la contraception a amené quelque chose, que ce soit par rapport au risque de grossesse ou par rapport à la sexualité humaine"*

M12 : "*Je comprends bien qu'à la fois c'était une grande victoire pour les femmes de ma génération, et en même temps c'est des hormones donc (...) je comprends cette interrogation sur l'effet négatif du médicament bien sûr "*

M15 *: "Parce qu'on voit bien qu'il y a des patientes qui sont angoissées, quand elles ne gèrent pas bien, avec quelque chose d'efficace. Elles surveillent les règles, elles sont un*

peu angoissées quand il y a un décalage de règle, donc ça fait que la sexualité n'est pas forcément si sereine que ça, sous prétexte que l'on ne veut pas d'hormone"

***M18** : "Mais je les comprends en même temps, les hormones ... on est plus sur les même génération. Il y a les générations 68, moi je suis née en 67, on était l'époque post 68 ou la pilule ça a été la libération pour la femme, maintenant, on en est plus sur les même choses systématiques."*

2/ Des avis négatifs

- <u>Un refus jugé irraisonné, illogique</u>

Certains médecins voient ce refus comme une réflexion critique non scientifique, ou encore du néo-luddisme (refus de la technologie). Ces médecins n'incluent pas les refus liés à des intolérances de contraceptif. Ce raisonnement, qui amène parfois à consommer des toxiques mais à refuser la contraception hormonale, peut paraître contradictoire.

M11 : "*Le refus de la chimie (...) pour le coup je ne pense pas que ce soit justifié ".*

M11 : "*Globalement ce que j'entends de leur défiance c'est pas forcément une raison scientifique médicale. C'est plus une question de principe*"

M11 : "*Pour moi, c'est un peu un refus de la technologie. J'entends qu'il y a des gens qui vont avoir une préférence, mais finalement c'est parfois plus une préférence psychologique et philosophique que réellement parce qu'il y a un réel danger*"

***M15** : "En fait j'ai l'impression qu'il y a un retour en arrière voilà sur ce qu'il y avait avant d'avoir ces contraceptions faciles remboursables. Les femmes se sont battues pour avoir des contraceptions"*

M15 : "*On ne peut pas simplement dire : je ne veux pas d'hormones parce que c'est pas naturel et c'est un risque pour ma santé quand à côté on a une consommation de tabac, de cannabis ou d'autres toxiques!"*

- <u>Des concessions inéluctables pour les patientes</u>

Le parfait contraceptif n'existe pas. Toutes les méthodes comportent des contraintes que ce soit par la méthode elle-même ou le suivi médical.
M11 estime que les femmes doivent être ouvertes aux propositions du médecin lorsqu'elles consultent et non pas rester retranchées dans un refus catégorique.
Utiliser une méthode moins efficace peut entraîner des choix difficiles à faire par la suite en cas d'échec.

M15 : *"Il n'y a pas de méthode idéale, il n'y a pas de choses idéales, il faut(...) accepter certaines contraintes (...) on prend pas les hormones par plaisir, on les prend par rapport à un but : trouver des méthodes contraceptives efficaces"*

M15 *: "Soit elles garderont une grossesse même si c'était pas tout à fait le bon moment, parce qu'elle ont pris des risques avec quelque chose de moins efficace, ou alors elles feront une interruption de grossesse mais avec bien sûr des choses pas forcément faciles à vivre, des choix un peu compliqués"*

M11 : "*Je pense que ça aurait été intéressant d'essayer ce qu'on lui propose au départ et de se faire une idée (...) et pas de rester bloquée, sur les hormones c'est pas bien*"

M11 : "*Si c'est quelqu'un qui vient en disant de toute façon je ne veux pas d'hormone alors oui, la discussion elle est bloquée et la donc je ne suis pas sur qu'il y ait un intérêt à venir chez moi"*

- <u>Un point de vue influencé par le type de pratique médicale</u>

M11 fait le lien entre sa pratique de l'allopathie uniquement et le fait qu'il ne soit pas ouvert à ce discours. Laissant imaginer que les médecins pratiquant la naturopathie ou homéopathie acceptent mieux ces refus : "*Et finalement je suis avant tout tourné vers*

l'allopathie que l'homéo, la naturopathie, (...), finalement j'ai du mal mais d'un point de vue personnel à comprendre les raisons de ça voilà."

3/ Des avis positifs

- ❖ Une réflexion saine sur les médicaments, des patients acteurs de leur santé

M2 : "*La contraception c'est pour limiter les grossesses. Le refus d'hormone c'est aussi pour contrôler ce qu'on met dans son corps, (...) c'est une façon de mieux gérer sa vie génitale*"

M13 : "*Donc il me semble que ça résonne un peu dans ce domaine-là et volonté de prendre en charge ses choix de santé donc c'est bien*"

M14 : *"Les gens doivent s'approprier leur santé ".*

M18 *: "Les jeunes filles elles veulent être (...) libres de choisir aussi. Et ne plus être : Tu veux avoir des rapports ? bah pilule et voilà (...) elles se prennent en charge en fait, elles sont actrices de leur corps et de leur contraception (...)je sens qu'elles se prennent en main et elles savent ce qu'elles veulent ou ce qu'elles ne veulent pas"*

M18 *: "sur les réseaux sociaux il y a quand même des petites nanas qui se bougent, qui sont féministes, et la parole se libère c'est vraiment intéressant"*

M19 *: "les femmes elles ont raison de se poser des questions. Qui ne s'en pose pas ? Je pense qu'est c'est tout à fait légitime et je suis tout à fait ravie qu'on en parle"*

- ❖ Un droit fondamental : la liberté de choix

M5 : "*J'essaie d'aller dans le sens de la femme. La contraception c'est une demande de la patiente, de la femme. Elle n'est jamais imposée par le médecin. Sauf le traitement pour l'acné : le curacné"*

M6 : "*Et puis j'explique que c'est en fonction de ce qu'elle veut, que c'est elle qui doit choisir ce qu'elle pense être le mieux*"

M17 *: "Les femmes qui veulent utiliser une contraception pas efficace ben elles ont le droit!"*

M17 *: "Il y en a qui te disent : ça fait 10 ans qu'on pratique le retrait, voilà c'est la première fois qu'on a une grossesse, et moi je dis ben la prochaine fois ça pourrait très bien être dans 3 mois. Si ils acceptent, enfin à qui ça fait du tort ? Enfin elle est libre de choisir!"*

M18 *: "après moi j'ai aucune arrière-pensée, enfin elles sont libres, elles font ce qu'elles veulent !"*

- ❖ <u>Un discours compréhensif et réceptif aux craintes des patientes</u>

Certains médecins estiment cette remise en question justifiée et nécessaire et peuvent être d'accord avec leur patientes pour réduire les prescriptions de contraceptifs hormonaux. Ils sont réceptifs et vont plutôt dans le sens de leurs patientes lorsqu'elles expriment des réticences, des craintes ou des intolérances concernant les contraceptions hormonales.

M3 : "*Je comprends qu'on puisse être hostile à la prescription d'une pilule, mais comme tout médicament je pense* ".

M4 : "*Alors oui moi je pense que le meilleur médicament c'est celui qu'on ne prend pas*"

M4 : "*Je fais partie de la génération où il ne fallait pas prescrire de stérilet chez les nullipares. Alors après les choses ont évolué (...) je pense que chez une jeune fille c'est quand même mieux de l'orienter vers ce type de contraception que vers une contraception hormonale en fait et chimique*"

M4 *: "J'ai vu des AVC avec l'association pilule tabac, alors moi j'ai déjà une réticence un peu à la contraception hormonale chez les jeunes filles. Surtout chez les fumeuses"*

M9 *: "Après ça peut s'entendre de pas prendre trop d'hormone, quand on voit qu'une femme sur je sais pas combien, sur 8 aura un cancer du sein, moi je trouve que c'est plutôt d'actualité"*

M10 *: "Je pense que la contraception reste un médicament"*

M12 *: "Et en même temps, c'est des hormones donc se dire "je prends des hormones toute ma vie", voilà, je comprends cette interrogation sur l'effet négatif du médicament bien sûr"*

M12 *: "Tu vois on a vu ça, que les traitements de ménopause pendant 20 ans, on a vu que ça favorise un peu les cancers du sein ! Donc quand les gens me disent holala les hormones tout le temps on sait pas trop ce que ça peut donner ! Et ben je ferme pas la porte!"*

M13 : "*Moi je suis pareil je les pousse pas trop aux hormones, je suis assez d'accord de ne pas mettre des mirena à tout le monde*"

M13 : "*Elles vont prendre ça toute leur vie, un médicament, premier médicament souvent qu'elles vont prendre régulièrement, effectivement je comprends tout à fait qu'elles souhaitent ne pas nuire à leur santé et créer un cancer"*

M17 *: "Moi je suis convaincue que les hormones c'est bien pour celles qui en veulent et c'est pas bien pour celles qui la supportent pas quoi, c'est tout "*

M18 *: "moi je comprends bien ça, sentir son corps, tout ça, ça me parle"*

M18 *: "j'aimerais bien quand même qu'il y ait des études la dessus et qu'on arrive à évaluer ça l'impact des hormones sur la libido des femmes, parce que ça c'est quand même complètement tu, (...) et ca circule beaucoup sur les réseaux sociaux, il y a quand même beaucoup de jeunes femmes qui parlent de ça, qui trouvent qu'il y a une conséquence importante"*

M19 *: "C'est toujours pareil les études en médecine, enfin pour avoir une étude vraiment de bonne puissance sur : est ce que la pilule fait grossir les femmes ? enfin j'ai pas lu*

toutes les études sur le sujet mais est ce que les études sont vraiment puissantes, je suis pas sure, je pense qu'il y a potentiellement un petit truc"

- Un refus acceptable du fait d'alternatives

M9 : "*La défiance elle y est, mais c'est pas comme les vaccins où on est embêté parce que c'est ça ou rien. Là tu sais qu'il y a plusieurs façons de faire, différents types d'hormones, il y a du côté sans hormone*"

M11 : "*Pour le coup, dans le cadre de la contraception on a quand même des alternatives (...) Après ça veut pas forcément dire que je suis d'accord que c'est pas bon de prendre des hormones (...), même si ça ne me paraît pas forcément justifié : j'ai une alternative, tant mieux!"*

4/ Les problématiques rapportées

- Des consultations chronophages et complexifiées

Les consultations de prescription de contraceptif prennent naturellement du temps en explications. La durée de la consultation de médecine générale est parfois trop courte pour tout gérer. La prise en charge des patientes peut être d'autant plus difficile lorsqu'un refus catégorique est exprimé ou lorsque certaines idées reçues sont ancrées.

M1 : "*Et puis aussi bien les renseigner parce que si on se bloque complètement elles vont aller se renseigner sur internet ou d'autres biais avec des choses qui ne sont pas forcément scientifiques ou validées et qu'il faut donc quand même être vigilant"*

M12 *: "Alors en même temps dans le cadre de la consultation je trouve très compliqué parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer(...) déjà en 20 minutes, c'est fou!"*

M14 *: "Il y a soit les fameuses applications où elles peuvent repérer leur ovulation. Alors là c'est un gros travail, là c'est le plus dangereux, c'est un travail d'information au niveau de la fertilité, (...), on prend du temps dans ces consultations pour informer (...) parce que chacune a son vécu, chacun a ses idées "*

M14 *: "J'ai plus de difficulté à démonter un refus mal argumenté de contraception hormonale, (...) c'est-à-dire sur le plan idéologique. Donc il y en a certaines qui sont accessibles à un discours de rééquilibrage des données actuelles de la science, et d'autres qui sont dans un refus catégorique car elles ont déjà leurs idées reçues. Finalement je dirai que c'est autour des trentenaires 23-25-35 ans, c'est celles-là qui sont plus difficiles "*

M16 *: "Ah moi j'ai l'impression surtout que maintenant je passe mon temps à ça ! C'est-à-dire que je passe mon temps à déconstruire les conneries qu'on est en train de raconter "*

M19 *: "si on a vraiment du temps après on peut essayer de lutter contre les idées reçues mais c'est vrai que en un quart d'heure c'est pas possible quoi (...)alors du coup ben c'est de la vocation, on fait appel à sa vocation et on fait une consultation de 30 minutes au lieu de un quart d'heure, après on est fatigué parce que émotionnellement c'était super compliqué de se concentrer pour expliquer comprendre convaincre"*

M19 *: "Quelquefois c'est un petit peu dur parce que il y a des patientes avec qui c'est très facile d'en parler,(...) et il y en a d'autres qui sont assez catégoriques et la c'est beaucoup plus difficile de rester zen(...) la jeune post adolescente hyper cash c'est vrai que c'est pas le plus simple ! C'est challenge!"*

- ❖ <u>Une crédibilité-légitimité mise à mal</u>

La parole du médecin généraliste n'est plus forcément considérée comme apportant la vérité. Les patients peuvent accorder autant d'importance à une parole peu importe sa provenance ce qui peut déstabiliser le médecin.

M9 : *Peut-être d'autres qui n'osent pas dire à leurs patientes, ben non c'est trop risqué donc ils vont prescrire, allez c'est bon ! D'autres voilà, qui vont se sentir jugés s' ils doivent trop discuter. C'est vrai que c'est pénible parfois de discuter le bout de gras ! Bon d'un côté maintenant c'est l'évolution !*"

M15 : *“Maintenant en tant que médecin on est un peu décrédibilisé (...) C’est-à-dire que moi j’entends des patientes qui osent me dire, c’est la première fois que je les vois : " Ah ben je comprends pas on m’a dit que… " Alors moi je leur dis un message et en fait elles me rapportent un autre message d’une autre personne et alors quand je demande c’est qui ? : " ben c’est mon chef de service ! Ou c’est mon ostéopathe ! Ou c’est euh… (...) on est arrivé à une époque où tout se vaut. Quel que soit le message, d’où ça vient, ben c’est au même niveau en fait “*

M7 : ”*Les gens ils te disent ce que tu me prescris ça me va pas, j’ai pas besoin de toi. Donc ça te remet un peu en question, tu vois dans ton rôle de patriarche donc forcément c’est agaçant au début* “

- ❖ <u>Une démédicalisation progressive qui pose question</u>

Certaines patientes en refus de contraceptions hormonales sont dans une recherche plus globale de médecines alternatives et se détournent de la médecine actuelle. M15 s'inquiète d’une éventuelle rupture du suivi médical de ces femmes.

M15 *: ”Parce que ce qu’il y a derrière les méthodes naturelles tout ça c’est aussi pas de suivi gynéco ! (...) C’est que les patientes disent "on a pas besoin de voir de médecins", c’est ça qui est sous-jacent à cette méfiance de la médecine et des traitements, hormonaux en particulier, oui il faut faire attention à ça parce que ça se mesurera dans quelques années (...), mais il y a aura des conséquences c’est sûr sur la santé des femmes”*

M15 *: “Elles se rapprochent d’autres milieux qui sont pas forcément médicalisés, pas forcément scientifiques. On voit de tout, des gens qui n’ont aucune qualification d’ailleurs! (...) Parce que justement c’est l’attente d’une partie des femmes qui voudraient ça, elles trouvent un écho avec des gens qui leur proposent autre chose ”*

- ❖ <u>Les grossesses non désirées</u>

Certains médecins citent des cas de leur quotidien de survenue de grossesses non désirées, liées à des méthodes naturelles, des retraits, ou des “pauses hormonales”. Ils

peuvent avoir l'impression que la patiente prend des risques Des patientes réalisent parfois un amalgame entre IVG et contraception d'urgence.

M15 *: "On peut dire que les IVG sont stables en nombre absolu, (...). Mais il va falloir voir je vous dis dans les 5 ans à venir ce qu'il en est des chiffres parce que on pourrait avoir l'impression qu'on va échapper un petit peu à cette efficacité qu'on avait auparavant. A cause des contraceptions qui partent sur des méthodes naturelles, des calculs, des retraits, enfin des méthodes anciennes!"*

M2 *: "Mais c'est vrai que c'était surtout la méthode du retrait sa méthode principale. Et là, forcément, elle se demandait si elle était enceinte parce que ses règles n'arrivaient pas"*

M5 *: "Ah ben tiens j'en ai eu une qui est tombée enceinte là du coup, qui ne voulait pas de pilule parce qu'elle voulait faire une pause hormone"*

M15 *: "Oui ça me pose un petit peu souci parce que (...) l'histoire de patientes qui ont une grossesse, qui veulent rester sur les méthodes naturelles et qu'on revoit 3 mois après avec la même situation par exemple!"*

M15 *: "j'ai une patiente encore aujourd'hui qui a 48 ans et qui fait une IVG médicamenteuse!"*

M14 *: "Après il y a ces trentenaires (...) qui vont prévoir une IVG comme un recours possible et pas comme un dernier recours à éviter absolument, et moi mon discours c'est de dire ben non, l'IVG c'est vraiment pas une contraception"*

M7 *: "Ce qui m'embête c'est me dire qu'elles prennent un risque pour elles. (…) parce qu'elles se rendent pas compte que le mec il va pas les suivre au centre d'IVG"*

M7 *: "Elles pensent maîtriser mais elles ne maîtrisent pas. Elles voulaient faire quelque chose de naturel et elles se retrouvent à se mettre en danger"*

M19 *: "j'ai peur en tant que médecin qu'elle tombe enceinte, qu' elle soit dans un situation compliquée à cause de ça "*

***M19** : "j'en ai vu plein, (...) en fait de tous les âges pour les IVG (...) il me semble qu'il y en a pas mal par refus de contraception notamment par hormonophobie"*

- Aucune problématique soulevée

Chez certains médecins, comme M9, M13 et M7, le refus des contraceptions hormonales n'amène aucune problématique dans leur pratique.

Ceci est notamment lié à la relation qu'ils ont avec leur patient, ou le fait que la contraception est un choix libre de la femme et qu'elle n'est pas une thérapeutique en tant que tel.

***M13** : "Non ce n'est pas une problématique pour moi, j'attends rien, pas de soutien, pas besoin de formation ou autre (...) pas trop de difficulté parce que comme je le disais il y a encore une notion de confiance par rapport au médecin"*

***M17** : "Non, pour moi c'est pas un problème, ce n'est pas comme si on parlait d'un traitement curatif d'une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternative"*

IV - Prise en charge de ces patientes en refus de contraception hormonale

1/ La consultation

- Une consultation dédiée pour une information optimisée

Il est important de dédier une consultation aux prescriptions de contraceptifs. Il apparaît préférable d'éviter les ordonnances données à la fin d'une consultation pour un autre motif, qui font passer cet acte comme banal et sans risque.

M1 : “*Prendre le temps de faire des consultations dédiées et leur donner tous les éléments pour qu’elles puissent choisir”*

M2 : “*Moi j’ai remarqué que souvent il y a des patientes qui me demandent en fin de consultation : " Ah et au fait est-ce que vous pouvez me represcrire la pilule ?" C’est vrai que ça a tendance à m’énerver quand on me le demande à la fin parce que pour moi c’est une consultation complète une prescription de pilule*”

M4 : “*C’est vraiment une consultation spécifique, c’est pas un truc qu’on peut faire à la légère*”

- ❖ Un examen gynécologique générateur d’inquiétudes

Informer les jeunes patientes que l’examen gynécologique n’est pas obligatoire lors des premières prescriptions de pilule peut rassurer et faciliter l’accès aux contraceptions hormonales.

M12 : “*Après euh ce que je fais c’est que je leur dis quelque chose qu’elles ne savent pas, c’est que l’examen gynécologique n’est pas obligatoire avant 25 ans. (...) t’es pas obligée d’avoir un examen gynéco avant 25 ans, donc ça les détend pour qu’elles puissent réfléchir*”

M13 : “*Pour une première consult je ne vais pas faire comme avant où il fallait absolument faire l’examen des seins et tout. (...)je ne fais pas non plus d’examen gynécologique, je ne fais pas de frottis avant 25 ans aussi* “

2/ Communication

- ❖ L’alliance thérapeutique

La qualité de la collaboration entre le soignant et le soigné permettra un accompagnement vers un choix optimal. Les clés de la communication sont l’empathie, le non jugement, le respect, la considération du patient afin d’instaurer un climat de confiance.

Ces valeurs sont d'autant plus importantes et nécessaires lorsque les décisions des patientes ne concordent pas avec les convictions personnelles du médecin.

M1 : "*Je ne suis pas dans le jugement, j'essaie de comprendre et d'accompagner*"

M7 : "*Ce serait normal que les filles elles soient reçues et qu'elles soient pas là : Olala c'est encore une chieuse qui veut pas sa pilule"*

M7 : "Rien qu'au centre d'IVG, la fille elle arrive elle dit qu'elle est tombée enceinte parce qu'elle avait des méthodes naturelles, elle est mal reçue. (...) je pense que ça peut ralentir l'accès à l'IVG ou aux soins"

M10 : "*c'est ce que je retrouve dans ma patientèle en fait, qui, quel que soit le motif, ont l'impression qu'on ne les écoute pas, qu'on les juge, et quelquefois la consultation elle consiste uniquement à écouter les gens*"

M10 : "Je pense que nos études ne nous ont pas invités à être à l'écoute des différences (…). Je pense que notre métier manque d'empathie et d'écoute "

M11 : "*Après euh elle est contre, elle est contre, c'est pas parce que je comprends pas qu'il faut pas l'accompagner là dedans*"

M12 : "Alors on se dit est-ce qu'on pose la question, est-ce qu'on pose pas la question, parce que le problème c'est que dès qu'on parle de contraception on est quand même assez intrusif hein"

M12 : "*Ce qu'on voit beaucoup avec les gynécos quand même, tu vois, qui se donnent droit de dire leur opinion sur le nombre d'enfants, sur le type de contraception"*

M13 : "Je ne suis pas autoritaire dans mes décisions. (...) je trouve que tout se discute et tout se comprend (...), j'essaie de m'adapter à la demande (...) il n'y a pas de conflit (...). La majorité va me faire confiance sur le choix"

M14 : “On peut faire bouger les lignes de ces fausses croyances par rapport à la relation qu’on peut avoir avec la personne et comment dire, l’alliance thérapeutique”

M16 : “En fait ça commence par la question de l’écoute”

M16 : “La question de considérer l’autre, c’est de désirer l’autre (...)c’est aussi considérer que l’autre a un désir. (...) Donc là, dans le domaine de la contraception, si on veut pas faire du mal, et si l’autre ne doit pas penser qu’on lui fait du mal, il faut en effet le considérer “

M16 : “Je leur fait relire la prescription et je leur dis : c’est bon ? et elles disent ben oui, c’est ce qu’on a décidé. Voilà et il faut arriver à ça“

- ❖ <u>Repérer, comprendre et éventuellement déconstruire les idées reçues</u>

Les raisons du refus doivent être identifiées, et pour cela il faut qu’elles soient exprimées, ce qui n’est pas toujours le cas. Notamment lorsque cela relève d’idéologies ou d’ambivalences.
Il apparaît important pour le médecin de comprendre ce que peut représenter un traitement pour les patients.
Lorsque cela est possible, le médecin peut s’appuyer sur le discours de la patiente pour l’amener à se questionner et essayer de déconstruire les idées reçues.
Des méthodes de communication comme l’entretien motivationnel permettent d’aider à une prise de décision ou entraîner une modification comportementale.

M7 : “J’essaie de savoir ce qu’elles savent, travailler sur les peurs, est-ce qu’elles ont des peurs inconscientes (...)enfin nous on est des scientifiques, dire ben non ça n’est pas vrai ou dire oui ça peut faire ça la pilule, oui vous avez raison ça peut être inquiétant”

M9 : “*Je crois qu’il faut se former sur l’entretien motivationnel par exemple!”*

M14 : “Si en résumé le médecin peut avoir un élément de recours percutant dans le discours pour démonter certains mécanismes et pour permettre d’éviter une IVG enfin voilà, d’éviter les fausses croyances, ben voilà moi je suis assez partante”

M14 : “Donc pour pouvoir adapter le discours, pour avoir une impact sur le refus, il faut arriver à comprendre ce que sont les ressorts de ce refus”

M16 : “Il faut faire des cours d’éducation à la santé. La question du choix contraceptif est faite sur des questions très existentielles (...) On n’apprend pas ce que peut représenter un traitement pour les gens“

M16 : “Alors la déconstruction d’idées reçues elle passera par le récit, (...) ce qu’elles pensent, de ce qu’elles ont entendu dire, de ce qu’elles portent, permettra d’apporter un matériel qu’elles vont déposer, et qu’on pourra après questionner. (...) A un moment donné en effet, par ce questionnement on ouvre des failles. Et là, c’est elle qui va commencer à questionner. À ce moment-là, notre information est valable”

M18 : “si on veut aider nos patientes il faut arriver à leur tendre la perche, arriver à en parler de temps en temps, arriver à bien écouter ce qu’elle ont à nous dire”

M19 : “j’essaye toujours de faire l’entretien motivationnel (...)ce qui est difficile c’est de comprendre pourquoi la patiente ne veut pas prendre d’hormones. Une fois qu’on a compris c’est d’aller expliquer à la patiente avec les bons arguments qui vont la toucher”

- ❖ <u>Une information personnalisée et pertinente</u>

Le discours doit être adapté et ciblé à la patiente. La plupart des médecins estiment que l’information doit être parcimonieuse afin d’éviter de générer de l’anxiété, des doutes voire d’induire des effets secondaires. M19 est d’avis que les effets secondaires sont mieux acceptés lorsque la patiente a été informée au préalable. M17 est plutôt d’avis que son rôle est dans l’information et qu’elle ne peut que peu agir sur la bonne compréhension et sur les croyances de la patiente.

M16 : “Ce que l’on comprend, n’est pas ce que l’autre dit. On ne peut pas apporter une information sans qu’elle soit adaptée à la patiente. Tant qu’on fait de l’info en débitant notre savoir (...) ben là on se plante. Et on s’épuise pour rien ! Et l’autre en face il dit : " il se fout de ma gueule, il écoute pas”. Ils ont raison !”

M5 : “Après je ne détaille pas les effets secondaires sinon on risque d’induire un effet secondaire chez quelqu’un d’anxieux. (...) En disant que c’est un médicament, que parfois un médicament on le supporte pas bien. Mais on ne part pas sur une prescription en parlant des effets négatifs”

M12 : ”moi le tabac et la pilule vraiment chez les jeunes femmes toutes perdues j’en parle pas tout de suite parce que sinon elles vont arrêter la pilule, elles vont pas arrêter le tabac”

M13 : “je vais pas les prévenir que ça va leur faire prendre du poids parce que c’est un coup à les faire douter (...)A part l’humeur (...) voilà il n’y a que ça sur lequel j’insiste. Plutôt pour les nexplanon, l’implanon, pas trop pour la pilule en général”

M17 : “Si tu as quelqu’un en face de toi qui n’a pas d’endroit pour dormir, qui subit des violences conjugales, et que si tu lui rajoutes : " bon la pilule ça va peut être augmenter votre risque de faire un AVC ", alors qu’elle a pas de facteur de risque et je sais pas quoi…(...)bien sûr que tout le monde (...)a le droit d’être informé pareil, mais on fait aussi comme on peut, parfois c’est pas du tout la priorité du jour”

M12 : “Je leur dis que si (...) cette pilule ne te convient pas, n’arrête pas tout d’un coup, reviens m’en parler, on discute”

M18 : “j’essaye de les rassurer puisque par rapport au cancer, par rapport à tout ça, maintenant on a quand même du recul.”

M19 : “il y a beau ne pas y avoir d’études fiables qui montrent que prendre la pilule(...) ça fait pas grossir, en pratique on a quand même l’impression qu’il y a quand même des femmes qui sont plus sensibles à ça que d’autres, (...) je trouve que c’est pas très fairplay de pas leur en parler”

M19 : “je fais un peu au cas par cas.(...) Si on me demande pas, je vais parler pour les progestatives pures, qu’il peut y avoir une modification du profil de saignement les 6 premiers mois (...) Parce que j’ai lu des études aussi qui disaient que si on le disait à la patiente avant en général c'est mieux accepté! De l’acné si il y a une tendance à l’acné et

du poids en prévenant que ca peut arriver mais que les études n'ont pas vraiment prouvé qu'il pouvait y avoir un lien. Et après l'humeur c'est pas le truc dont je parle spontanément. Par contre si la patiente me demande : "quels sont les effets secondaires?" c'est vrai que je rajoute aussi l'humeur."

M17 : "Tu donnes une information, tu essayes qu'elle soit le plus compréhensible possible. Déjà ils en font ce qu'il veulent, ils en disposent comme ils veulent : ils ont compris ils sont d'accord, ils ont compris, ils n'y croient pas, ils ont compris mais ils croient quand même plus la copine parce qu'il ont vu sur les réseaux sociaux enfin voila, ca c'est la vie. On est pas là pour être plus malin que tout le monde et leur faire comprendre quelque chose"

- ❖ <u>Introduire la notion de balance bénéfice/risque</u>

La balance bénéfice risque est importante dans le processus de prise de décision.

M2 : "*Après il n'y a pas de miracle, on est comme tous les mammifères et tous les êtres vivants. A partir du moment qu'on est en âge fertile et qu'on a des rapports sexuels, bah on va avoir une grossesse. (...)En fait, il faut juste peser le pour et le contre"*

M2 : "*La solution ça ne va pas être des avortements à répétition mais ça en général elles le comprennent très bien et personne n'a envie d'avoir des avortements à répétition*"

M7 : "*Tu leur expliques quand même que la pilule du lendemain c'est des hormones, c'est des fortes doses, pareil l'un dans l'autre tu refais la balance, tu veux prendre un tas d'hormones de temps en temps ou une hormone au long cours"*

M9 : "*Parce que d'un côté bon c'est pas des bonbons hein ! Alors moi je leur dis oui c'est sûr, il y a des risques ! Tout dépend du bénéfice, tout dépend de l'âge, du facteur personnel…*"

M10 : "*Moi en tant que médecin je me refuse d'être rassurante, en disant qu'un médicament quel qu'il soit est 100% sans effets secondaires*"

M12 : “*Toute intervention médicale c’est une balance bénéfice risque ! ! Le bénéfice évident c’est de ne pas faire comme ma grand-mère qui avait 5 enfants à 25 ans, mais l’inconvénient c’est quand même que c’est des hormones !”*

M15 : “si on préfère fumer que prendre la pilule ben ça regarde chacun! Maintenant, on prend plus de risques à fumer que de prendre n’importe quelle pilule! Même à haute dose pendant 20 ans.”

M16 : “quand on sait que quand on est enceinte, il y a aussi des risques ! il y a aussi un bombardement hormonal !”

3/ Les propositions thérapeutiques

- ❖ <u>L’épargne hormonale</u>

Les médecins estiment l’association thérapeutique comme potentiellement plus nuisible, liée à la présence des oestrogènes, en considérant un “effet dose”.
Ainsi, les médecins, en baissant les doses, ou en supprimant les oestrogènes, ont l’impression par cette attitude, de répondre partiellement aux désirs des patientes en souhait d’une diminution ou d’un arrêt des hormones et peuvent avoir l’impression de réduire les risques qu’ils font encourir à leur patientes.

De plus, les médecins concèdent que les prescriptions pourraient être mieux réevaluées. Comme d’arrêter plus précocemment les oestrogènes, notamment chez la femme ne souhaitant plus avoir d’enfants ou plus agée. Ou bien d’éviter les prises inutiles d’hormones chez les jeunes filles sans relations sexuelles.

M13 : “*Moi si je devais pousser ma fille à prendre la pilule, je lui prescrirais je crois un oestro progestatif. (...) Il y a des possibilités avec les avantages de l’un et de l’autre avec un peu moins d’hormones d’un côté mais un peu moins de sécurité parce que sinon si elle le prend pas aux bonnes heures ça risque de faire des grossesses non désirées sous microprogestatif*”

M10 : “*Pour la femme qui a déjà eu des enfants tout ça, il y a d’autres contraceptions possibles, ne serais-ce que les progestatifs seuls. La femme plus âgée est prête à supporter les spottings ou les choses comme ça, le dispositif intra utérin au cuivre”*

M10 : “*Malheureusement la contraception, c’est considéré comme allez je commence à 15 ans, je le prends tous les jours et je l’arrêterai quand je voudrais devenir maman. Et tu as dans la nature des jeunes filles qui n’ont pas de partenaire, et qui n’ont pas de rapport depuis deux ans, mais qui sont sous contraception hormonale. Moi je trouve que c’est dommage!”*

M14 : “*Les quarantenaires moi j’arrête les pilules, je leur dis : à partir de 35-36 ans on essaie de faire une contraception par DIU quoi ”*

M5 : “*Je propose en restant sur les hormones en disant qu’il y a plus léger, par exemple l’anneau vaginal c’est moins dosé*”

M12 : “*Même si on met un stérilet hormonal, c’est quand même de beaucoup plus petites doses, ça je leur explique quand même*”

M13 : “*On a l’impression qu’il y a moins de médicament dans les microprogestatifs, plus naturels”*

M10 : “*Alors peut être que j’ai tort hein mais j’ai tendance à croire qu’une progestative seule est moins pire qu’une oestroprogestative, même si on peut avoir des spottings ou des choses comme ça*”

- ❖ <u>Désamorcer les craintes liées au stérilet au cuivre</u>

Le stérilet, identifié comme un corps étranger est craint par beaucoup de femmes. Des stérilets factices montrés lors d’une consultation permettent de diminuer certaines craintes.

M10 : “*Alors je pense qu’il y a beaucoup de personnes qui ont peur du stérilet au cuivre (...), qui ont de très mauvais à priori en disant que c’est des saignements qui ne s’arrêtent*

plus ce qui n'est pas forcément le cas en fait, alors il s'agit pour moi de réhabiliter un peu le stérilet au cuivre"

M12 : "*J'ai un stérilet factice que je leur montre.(...) et je leur demande de le toucher. Parce qu'il y a aussi une angoisse par rapport au stérilet, qu'est-ce que c'est ce truc qu'on va me mettre dans corps"*

M19 : "d'ailleurs j'ai aussi la boite à contraception pour leur expliquer parce que quand elles disent que ça leur fait peur le DIU je leur montre que c'est pas si gros, je leur montre comment ça se met, je leur montre j'ai même le machin, je leur montre on fait comme ça comme ça"

- ❖ <u>Autres méthodes</u>

Les méthodes barrières type préservatif féminin, diaphragme, cape ou spermicide ne sont pas connues et sont peu évoquées par les médecins car jugées comme peu efficaces.
Le préservatif masculin reste par contre une méthode répandue et elle peut être recommandée par les médecins chez les patientes plus âgées.
Quelques patientes se tournent vers les méthodes définitives.
Les contraceptions masculines pourraient être une bonne alternative et répondre aux attentes de certaines patientes.
Les propositions de méthodes non hormonales sont actuellement limitées.

M5 : "*Après je parle du préservatif féminin, du diaphragme (…) Mais voilà c'est pas du tout répandu. Et puis ça ne les intéresse pas quoi. Quand on leur en parle, elles ne disent pas : Ah bon ou est-ce qu'on peut s'en procurer ? Comment ça se passe ? et comment ça se met?"*

M15 : "moi je suis persuadé qu'il y a des méthodes de contraception efficaces c'est : les pilules, les patchs, les anneaux, les implants et les stérilets, cuivre ou hormonal. Que tout le reste, ce sont des méthodes qui peuvent être jugées comme contraceptives, mais avec un taux d'efficacité qui n'est pas du tout du même ordre"

M18 : "Celles qui ne veulent plus d'enfant il y en a quand même quelques-unes qui se tournent vers les méthodes définitives hein, moi j'en ai certaines!"

M18 : “Ben se pencher peut être un peu plus sur la contraception masculine ! Parce que c’est vrai que c’est toujours les femmes qui donnent hein. Contraception, fertilité, tout ça alors oui c’est vrai c’est nous qui portons la vie mais quand même!”

M18 : “En discutant avec ma fille, qui me disait qu’il n’y a pas grand-chose en contraception, je crois que presque elle est déçue(...) il y a quand même beaucoup de choses, mais oui c’est vrai la plupart du temps c’est quand même hormonal.”

M18 : “Mais j’ai pas mal de patientes qui n’ont pas de contraception hormonale et qui utilisent le préservatif régulièrement. Je pense ça, si elles sont matures, qu’elles savent l’utiliser, que ça fonctionne bien, elles ont confiance”

M19 : “à partir de l’âge de 40, 45 ans si la patiente n’ai pas très motivée pour une contraception non hormonale, j’hésite pas à proposer le préservatif”

M19 : “j’ai tous les indices de Pearl j’ai un visuel donc je leur dis sur 100 femmes qui utilisent un préservatif pendant un an il y a en a 15 qui tombent enceinte. Avec la pilule, il y en a plus que 8 et avec un DIU c’est magique il y en a plus que 8 pour 1000. Donc ca c’est pas mal ça les fait réfléchir quand même”

- ❖ <u>Les méthodes naturelles</u>

De nombreuses méthodes naturelles permettent le calcul approximatif de la période ovulatoire afin d’éviter pendant cette période tout rapport fécondant.

Aucun médecin interrogé ne prend la responsabilité de recommander ces pratiques. Certains se sentent aptes à les encadrer, lorsqu’ils sentent le couple fiable, rigoureux, et ayant un âge et une maturité suffisante. Ils sont unanimes sur le fait qu’elles sont difficiles à mettre en œuvre et non fiables. M12 considère que ces pratiques ne relèvent pas d’un conseil médical.

M5 : “Alors prendre la température tout ça ? Alors ça je leur déconseille de faire ça.”

M10 : “Moi je ne vais jamais proposer ça à mes patients, (...) je pense que ça nécessite de la part de la patiente qu’elle ait suffisamment lu, qu’elle soit hyper rigoureuse”

M12 : “Je pense qu’ils n’ont pas besoin de moi pour ça.(...) il faut être mature, très responsable pour pratiquer ça ”

M14 : “Les fameuses applications où elles peuvent repérer leur ovulation, (...) c’est une méthode de contraception qui n’a pas fait ses preuves”

M15 : “Elles ont entendu qu’on pouvait faire autrement, calculer, une application (...) mais c’est pas fiable ces méthodes là ! ”

M7 : "J’ai déjà eu pas mal de couples qui avaient 40 ans même des fois plus, (...) ils sont tous les deux d’accord pour faire un truc pas plus écolo mais plus naturel (...). Si elles savent calculer leur cycle, quand elles sont fertiles, des fois elles font attention si elles ont des tensions dans les seins, des syndromes pré-menstruels enfin tu vois, elles sont attentives à leur corps, les mecs ils savent très bien se retenir, ils ont 40 ans ils ont pas 15 ans, c’est pas les mêmes consults moi je trouve”

M10 : “Moi en tant que médecin je ne suis pas prête à prendre la responsabilité d’avoir suggéré ça comme mode de contraception et que la patiente se retrouve avec une grossesse non désirée".

M12 : “Moi je ne les emmènerai pas là. C’est pas que je le rejette, c’est juste que je ne me sens pas d’assumer la responsabilité d’accompagner quelqu’un là dessus"

M18 : “les méthodes naturelles pfffff, (...) moi ça me dépasse un peu”

M19 : “j’avais vu sur une étude que à partir de 45 ans ça va. Les méthodes naturelles commencent à avoir un indice de Pearl vraiment intéressant"

❖ Une impasse thérapeutique si refus du stérilet au cuivre

Il se peut que des situations d'impasses se présentent au médecin, dépourvu lorsque l'ensemble des moyens contraceptifs féminins, hormonaux ou non, ne conviennent pas.

M2 : "*Après effectivement si elles ne veulent pas de corps étranger intra utérin, là on est un peu coincé pour les méthodes vraiment fiables* "

M5 : "*Après j'ai des femmes qui ne supportent rien, qui ne veulent pas le stérilet, au bout d'un moment on a pas de solutions* "

M11 : "Oui, mais le problème c'est qu'on va avoir des gens qui ne veulent pas d'enfants, qui ne veulent pas de stérilet au cuivre et qui veulent une contraception normale. Et le latex c'est pas bon parce qu'on va saigner des arbres et euh voilà. Bah oui mais qu'est ce que vous voulez que je fasse. L'abstinence c'est bien aussi enfin (rires)"

Une prescription personnalisée et adaptée

Les contraceptions hormonales dans leur forme et leur dosage sont extrêmement variées tout comme les réactions possibles en fonction du profil des patientes.

La prescription et l'adaptation thérapeutique sont donc complexes et nécessitent une expérience et une bonne connaissance des moyens contraceptifs, ce qui peut être délicat lorsque ce n'est pas l'exercice majoritaire d'un médecin généraliste.

Certains sont réticents à la prescription des 3ème générations qu'ils préfèrent déléguer aux gynécologues.

M5 : "*Je commence toujours par une pilule de deuxième génération avant de donner une troisième génération si c'est pour un problème d'acné ou de truc comme ça.*"

M9 : "*Euh les patchs j'évite parce que c'est des troisièmes générations, pareil pour les anneaux, c'est plutôt un renouvellement mais je ne vais pas instaurer ça d'emblée quoi*"

M14 : “La prescription des pilules de 3ème et 4ème générations que moi personnellement je laisse à l’appréciation des gynécos ”

M5 : "*Par exemple si c’est une femme qui a un spotting je vais lui mettre un œstrogène plus fort. Euh une qui a mal au ventre, des troubles digestifs je vais baisser l’œstrogène. Celle qui a mal à la tête, on va passer sur une progestative uniquement. Et après en général je donne une échéance de 3 mois, et puis on revoit si ça va mieux* "

M7 : “*La pilule du coup je pense que je peux plus ou moins adapter en fonction des profils oestrogéniques, progestatifs ”*

4/ Une pratique interprofessionnelle et collaborative

Il ressort des entretiens la nécessité d’un bon réseau de professionnels de santé afin d’optimiser la prise en charge des patientes.

Plusieurs médecins évoquent l'intérêt d’une collaboration avec les sages-femmes, tout particulièrement pour le conseil aux méthodes naturelles, dont l’accompagnement est estimé pour la plupart incompatible avec la profession de médecin généraliste.

Multiplier et faciliter l’accès à une information pertinente pour les patients est une nécessité actuellement. Des partenariats avec l’association du planning familial, mouvement militant qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l’avortement et à l’éducation à la sexualité peuvent aider à remplir cette mission

M5 : "*Je suis pas sûre que tout gynéco pratique la pose de stérilet aux femmes qui n’ont pas eu d’accouchement. Donc quels sont les gynécologues qui font ça, quels sont les stérilets adaptés pour ça ? Donc voilà les jeunes filles qui ne veulent pas d’hormones. J’ai un manque d’information de mon côté pour les guider.* "

M7 : "*Après, nous sur (...), on a deux trois sages femmes qui sont là dedans (…). Elles sont un peu euh, bibi yoyo, elles aiment bien quand il n’y a pas d’hormones, donc elles sont plutôt réceptives. Ça permet de savoir à qui orienter* "

M12 : "*Et puis alors dans les sages femmes il y en avait une qui portait ça vraiment : l'accompagnement des contraceptions complètement naturelles. Et tu vois je pense que c'est plutôt les sages femmes qui peuvent gérer ça parce qu'elles font que ça!*"

M12 : "*Mais par contre ce qu'on avait fait à un moment, le planning faisait une permanence dans notre maison de santé et en fait 2 heures par mois, donc c'était pas beaucoup mais en fait tous les gens qui rentraient étaient obligés, on avait bloqué l'entrée principale, et tous les gens qui rentraient étaient obligés de passer par la salle de permanence où il y avait quelqu'un du planning qui était là pour répondre aux questions* ".

DISCUSSION

I - Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est innovante car encore non réalisée d'après nos recherches. Le point de vue et le ressenti des patientes concernant leur contraception a déjà été réalisé comme nous l'avons précédemment cité ainsi qu'une thèse auprès des femmes qui choisissent les méthodes naturelles. Notre thèse a l'intérêt d'interroger les médecins afin de percevoir leur expérience concernant le phénomène de refus des contraceptions hormonales. Elle explore un champ très vaste qui va de l'explication du phénomène selon ces médecins, à leur point de vue, aux difficultés qu'ils rencontrent ou non, ce qu'ils proposent à ces femmes, ainsi que les évolutions identifiées.

Le sujet est d'actualité comme expliqué dans l'introduction. Il existe donc un intérêt pour les professionnels de santé exerçant de la gynécologie de comprendre les ressorts de ce phénomène et de savoir prendre en charge au mieux ces patientes.

Les médecins de l'étude sont variés en âge, sexe, et pratique de médecine générale. Certains sont tournés vers la gynécologie, d'autres n'en pratiquent pas ou peu, et quelques médecins sont à plein temps au planning familial. Ils provenaient de différentes régions, avec des modes d'exercice différents. Ceci a entraîné des réponses extrêmement variées, avec une multitude de thèmes à explorer, complexifiant l'analyse mais apportant une richesse de matière à cette thèse.

Les entretiens semi-dirigés ont été choisis, par facilité d'organisation mais également afin de permettre aux médecins de s'exprimer plus librement que lors d'un Focus Groupe par exemple. D'autant plus que le sujet des contraceptions hormonales peut être vu comme sensible, car lié aux convictions de chacun.

L’analyse qualitative est apparue être la méthode la plus adaptée. Elle projette de comprendre une situation concrète à travers l’interprétation des données recueillies.

Il nous importait ici, non pas de mesurer ou quantifier mais de comprendre un phénomène à partir du vécu, de l’expérience, du comportement. Le médecin investigateur a pu aussi analyser les données afin d’explorer les concepts, identifier les opinions, les croyances suggérées ou exprimées. Cette interprétation est évidemment subjective, faite d’un ressenti personnel, instantané et non reproductible.

Avant chaque entretien, la mission avait été bien expliquée à chaque médecin. La saturation des données a été obtenue.

Le guide d’entretien a été testé au préalable avant le premier entretien. Il a tout de même été modifié par la suite, afin d’améliorer la pertinence des réponses et d’éviter les questions identifiées comme théoriques ou concernant la pratique du médecin, ce dernier pouvant alors se sentir jugé. Il est possible cependant que la peur du jugement, devant l'enquêteur, lui-même médecin, ait freiné certains médecins à se livrer complètement. Ceci représente un des biais d’investigation. L’enquêteur s’est cependant adapté aux souhaits des médecins concernant le lieu et les conditions de l’entretien afin qu’ils se sentent le plus à l’aise possible et les médecins étaient prévenus de la possibilité de suspendre l’entretien s’ils le souhaitaient mais aucun n’a eu besoin de le faire.

Les entretiens ont été retranscrits fidèlement, avec annotation des rires et ponctuation adaptée aux intonations. Ils ont été ajoutés en annexe afin d’illustrer les résultats. Les médecins le souhaitant ont reçu la retranscription écrite des entretiens.

La qualité de l’entretien est intimement liée aux facultés relationnelles de l’enquêteur et à sa manière de conduire l’entretien. Celles-ci concernent la connaissance qu’il peut avoir en termes de techniques de communication, mais aussi de maturité personnelle. L’absence de formation préalable et le fait d’être novice en la matière ont donc biaisé notre étude et impactent la rigueur nécessaire à ce travail. Certaines questions maladroites ont par

exemple pu écarter le médecin d’un thème qu’il aurait pu développer, entraînant alors une perdition de données.

De plus, la parfaite neutralité nécessaire à la bonne réalisation des entretiens a certainement été biaisée par une orientation subjective de l’enquêteur. Tout chercheur a ses intentions qui l'amènent à orienter le discours de la personne interrogée vers tel ou tel thème. La notion d'objectivité est ainsi remise en question. Ces risques sont cependant inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement écartés. Les entretiens et l’analyse des résultats ont été réalisés par la même personne. L’analyse est donc liée, au moins partiellement, à l’interprétation du chercheur, les différentes catégories et les grands thèmes étant créés par lui.

Des ateliers d’aide à la pratique de thèse qualitative ont été cependant réalisés grâce à la faculté de Médecine de Montpellier (élaboration de la problématique et du guide d’entretien, analyse des verbatims).

Certains entretiens ont été réalisés au téléphone du fait de la situation sanitaire actuelle.. Ceci peut avoir une répercussion par absence d’analyse des expression corporelles notamment. Certains médecins étaient limités par le temps du fait de leur activité professionnelle, ce qui a pu avoir pour conséquence un empressement dans la réalisation de l’entretien.

Certains des médecins de l’étude étaient connus de l’investigateur ce qui a pu modifier ou orienter certaines de leurs réponses.

Nous avons choisi d’interroger seulement les médecins généralistes, mais ils ne sont bien sûr pas les seuls prescripteurs de contraception hormonale. Il serait également très intéressant de connaître l'expérience des gynécologues ou sages-femmes à ce sujet.

II - Discussion autour du contexte et des raisons évoquées

Les raisons du refus globalement connues des médecins

Les raisons évoquées par les médecins sont globalement en accord avec ce qui est retrouvé dans la littérature.

Le rapport de la HAS d'avril 2013 “État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l’accès et au choix d’une contraception adaptée” reprend point par point les freins de l’accès à la contraception par méthode contraceptive. Il recense la difficulté d’une prise régulière d’un contraceptif, les conséquences ressenties ou appréhendées (peur de la prise de poids, peur d’un corps étranger, baisse de la libido), rejet de la médicalisation et des médicaments. Il décrivait également le rôle de la désinformation, des croyances (DIU abortif ou qui rend stérile) ainsi que le fait que la contraception était bien souvent choisie en fonction du partenaire masculin et non pas du désir de la femme.(15)

Ces raisons se retrouvent également dans la thèse qualitative de 2019 sus-citée dans l’introduction, explorant les représentations et le ressenti des femmes sur leur contraception. Avec en plus la peur décrite réelle des hormones en général, de prendre un risque pour sa santé et de modifier le fonctionnement naturel de l’organisme. Elles précisent bien leur méfiance envers les laboratoires et les médicaments. (10)

Les notions supplémentaires apportées par les médecins concernent pour certains l’impression d’une évolution sociétale. Avec des patientes en demande d’un autre type de médecine qui se tournent vers les méthodes alternatives. Ou encore qui souhaitent connaître et sentir leur corps fonctionner comme le mentionne M18. Ces patientes sont donc à la recherche de naturel dans leur alimentation, leur mode de vie, leur santé, ce que nous détaillons dans la partie suivante.

Une recherche de naturel

Un article paru dans la revue Génésis : “Contraception, quoi de neuf en 2019?” dit cette phrase en parlant de la pilule : “elle souffre de la demande de retour au tout naturel, concept absurde car ce qui est naturel ce n’est pas l’orthogénie mais la reproduction”.(16) Il apparaît en effet difficile de concilier une recherche du tout naturel et d’une contraception fiable, pourtant c’est ce que recherchent actuellement de nombreuses patientes.

Les contraceptions dites naturelles identifient la période d’ovulation afin d’éviter dans cette période tout rapport sexuel fécondant.

Il est difficile actuellement de donner des chiffres précis du nombre de femmes pratiquant ces méthodes. Le baromètre 2016 réunit dans une même catégorie les méthodes barrières (diaphragme, cape) et les méthodes naturelles, dont le chiffre stagne à 4,6% depuis 2010. On remarque une légère augmentation de ces pratiques chez les moins de 20 ans et les plus de 30 ans et une diminution chez les 20-30 ans.(9)

Les méthodes naturelles comprennent une variété de méthodes dont celles basées sur la détermination de la période fertile, la méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée (MAMA) et le retrait. La plupart des méthodes naturelles, à l'exception de la méthode Ogino et du retrait qui persistent comme méthodes ancestrales, ont été classées dans les méthodes modernes selon la nouvelle classification de 2015 de l’OMS et de l’agence des États-Unis pour le développement international (USAID).(17)

Les méthodes basées sur le calendrier sont :

- La méthode Ogino Knaus qui consiste à suivre et noter durant 6 à 12 mois les cycles afin d’établir une moyenne de la période à risque avant d’utiliser la méthode. Le début de la période fertile est calculé en soustrayant 20 jours du nombre de jours du cycle le plus court et la fin de la période fertile en soustrayant 10 jours du cycle le plus long.

- La méthode des jours fixes (standard day method) : Il s'agit d'éviter les rapports sexuels non protégés du 8ème au 19ème jour du cycle pour des femmes ayant des cycles entre 26 et 32 jours.

Certaines identifient la période fertile en se basant sur les symptômes :

- La méthode Billings et la "Two Days Method" qui étudient la glaire cervicale (la glaire devient plus abondante, plus limpide et plus élastique à l'approche de l'ovulation).
- Le système "fertility care" qui a voulu standardiser les observations de la glaire cervicale. D'où une description et une classification qui se veulent objectives. Le couple apprend à observer et à noter sur un tableau, de façon standardisée, les signes indicateurs de sa fertilité grâce à une série de rendez-vous avec une instructrice spécifiquement formée.
- La méthode de la température basale : la température est prise chaque jour au réveil, après au moins 6 heures de sommeil. La montée thermique est en lien avec l'augmentation de la progestérone. La température doit au moins augmenter de 0,5°C. Les rapports non protégés sont possibles 3 jours après la montée thermique. La méthode limite donc les rapports non protégés à la période post-ovulatoire.
- La méthode symptothermique : elle permet une double vérification par l'observation de la glaire cervicale le premier jour de la période fertile et de la température pour déterminer le dernier jour. Peut s'y ajouter l'analyse du col utérin.

Des applications sur smartphone (une centaine !) et des moniteurs de repérage de la période fertile (petits ordinateurs couplés à des thermomètres) se sont développés ces dernières années. Il manque actuellement des données sur leur fiabilité et efficacité. Ils se basent essentiellement sur la température au réveil et peuvent réaliser des scores en fonction des données qu'ajoutent les utilisatrices : test d'ovulation (mesure dans les urines du taux d'hormone lutéinisante (ou LH)), analyse de la glaire cervicale et du col utérin. Mais aussi humeur, peau, cheveux…

Certains moniteurs peuvent mesurer dans les urines la LH, et éventuellement l'estrone 3 glucuronide et repèrent ainsi les périodes de haute fertilité. Les prix de ces moniteurs peuvent aller à plus de 300 euros.

On peut citer les moniteurs Lady Comp qui se basent sur la mesure de la température au réveil ou le Cyclotest qui intègre en plus saignements, rapports sexuels, glaire cervicale, quantification de la LH, douleurs, col de l'utérus ...

La "FemTech" ou " MenstruTech " (les technologies dédiées à la santé féminine) est un marché en pleine croissance : le secteur a reçu près d'un milliard de dollars d'investissements aux Etats-Unis entre 2015 et 2018 et l'industrie devrait peser 50 milliards de dollars d'ici 2025. L'application Flo a été téléchargée plus de 50 millions de fois et Clue plus de 10 millions de fois par exemple. Sur les 90 088 applications sur Itunes, 7% sont exclusivement consacrées à la fertilité et à la grossesse des femmes. Certaines applications ne sont pas sécurisées malgré le fait qu'elles possèdent des données très personnelles sur la santé des patientes.(18)

Le débat récent suscité par les grossesse non désirées de femmes utilisant l'application suédoise Natural Cycle montre que les femmes sont mal informées des possibilités d'échec de ces méthodes. Le site de l'application affiche une efficacité identique aux contraceptions hormonales de 93% (efficacité évaluée sur 2 études rétrospectives.) Cette application a obtenu la certification européenne et celle de la Food and Drug Administration (FDA). Elle repose sur la mesure de la température basale et un algorithme qui prend en compte notamment le jour de l'ovulation, la durée de vie des spermatozoïdes, la durée de la phase lutéale et folliculaire. (17)

L'édition de 2017 de l'OMS "Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives" donne les chiffres de l'efficacité des méthodes naturelles. L'indice de Pearl pour une utilisation de méthodes basées sur la connaissance de la fécondité chez un couple standard est de 24 grossesses pour 100 femmes par an. Pour une utilisation parfaite des méthodes naturelles, l'indice est entre 3 et 5 et descend jusqu'à 0,4 pour la symptothermie. (19)

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b).
Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)		
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)		États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1[1]	0,2	20	15[1]
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1[1]	0,6	22	15[1]
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12[2]		6[2]		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge[3]	24, 12[4]	22[5]	20, 9[6]	64	62[5]
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5[7]	49	48
Spermicides	29	22[5]	18	58	62[5]
Cape cervicale	32, 16[8]		26, 9[9]		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1re année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

[1] tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; [2] diaphragme avec spermicide ; [3] les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; [4] femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; [5] spermicide ou éponge ; [6] femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; [7] méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; [8] femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; [9] femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

On ne peut conseiller la symptothermie à n'importe quel couple du fait de la rigueur nécessaire mais ces chiffres justifient l'utilisation de cette méthode chez un couple à la recherche d'un espacement des naissances sans contraception médicale, avec une acceptation d'un risque d'échec éventuel.

En 2017, une thèse qualitative a interrogé des femmes pratiquant une méthode naturelle de contraception. Elles pratiquaient ces méthodes à but contraceptif ou espacement des naissances. Elles étaient presque toutes unanimes sur le fait qu'elles ne pratiqueraient pas d'IVG si une grossesse survenait. Sur 14 patientes : 7 pratiquaient la méthode Billings, 4 la symptothermie, 1 la méthode Fertilitycare et 2 le retrait. Leur motivation s'accordait pour une part avec les raisons citées par les médecins (refus d'ingestion d'hormones, le risque

pour la santé, refus d'un corps étranger). Elles parlent également du bonheur de connaître leur corps associé à l'impression de le maîtriser et de l'augmentation de la libido. Plusieurs femmes évoquent un concept d'ouverture à la vie. Elles souhaitent contrôler les naissances tout en sachant qu'elles sont ouvertes à une naissance éventuelle. La plupart des femmes impliquent leur conjoint dans leur pratique.

Elles critiquent le corps médical qui n'est pas assez formé, ne connaît pas ces méthodes et qui trop souvent, associe méthode naturelle avec méthode Ogino (elles identifient cette méthode à une méthode ancestrale et non fiable). Elles ne peuvent donc pas, la plupart du temps, demander conseil à leur médecin. La moitié des patientes interrogées décrivent des médecins non à l'écoute dont les réactions peuvent aller de l'amusement à l'incrédulité jusqu'au mépris lorsqu'elles leur parlent de ces méthodes. Certaines mentent à leur médecin sur leur méthode de contraception.(20)

En février 2018, la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale alerte sur les méthodes de contraception naturelles, des méthodes "qui nous font revenir en arrière". "Avec un taux d'échec de l'ordre de 17 à 20%, ces procédés dont la fiabilité est un leurre sont entretenus par les réseaux sociaux qui font l'éloge de certaines applications sur smartphone (9,5% des femmes)." (21)

En réponse à ce document, près de 400 professionnels de santé signent une tribune en mars 2018. Ils disent stop à la désinformation autour des méthodes naturelles de contraception. Ils déplorent : "qu'aujourd'hui encore la peur, l'ignorance ou des préjugés infondés puissent primer sur l'information des patients". Ils considèrent que "le "choix " contraceptif des femmes ne sera absolu et absolument libre que lorsque nous en aurons fini avec cette méconnaissance qui prive les femmes d'une partie de l'offre contraceptive existante". Ils appuient le fait qu'il existe des méthodes contraceptives naturelles très fiables qui font l'objet d'indices scientifiquement évalués et reconnus au niveau mondial (méthode Fertilitycare, méthode Billings, méthode symptothermique). Ils concluent qu'à l'heure où une nouvelle génération de femmes souhaitent reprendre possession de leur

corps, les professionnels de santé se doivent d'être à l'écoute de leur demande et les accompagner efficacement et sans jugement.(22)

Certains médecins généralistes sont rédacteurs et signataires de cette tribune, il semble donc que des médecins généralistes se sentent capable de prendre en charge ces méthodes naturelles, contrairement aux médecins de cette étude qui sont unanimes sur le fait qu'ils ne recommandent pas ces méthodes ou du moins qu'ils ne pourraient prendre la responsabilité de les recommander. M7 et M12 orientent leurs patientes vers les sages-femmes car celles-ci sont à priori plus à même de faire le suivi. On pourrait se demander quels sont les freins à l'accompagnement aux méthodes naturelles chez les médecins, par exemple pour des femmes qui accepteraient la survenue d'un enfant ? Est-ce une question de formation ? Ou bien de déontologie ? Le médecin ne peut se permettre de proposer une méthode moins fiable ? Au vu des évolutions sociétales évoquées dans cette étude, le nombre de patients en demande de méthodes naturelles pourrait augmenter. A qui reviendrait le rôle d'accompagnant ? M12 est d'avis que, pour la pratique des méthodes naturelles, les couples "n'ont pas besoin de moi pour ça". La contraception redeviendra-t-elle une histoire de couple, non médicalisée ?

La problématique environnementale liée aux contraceptions hormonales

Deux médecins évoquent l'éventuel impact des hormones contraceptives dans l'environnement comme quelque chose de préoccupant selon eux, même si cela n'influe pas sur leur prescription.

Le CNGOF, dans son article "Faut-il avoir peur de la pilule contraceptive ?" s'appuie sur un article de 2015 pour conclure que, concernant la question environnementale, il n'existe aucune donnée précise et que le taux retrouvé dans l'eau courante n'est que de l'ordre du ng/L.

Cet article conclut en effet "Malgré les progrès réalisés dans de nombreux autres domaines dans les pays en développement, les informations concernant ce domaine sont encore assez limitées". Cependant il penche plutôt pour une toxicité de ces hormones

contraceptives sur le plan environnemental : “Globalement, on peut voir que les perturbateurs endocriniens sont principalement les hormones stéroïdes, les stéroïdes synthétiques, les polychlorodibenzo dioxines, les biphényles, etc. et d'après des études antérieures, il est évident que ces produits chimiques ont des toxicités notables chez l'homme ainsi que sur la faune”, ” La situation est assez alarmante car on voit que lorsque des perturbateurs endocriniens sont libérés dans les cours d'eau tels que les lacs, les ruisseaux, etc. ils peuvent avoir des effets toxiques sur l'environnement même s'ils sont présents à de faibles concentrations.”(23)

La problématique environnementale liée aux perturbateurs endocriniens qui se pose actuellement dépasse largement les seuls contraceptifs hormonaux. M11 identifie les patients en refus des contraceptions hormonales comme des individus souvent à l’écoute de l’écologie, végétariens ou Végans et qui mangent bio. Ces patientes prennent donc en compte de façon globale l’impact des perturbateurs endocriniens sur leur propre santé et sur la biodiversité.

Les perturbateurs endocriniens sont considérés comme des substances exogènes entraînant des effets néfastes sur la santé d’un organisme ou de sa descendance par suite de désordres qu’ils induisent sur la fonction endocrinienne. Ils sont multiples et peuvent être classés en trois types :

– hormones de synthèse (les contraceptifs oraux, traitements hormonaux de substitution, hormonothérapie dans le traitement de certains cancers, et médecine vétérinaire)

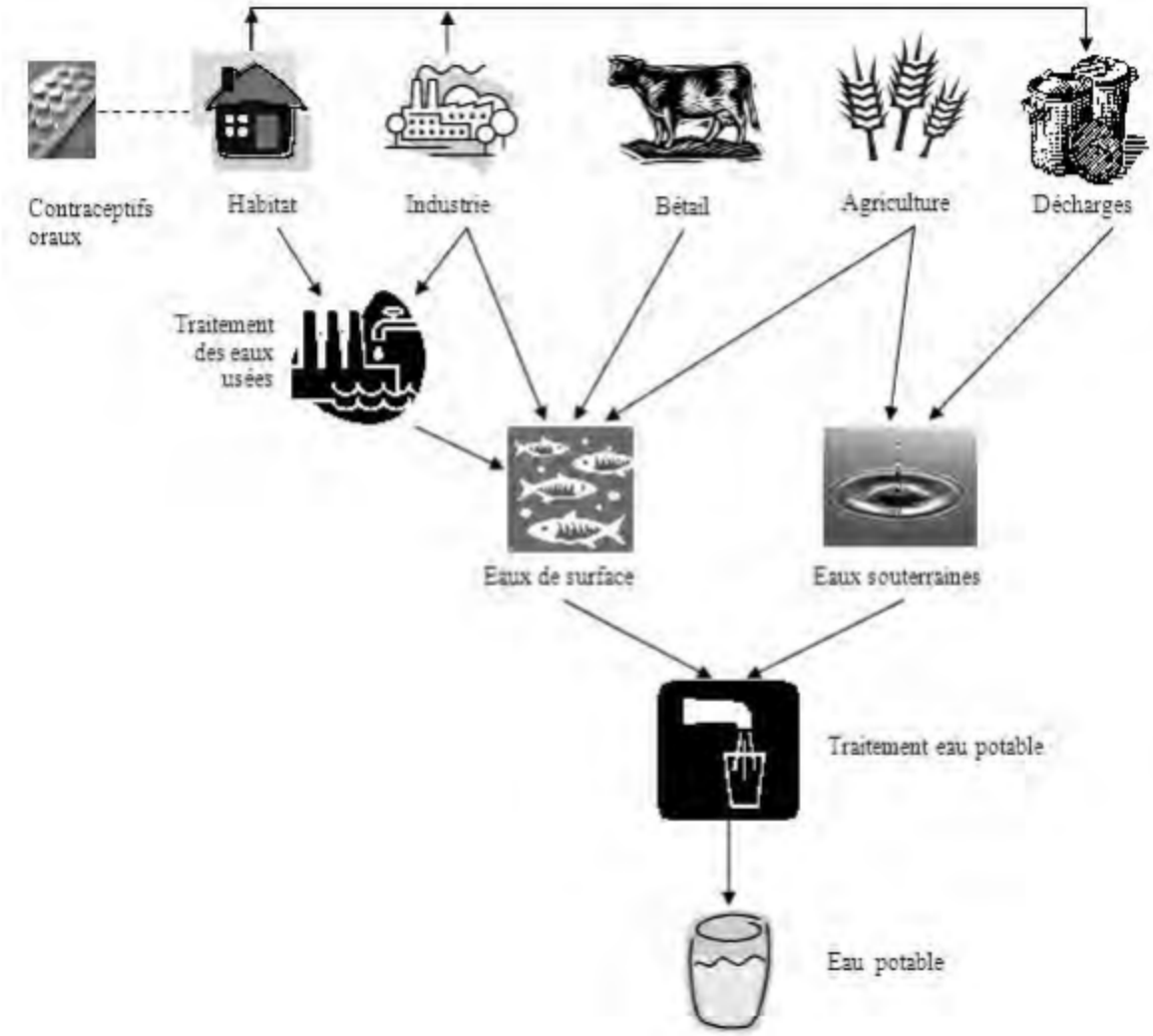
– composés naturels, comme les phytœstrogènes (génistéine, coumestrol) retrouvés dans une grande variété de plantes (lin, oléagineux, soja…). Les phytoestrogènes sont retrouvés dans la viande, puisque le bétail en ingère. On en retrouve également dans le lait de vache en fonction du régime des vaches (consommation plus importante de végétaux dont du soja dans l'agriculture biologique). Ils sont retrouvés dans l'urine humaine et du bétail à des concentrations qui dépendent de l'alimentation.(24)

– les produits chimiques synthétisés par l’homme (produit phytosanitaire, PCB, dioxines, le bisphénol A, des phtalates, les éthoxylates d’alkylphénol…).(25)

Au sein des écosystèmes aquatiques, il faut prendre en compte également les progestatifs et estrogènes naturels présents dans les excrétions des humains et des animaux.

Des études soulèvent la problématique de l’élevage intensif, avec des niveaux élevés d'œstrogènes naturels dans les eaux souterraines et de surface en aval des fermes et des terres agricoles. La contamination a lieu si les effluents ne sont pas traités mais aussi lorsque le fumier est utilisé comme fertilisant, ou également par ruissellement de la pluie sur les rejets animaux. D’autant plus que la prescription d'œstrogènes vétérinaires est très importante.(24)

Provenance des xéno-œstrogènes (composé chimique d'origine synthétique ou naturelle, qui imite l'activité estrogénique de l'œstrogène) naturels et artificiels retrouvés dans l'eau de boisson.(24)



En 2005, une étude hollandaise a montré que des œstrogènes et xéno oestrogènes étaient retrouvés dans les différents sites analysés (eaux de surface et rivières, eaux de pluie, eaux usées non traitées, effluents des décharges, eaux traitées, eaux des polders, zones d'élevage, fumier de bovins). Les concentrations étaient suffisantes pour causer des effets œstrogéniques sur les poissons.(26)

Déjà en 2006, de nombreuses études avaient été menées et concluaient : " Les perturbateurs endocriniens tels que les hormones stéroïdes utilisées dans les contraceptifs, [entraînent] des effets indésirables importants à des concentrations

pertinentes pour l'environnement” (Jobling et al., 1998, Länge et al., 2001, Thorpe et al., 2003, Parrott et Blunt, 2005). (27)

Une thèse de pharmacie de 2018 fait une synthèse des concentrations de l’ethinyl oestradiol au niveau mondial dans les influents, les effluents et les eaux de surface qui sont à des concentrations de l’ordre du ng/L. Elle conclut à la nécessité d’améliorer les seuils de détection des hormones oestrogéniques car, même à des concentrations infimes de l’ordre du ng/L, la pollution n’est pas négligeable et l’impact au niveau des écosystèmes aquatiques et terrestres sur l’appareil reproducteur a été démontré.(28)

Les études actuelles s'intéressent également à l’impact des progestatifs. Des études ont montré que des progestatifs de synthèse comme le lévonorgestrel ont compromis la reproduction des poissons à des concentrations environnementales de l’ordre du ng/L. (29)

Une étude en 2017 a montré que chez les amphibiens, les gestagènes environnementaux affectent non seulement le système reproducteur, mais le lévonorgestrel peut également avoir un impact sur le développement en perturbant le système thyroïdien. (30)

Au vu des résultats de ces études, le refus des contraceptions hormonales chez des patientes sensibles à leur impact environnemental, peut se comprendre.

Des médecins à l’écoute des effets secondaires mentionnés par les patientes

L’HAS et le CNGOF rappellent l’absence de lien prouvé entre les contraceptions hormonales et la prise de poids, la dépression et la diminution de la libido. En effet ces caractéristiques sont multifactorielles et donc difficiles à mettre en lien avec un traitement particulier.(11) (31)

Ce sont pourtant des plaintes exprimées par une grande partie des femmes sous contraception hormonale.

Comment gérer au mieux ces patientes en demande d'écoute de la part de leur médecin et de solutions devant leur problème ?

Les médecins interrogés pendant cette étude mentionnent pour la plupart une multitude d'effets secondaires qu'ils attribuent aux contraceptions hormonales. Ceux qui ne citent que peu d'effets secondaires pratiquent peu de gynécologie ou sont essentiellement dans le renouvellement.

M5 dit revoir les patientes à 3 mois afin d'évaluer la tolérance de la contraception, puis elle adapte le dosage d'oestrogène et progestérone en fonction des symptômes.

M17 affirme que les effets secondaires des contraceptions hormonales sont un fait, tout comme certaines patientes vont avoir lors de leur cycle naturel des douleurs, gonflement des seins, modification de l'humeur…

Plusieurs médecins ont remarqué des troubles de l'humeur liés aux contraceptions progestatives. M13 précise que dans sa pratique il prévient au préalable les patientes de ce risque.

M18 s'intéresse à la libido des femmes car cette plainte se retrouve fréquemment en consultation ou bien sur les réseaux sociaux.

Peut-être serait-il bénéfique, comme l'évoquent M18 et M19, de réaliser de plus amples études devant ces effets secondaires fréquemment décrits par les patientes et constatés par les médecins, avec amélioration des symptômes à l'arrêt du contraceptif.

Les médecins semblent plutôt à l'écoute des symptômes des femmes : ils essayent d'adapter le contraceptif en fonction du ressenti de la patiente, malgré les recommandations qui énoncent l'absence de lien prouvé.

Les risques inhérents aux contraceptions hormonales oestro progestatives

On remarque que la crainte des risques liés aux contraceptions oestro progestatives est présente chez les patientes mais aussi chez les médecins. Certains médecins vont avoir tendance à limiter la prescription des oestro progestatifs notamment lorsque les patientes sont plus âgées.

Les facteurs de risques des contraceptions oestro progestatives ont été réactualisés par le CNGOF en 2018 :

Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1er degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1er choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV
Facteurs de risque veineux	**Utilisation d'une COP**
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1er degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

1/ Des chiffres du risque thrombo-embolique lors d'une grossesse qui font relativiser

Les chiffres évoquent souvent l'augmentation du risque thrombo-embolique veineux des patientes sous contraception hormonale combinée, par rapport aux patientes sans contraception hormonale.

M16 avance le fait qu'il est intéressant de comparer les risques thrombo-emboliques veineux des patientes enceintes versus les patientes sous contraception hormonale.

En 2013, la société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique avançait ces chiffres : l'incidence des maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) varie en fonction de l'âge et est très fortement déterminée par la prédisposition génétique et les facteurs de risque personnels de chaque femme. Le surpoids (IMC >30 kg/m2) multiplie par deux le risque de thrombo-embolie. Sans contraception hormonale, il se situe chez les femmes âgées de 15 à 35 ans entre 1 et 2 et chez les femmes âgées de 35 à 44 ans entre 3 et 5 pour 10 000 femmes-années. Pour un âge supérieur à 40 ans, le risque est multiplié par 4.

Ce risque est en moyenne 2 à 3 fois plus élevé lors de la prise de contraceptifs hormonaux combinés faiblement dosés et se situe, suivant l'âge, entre 5.5 et 10 pour 10 000 femmes-années (augmentation du risque d'un facteur 3 à 6 selon le CNGOF et l'ANSM soit 6 à 12 000 femmes-années). (32)

Ce risque est augmenté d'un facteur 4-8 selon l'âge chez les femmes enceintes et dans le post-partum par rapport aux femmes en bonne santé, non enceintes, sans contraception hormonale combinée et se situe entre 8 et 30 pour 10 000 grossesses.(33)

L'ANSM rappelle dans ses évaluations de risques des oestroprogestatifs que l'utilisation de tout contraceptif estroprogestatif oral augmente le risque d'accident thrombo-embolique veineux par rapport à une non utilisation, que ce risque est plus élevé pendant la première année d'utilisation mais reste cependant inférieur au risque d'accident thrombo-embolique veineux survenant pendant la grossesse.(34)

Ces chiffres permettent de relativiser sur les risques thrombo-emboliques inhérents aux hormones contraceptives qui demeurent inférieurs aux risques lors d'une grossesse.

2/ Une méconnaissance des risques thromboemboliques liés aux oestro progestatifs

Ce risque dépend de l'équilibre hormonal de la combinaison en relation avec le type de molécule œstrogénique (ethinyl oestradiol ou 17-bêta-estradiol), la dose d'éthinyl oestradiol et le progestatif associé.

Les œstroprogestatifs contenant un progestatif de 3ème génération (gestodène ou, désogestrel), de la drospirénone ou de l'acétate de cyprotérone sont associés à un risque de MVTE plus élevé comparativement aux œstroprogestatifs contenant du lévonorgestrel. Les œstroprogestatifs contenant du norgestimate sont associés à un risque de MVTE similaire à celui des œstroprogestatifs contenant du lévonorgestrel.

Il n'y a pas de preuve que les dosages 30 ug et 20 ug d'éthinyl oestradiol induisent des risques de MVTE différents. Le risque de MVTE des œstroprogestatifs associant estradiol et diénogest semble équivalent à celui des œstroprogestatifs contenant 30 ug d'éthinyl oestradiol et du lévonorgestrel. Le risque n'est pas évalué sur le plan clinique pour les œstroprogestatifs associant estradiol et acétate de nomegestrol.

Le risque de MVTE des voies d'administration non orales des œstroprogestatifs est probablement équivalent au risque des œstroprogestatifs contenant des progestatifs de 3ème génération. (32)

Ce tableau reprend les risques inhérents à chaque contraceptif combiné en fonction de leur progestatif. (35)

Risque de survenue de thrombo-embolie veineuse par an	
Femmes en âge de prendre la pilule et qui n'utilisent pas de contraceptif hormonal combiné (CHC) et qui ne sont pas enceinte (risque de base)	Environ 2 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant du lévonorgestrel, de la norethisterone ou du norgestimate	Environ 5-7 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant de l'étonogestrel ou de la norelgestromine	Environ 6-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant de la drospirenone, du gestodène ou du désogestrel	Environ 9-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC de la chlormadinone, du dienogest ou du nomégestrol	Le risque n'est pas encore connu*

On retrouve certaines incohérences dans les entretiens, notamment de la part de M5 qui propose comme méthode alternative aux patientes en refus de contraception hormonale l'anneau contraceptif, en argumentant de faibles doses d'hormones délivrées. L'anneau contraceptif, dit Nuvaring, est une méthode oestro progestative qui délivre 120 ug/24h d'étonogestrel (métabolite biologiquement actif du désogestrel, progestatif de 3ème génération) et 15 ug/24h d'éthinylestradiol. Les doses d'oestrogènes sont faibles mais les risques thrombo-emboliques dans cette méthode sont sensiblement identiques aux pilules de 3ème et 4ème générations, soit deux fois plus élevés que pour les contraceptifs de 2ème génération. (36)

Il en va de même pour le patch Evra, contraception oestro progestative qui délivre 203 ug/24 h de norelgestromine (métabolite principal du norgestimate, progestatif de 3ème

génération), ainsi que 33,9ug/24h d'éthinylestradiol. Le risque thrombo-embolique est également 2 fois plus important avec cette méthode que les contraceptifs de 2ème génération. Il n'existe pas de données montrant que la voie transdermique présente des avantages en termes d'efficacité et de sécurité d'emploi par rapport à un contraceptif pris par voie orale. (37)

3/ Le risque artériel

Les risques vasculaires artériels sont évoqués par les médecins interrogés, comme des raisons de refus des contraceptions hormonales citées par les patientes.

Les risques d'IDM et d'AVC ischémique d'une patiente sous contraception oestro progestative est 1,7 fois plus élevé. La revue Cochrane, plus récente, analyse 24 études épidémiologiques, incluant des études plus anciennes, montre que seuls les œstroprogestatifs contenant 50 mcg d'Éthinylestradiol ou plus sont associés au risque d'accident artériel. Dans cette méta-analyse, il n'existe aucune différence de risque entre les générations de contraceptifs hormonaux combinés. Il ne semble pas apparaître de différence de risque entre les œstroprogestatifs contenant 30 ou 20 µg d'Éthinylestradiol. Il n'existe que peu de données relatives aux œstroprogestatifs contenant de la drospirénone, mais celles-ci suggèrent que les risques d'AVC ou d'IDM associés à leur utilisation sont significativement augmentés par rapport aux non-utilisatrices. Les données concernant les voies d'administration non orales, anneau ou patch, sont insuffisantes pour pouvoir conclure. Il n'existe pas d'étude épidémiologique ayant évalué le risque artériel des contraceptions contenant de l'estradiol.

Les migraines avec aura sont associées à une incidence d'AVC de 5,9/100 000 versus 4,0 /100 000 en l'absence d'aura et 2,5/100 000 en l'absence de migraine.

Les oestro progestatifs sont donc contre indiqués chez la femme à haut risque vasculaire et chez la patiente ayant des migraines avec aura ainsi que chez une femme migraineuse sans aura ayant un autre facteur de risque vasculaire. (32)

4/ Le risque de cancer du sein

Le cancer du sein est cité de nombreuses fois par les médecins, il est craint par les patientes et par certains médecins. Pour ces médecins, ce risque justifie la peur envers les hormones contraceptives.

Des études récentes ont confirmé l'augmentation du risque de cancer du sein lié aux contraceptifs hormonaux. Notamment une étude danoise qui a suivi 1,8 million de femmes, entre 15 et 49 ans, pendant en moyenne 10,9 années. Comparé à des femmes n'ayant jamais eu recours à une contraception hormonale, le risque relatif de cancer du sein parmi les utilisatrices actuelles ou récentes de contraception hormonale était de 1,20 pour un intervalle de confiance de 95%. Ce risque dépendait de la durée d'utilisation et a augmenté de 1,09 (IC à 95%, 0,96–1,23) avec moins d'un an d'utilisation à 1,38 (IC à 95%, 1,26–1,51) avec plus de 10 ans d'utilisation (p = 0,002). Après l'arrêt de la contraception hormonale, le risque de cancer du sein est resté plus élevé chez les femmes qui avaient utilisé des contraceptifs hormonaux pendant au moins 5 ans. Soit en nombres absolus : l'augmentation était de 13 cas supplémentaires pour 100 000 personnes-années (IC à 95%, 10–16) : un cancer du sein supplémentaire pour 7 690 femmes utilisant une contraception oestroprogestative pendant 1 an. Les risques de cancer du sein sont contrebalancés par une réduction du risque de cancer tubaire, ovarien, de l'endomètre. L'effet global de la contraception oestroprogestative sur le cancer semblait neutre ou légèrement protecteur. (38)

Croyances et représentations du médicament

L'article L. 5111-1 du Code de santé publique définit le médicament comme " toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ".

La contraception hormonale peut donc être considérée comme un médicament.

Plusieurs médecins de l’étude nous parlent des croyances qui impactent les décisions des patientes, ainsi que l’importance de prendre en compte leur représentation de la contraception.

Des professeurs et assistants universitaires de Médecine Générale ont écrit un article sur les croyances médicamenteuses en 2018. (39)

Ils définissent le médicament comme source de fantasmes. Il peut être vécu comme un intrus bénéfique ou maléfique, c'est ce qui complexifie l'approche : confiance ou méfiance, attraction ou répulsion, attente ou rejet irrationnel, l'ambivalence étant souvent présente chez un même individu. Il est attendu et redouté : attendu pour sa capacité à réparer et redouté pour ses effets indésirables ; c'est le pharmakon, le poison et le remède. C'est à partir de cet antagonisme que se structurent les croyances autour du médicament.

Ils évoquent les croyances comme des constructions mentales qui relèvent des représentations et permettent de reconfigurer le réel par les sens et par l'esprit afin de lui attribuer une valeur spécifique. Croire c'est avant tout se représenter un objet, une idée, un concept, affranchis de toute justification rationnelle. Ils considèrent les croyances comme participant des représentations, desquelles peuvent être rapprochées les valeurs tout autant que les préférences. La complexité des représentations fait que leur construction émane de processus combinés rationnels et irrationnels, ce qui en rend l'interprétation délicate.

Le médecin est tout autant empreint que le patient de ses propres valeurs lors de sa prescription. Ses représentations du monde, de sa fonction, de la médecine, des médicaments viennent colorer sans cesse ses croyances. La rationalité n'est pas toujours le guide de la prescription médicamenteuse.

La prise en compte des croyances relatives au traitement médicamenteux s'inscrit dans une relation de soin plus large qui trouve son équilibre dans l'alliance thérapeutique.

Le déterminant principal est la posture du médecin. C'est en fonction de celle-ci que le patient pourra ou non exprimer ses croyances, préférences.

- Le modèle paternaliste : il fut longtemps la référence de la relation médecin-patient, verrouille toute forme d'accueil et d'analyse des croyances du patient tout comme ses préférences. Dans ce cas, la décision est le privilège du seul médecin au prétexte qu'il détient la connaissance.
- le modèle informatif : les croyances ne trouvent pas plus à s'exprimer : " Vous avez la connaissance par l'information, en conséquence vous pouvez décider ce qui est souhaitable pour vous. " Il s'opère un transfert de la responsabilité du médecin vers le patient qui assume seul la décision et ses suites.
- le modèle interprétatif : le patient est invité à préciser ses préférences. Il se retrouve dans la même situation que précédemment, à savoir assumer seul sa décision.
- le modèle délibératif ou collaboratif : il s'amorce un mouvement d'échange pour aboutir à une décision partagée. Toutefois, le même constat peut être fait quant à la possibilité d'ignorer les fondements des préférences sur des croyances que le patient n'aurait pas pu exprimer. (39)

Pour favoriser l'ouverture d'une passe dans l'expression des croyances, il convient donc de ne pas s'arrêter à la seule expression des préférences mais d'en explorer les origines.

M17 évoque le fait que son rôle est uniquement d'informer le patient. L'information seule du patient ne lui permet pourtant pas d'exprimer ses croyances et donc le médecin de comprendre les ressorts d'un refus.

La communication entre le patient et le médecin est toujours un échange de sens. Dans le cadre d'une prescription, il faut intégrer le point de vue de l'autre.

Intégrer la composante des croyances médicamenteuses dans une consultation, c'est :

- Le médecin doit admettre que la pratique clinique n'est pas indemne des représentations et de ses croyances vis-à-vis de ses prescriptions médicamenteuses.
- Réaliser un diagnostic éducatif. Les bases se résument en quelques questions fondamentales essentielles : Qu'est ce que cette personne a (autres problèmes de santé, la maladie, son évolution, son traitement)? Qu'est ce que cette personne fait ? Qu'est ce que cette personne sait sur sa maladie ? Qui est cette personne ? Quel est son projet ?
- Utiliser l'entretien motivationnel. Il est cité par M9 et M19 comme un élément clé permettant le dialogue. S'il ne tend pas exclusivement à explorer les croyances, il est un temps possible d'expression de ces dernières. En effet, frein ou moteur pour se soigner sont en lien avec les représentations du patient qui structurent son comportement et justifient ses choix. La première caractéristique de l'entretien motivationnel est d'être centrée sur le patient. Le médecin adopte une posture positive sans condition, altruiste et sans jugement. Le médecin doit donc prendre en compte ses propres croyances au risque de glisser involontairement vers une posture inadaptée, directive, par substitution de ce qu'il pense être bien pour son patient, sans prendre en compte ce que le patient souhaite pour lui-même. (39)

L'information : éducation, santé publique, associations

Celle-ci est fréquemment ressentie par les médecins comme déficiente. Les patientes peuvent avoir un manque d'information ou des idées fausses concernant les différents contraceptifs, leur fonctionnement, les contre indications, risques et effets secondaires.

L'éducation, les associations et la politique de santé publique font partie des moyens d'information de la population.

L'éducation à la sexualité et à la contraception se pratique en milieu scolaire, notamment en cours de Science et Vie de la Terre ainsi que lors de 3 séances annuelles prévues à cet effet, et vise à apporter une information objective et des connaissances scientifiques. Les objectifs comportent notamment la prévention et la réduction des risques concernant les

grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les lieux et services d'accueil, d'aide et d'accompagnement de proximité. (40)

En 2013, a lieu une campagne de santé publique “la contraception qui vous convient existe”, lancée par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé et l’INPES, survenant dans les suites de la médiatisation des risques des pilules de 3ème et 4ème générations. L'objectif est d’inciter les femmes, mais également les hommes, à s’informer sur les différents moyens contraceptifs, et à les encourager à choisir une contraception adaptée à leur mode de vie, à leurs antécédents médicaux et à leurs besoins. Des témoignages publicitaires sont diffusés sur les ondes radio, un volet web est constitué. L’Inpes diffuse dans la presse médicale professionnelle un dispositif à destination des professionnels de santé : une affiche “à chacun sa contraception” et une brochure “choisir sa contraception” deviennent disponibles. Le site de référence choisirsacontraception.fr est mis en avant.(41)

Un nouveau questionnaire en ligne est disponible sur choisirsacontraception.fr. Il pose quelques questions simples où la personne renseigne son sexe, son âge, sa situation actuelle et à venir, les méthodes de contraception antérieures, les effets secondaires acceptables ou non, les préférences de prise ou de type de contraceptif, le souhait d’une contraception discrète ou non, les antécédents, le mode de vie. En fonction, elle indique les contraceptions les plus adaptées, les moins adaptées, les contre indications probables. Puis la patiente peut ainsi venir par la suite si elle le souhaite en discuter avec un professionnel de santé avec les idées un peu plus claires.(42)

De multiples articles de presse et pages web apportent une information sur la contraception ou indiquent comment trouver une information fiable, notamment sur solidarité-santé.gouv, santépubliquefrance.fr, ameli, jeune.gouv.fr, planningfamilial-npdc.org … La journée mondiale de la contraception ayant lieu le 26 septembre permet de réaliser des actions publiques d’informations également.

Des associations participent à informer la population comme le planning familial qui réalise notamment des séances d’éducation à la sexualité dans différentes structures accueillant des jeunes : les établissements scolaires, les missions locales, les maisons des jeunes et

de la culture et aborde avec eux la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles, des discriminations liées à l'orientation sexuelle...

L'information concernant la contraception existe et est disponible pour la population. L'enjeu actuel étant donc d'adapter ces moyens d'informations pour les rendre peut être plus visibles et plus accessibles à l'ère d'internet et des réseaux sociaux.

La défiance : vécu du médecin généraliste

Cette défiance est décrite par certains médecins généralistes de notre étude : envers les médicaments, les laboratoires, le corps médical.

M15 rapporte être étonné de constater que la parole d'un médecin, donnant un conseil ou un avis médical, n'a parfois pas plus de légitimité que celle d'un non professionnel de santé. Il évoque le fait que, pour de nombreux patients, " tout se vaut ". Ceux-ci peuvent accorder une crédibilité aux avis sans discernement sur leur provenance.

Une thèse d'exercice de médecine a été réalisée en 2019 sur le vécu des médecins généralistes concernant la défiance des patients envers les médicaments. Ces médecins se disent de plus en plus confrontés à cette défiance de la part des patients. Ce qui engendre des doutes dans leurs prescriptions, une sensation d'inefficacité de prise en charge et une insatisfaction dans leur pratique.(43)

Cette défiance entraîne, d'après les médecins interrogés, un temps allongé de consultation afin de comprendre les ressorts de cette défiance et d'informer au mieux le patient.

Des IVG en hausse

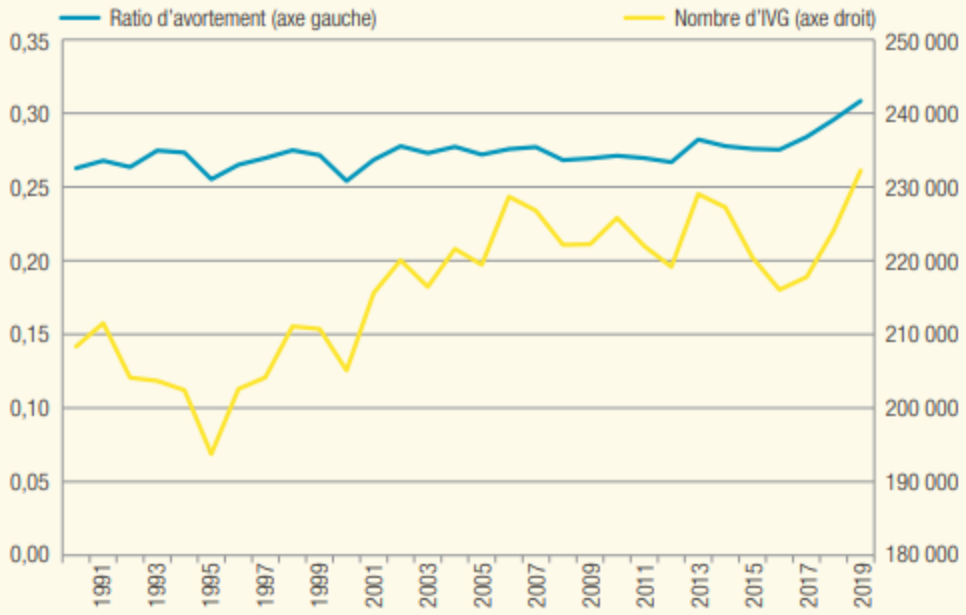
M15 se pose la question d'une éventuelle augmentation des IVG dans les années à venir du fait de ce rejet de la contraception hormonale et de la tendance au recours aux méthodes naturelles.

En 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, dont 217 500 concernant des femmes résidant en métropole. Le taux de recours

est à son niveau le plus élevé depuis 1990. En 2019, on compte 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 28,2 dans les DROM, soit des hausses respectives de 0,6 point et 0,4 point par rapport à 2018, dans la continuité de celles observées entre 2018 et 2017.

GRAPHIQUE 1

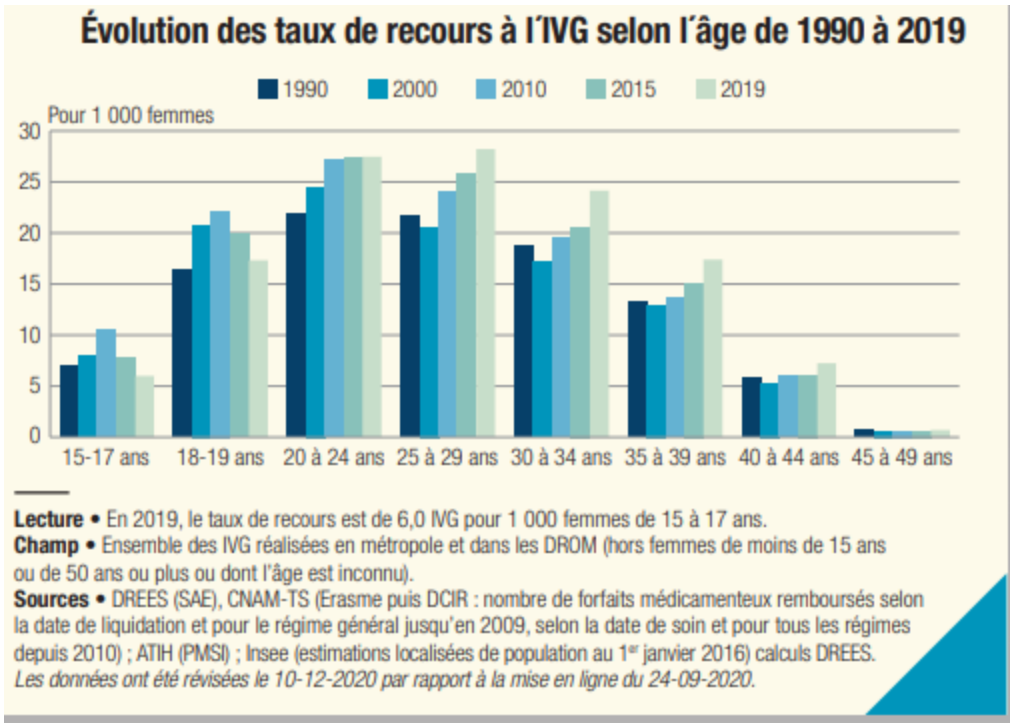
Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2019



Note • Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG au numérateur et le nombre de naissances vivantes au dénominateur.
Lecture • En 2019, le rapport est de 31 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,31). 232 244 IVG ont été réalisées en 2019.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, (y compris les âges inconnus).
Sources • DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés, selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; calculs DREES.

Ce sont les jeunes femmes de 20 à 29 ans qui restent les plus concernées, leur taux de recours étant de 27,9 IVG pour 1 000 femmes en France. L'augmentation des taux de recours chez les femmes trentenaires est notable depuis 2010 (ainsi que chez celles

âgées de 25 et 29 ans). À l'inverse, on observe au cours de la même période une nette baisse des taux de recours chez les femmes de 15 à 19 ans.



Les données sur les IVG ont été appariées avec des données fiscales pour l'année 2016. Elles montrent une corrélation nette entre niveau de vie et IVG ; les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les plus aisées : 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes inférieur de 11 points à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles. Ces écarts peuvent en partie être liés à des différences d'âge ou de statut matrimonial (vie en couple) de ces deux groupes de femmes. (44)

Ces données sont intéressantes, on peut se demander si l'augmentation du recours à l'IVG parmi les trentenaires a un lien avec le rejet de la contraception hormonale?

III - Prise en charge des patientes et réseau professionnel

Le rôle des qualités de communication du médecin

Comme le mentionne M13, un médecin ouvert à la discussion, qui ne reste pas sur ses positions et qui respecte les souhaits des patientes aura une meilleure relation avec le patient. Cela conduit vers une plus grande confiance des patients dans la proposition de soin du médecin. Les médecins ont insisté dans les entretiens sur la nécessité de l'écoute, et l'importance de la communication, sans jugement.

L'incidence de la qualité de communication interpersonnelle, lors du conseil portant sur l'utilisation de la contraception, a été étudiée en 2016 à l'aide d'une échelle IQFP (communication interpersonnelle en planification familiale) comprenant des items comme le respect, la compassion, la bienveillance, la possibilité de poser des questions. En cas d'IQFP élevé, la persistance contraceptive à 3 et 6 mois était supérieure, les femmes conservaient plus souvent la contraception initialement choisie et étaient plus nombreuses à utiliser une contraception très efficace ou efficace.(45)

Cette théorie est appuyée par les recommandations pour la pratique clinique en contraception, le CNGOF mentionne que la qualité de la communication interpersonnelle permettrait une plus grande persistance contraceptive et une meilleure satisfaction contraceptive à 2 ans.(32)

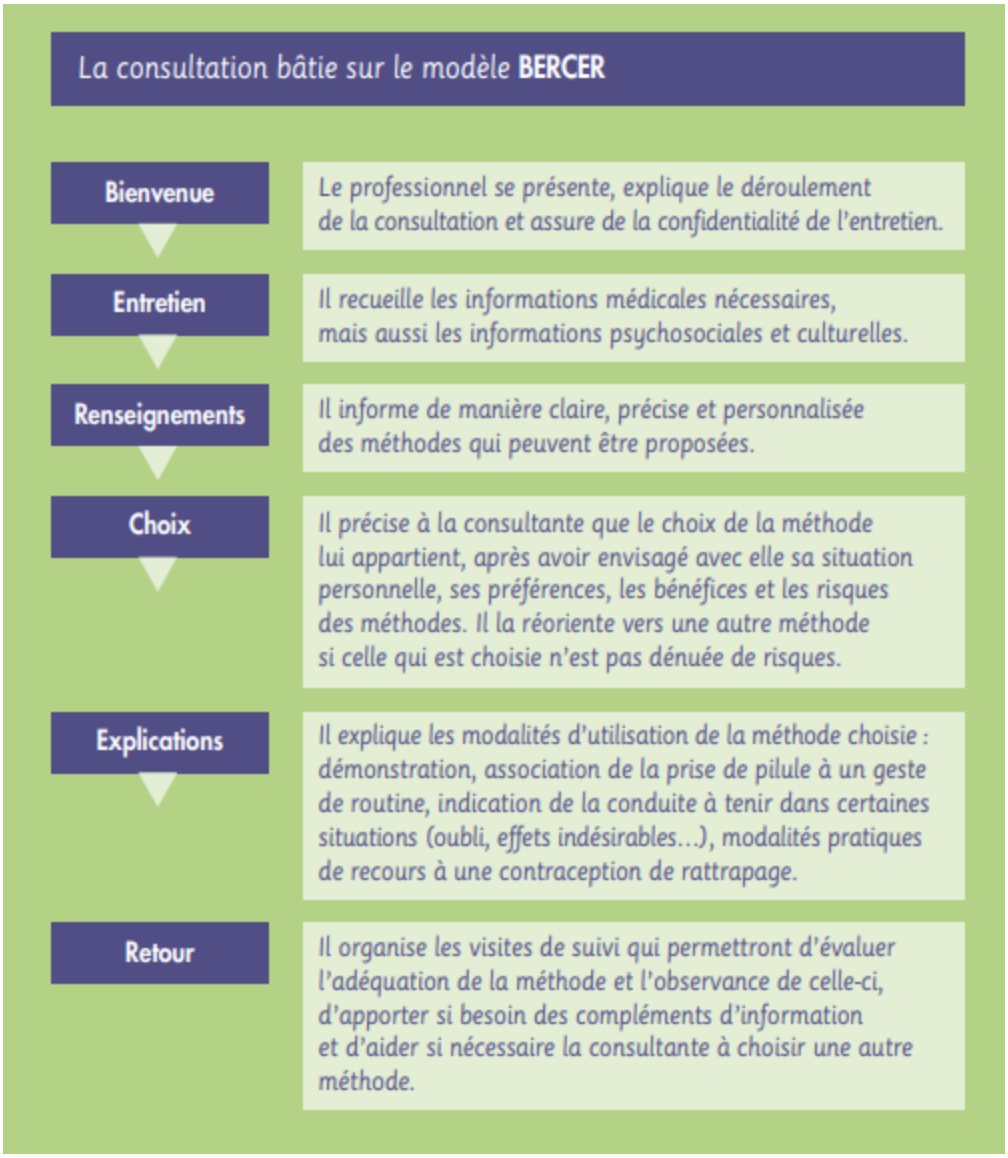
L'HAS a établi des recommandations pour la prise en charge et l'accompagnement d'une patiente ou d'un couple dans le choix d'un contraceptif. Il est recommandé que le soignant soit à l'écoute des femmes qui consultent et prenne en compte le fait que leur volonté d'implication dans la décision n'est pas homogène d'une femme à l'autre, et peut être ambivalente au niveau individuel. La littérature suggère que laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. Elle souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.

Deux types d’approches, le counseling et la " démarche éducative ", pourraient favoriser l’aide au choix en matière de contraception.

- Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d’accompagnement d’une femme favorisant l’expression de son choix. D’une part, il repose sur des bases d’empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et, d’autre part, engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L’approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d’être directive ; elle passe par l’expression par la femme de ses ambivalences, afin de lui permettre d’aboutir à un choix.
- La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée, et se fonde sur ce que la personne est, ce qu’elle sait, ce qu’elle croit, ce qu’elle redoute et ce qu’elle espère, et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Le counseling et la démarche éducative ont fait preuve de leur efficacité en matière de contraception : ils sont associés à une meilleure connaissance de la méthode utilisée, un taux d’utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d’urgence), de plus longue durée, et au final à une utilisation effective de ces méthodes.

Dans ses recommandations, l’HAS rappelle l'intérêt du modèle BERCER de l’OMS, lequel reprend, en 6 étapes, les étapes majeures de la consultation généralement citées dans les autres recommandations. Ces 6 étapes se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.



L'intérêt majeur d'une consultation dédiée est réaffirmé dans ces fiches pratiques de l'HAS. Si l'application du modèle n'est pas possible au cours d'une consultation, il est recommandé de reprogrammer à court terme une consultation qui sera entièrement consacrée à la contraception.(46)

Cette communication pourrait être optimisée par la formation systématique des médecins à l'entretien motivationnel notamment comme le suggère M9. Sa réalisation en pratique est vue comme compliquée et pas toujours possible en médecine générale comme l'explique

M19. Notamment par manque de temps et parce qu'il nécessite beaucoup d'énergie et de concentration.

Certains médecins de l'étude sont d'avis que le relationnel médecin-patient aura tendance à devenir moins paternaliste, avec l'avènement d'une jeune génération de médecins sensibilisés sur ce sujet, qui sont moins "dans une posture d'autorité" comme dit M12.

Ce relationnel avec le patient est extrêmement important puisqu'il représente un des moyens de lutte contre la défiance du patient envers les médicaments. Le médecin ne pouvant pas agir sur les autres facteurs (médias, entourage du patient…).

Quelle information fournir lors d'une consultation avec prescription de contraception ?

Les médecins interrogés réalisent une information personnalisée en fonction de la patiente. Ils agissent en fonction du temps disponible, des capacités de compréhension de la patiente et délivrent une information ciblée. La plupart évitent de parler des effets secondaires par peur de les induire, de générer de l'anxiété et une diminution de l'observance chez la patiente.

Les recommandations pour la pratique clinique en contraception écrites par le CNGOF en 2018 sont claires. Ce dernier recommande une consultation structurée avec information complète, et choix de la patiente. Les principaux thèmes à aborder concernent l'efficacité, les risques, le coût, la durée d'action et l'aspect pratique. Si le praticien affiche son choix contraceptif lors de la consultation, il diminue la satisfaction des patientes. Il est recommandé d'utiliser un support d'aide à la décision (certains sont disponibles sur le site de la HAS). L'organisme insiste sur l'utilité de modules informatisés, diaporamas sonorisés en salle d'attente ou utilisation de fiches d'information sur la contraception hormonale permettant une meilleure connaissance et un choix facilité. Le but étant d'aboutir à une prescription personnalisée.

Il recommande de citer les éventuels effets indésirables de la contraception choisie par la femme, car ces explications permettraient une meilleure persistance contraceptive.

Ceci va à l'encontre des pratiques réalisées par la plupart des médecins interrogés, qui étaient plutôt unanimes sur le fait de ne pas nommer les effets secondaires en consultation. Seul M19 avait notion qu'informer des effets secondaires pouvait être bénéfique.(32)

Thérapeutique : la place des contraceptifs progestatifs

De nombreux médecins ont l'image de contraceptifs progestatifs moins nocifs que les contraceptions oestro-progestatives.

L'HAS dans un rapport de 2013, mis à jour en 2019 fait le point à ce niveau. Les contraceptifs progestatifs n'ont en effet pas de surrisque thromboembolique veineux ou artériel. Il n'y a aucune preuve d'un lien de causalité entre l'utilisation des pilules progestatives et le changement de poids, la dépression, les maux de tête, les maladies cardio-vasculaires ou le cancer du sein. Il n'existe pas de lien de causalité entre l'utilisation d'un implant progestatif et un changement de poids ou d'humeur, une perte de libido ou des céphalées. La littérature sur le risque de cancer du sein porte le plus souvent sur la contraception orale (en majorité œstroprogestative), et ne permet pas de distinguer les parts de risque attribuables aux œstrogènes ou aux progestatifs. Les études plus spécifiques des effets de la contraception par progestatif seul sur le risque de cancer du sein sont contradictoires. Des tumeurs progestagènes dépendantes ont été décrites. Les contraceptifs progestatifs sont moins bien tolérés que les oestroprogestatifs. On note ainsi fréquemment, pour les microprogestatifs : des signes pouvant évoquer une hyperœstrogénie : mastodynie, œdèmes cycliques, douleurs pelviennes, des perturbations du cycle menstruel (saignements, absence ou irrégularités des règles) qui s'observent chez environ 70 % des utilisatrices. Compte tenu de la diminution de motilité tubaire qu'ils induisent, ils ne sont pas indiqués en cas d'antécédent ou de risque de grossesse extra utérine (GEU).(31)

Par ailleurs, M13 mentionne qu'il préfère administrer aux jeunes femmes un oestro progestatif plutôt qu'un progestatif, du fait de la prise horaire contraignante ainsi que de la moindre efficacité. La pilule micro progestative microval, qui contient 30ug de Lévonorgestrel, a un mode d'action essentiellement d'effet barrière au niveau cervical en rendant la glaire imperméable aux spermatozoïdes et donc un faible effet antigonadotrope avec nécessité de prendre la pilule chaque jour à la même heure. Cependant, la pilule Cerazette (ou optimizette) qui contient 75 ug de désogestrel a une action suffisamment antigonadotrope avec blocage de l'ovulation à 97% pour permettre une prise dans les 12 heures de façon identique aux contraceptions oestroprogestatives. (47) L'indice de Pearl des contraceptions oestroprogestatives et progestatives est identique, à 0,3 grossesses par an pour 100 femmes.(48)

Adaptation des contraceptifs en fonction des climats oestrogéniques et progestatifs

Comme le dit M7, il est intéressant d'adapter les contraceptifs en fonction du climat dominant de la pilule, afin de délivrer le contraceptif ajusté à la patiente, et ainsi, limiter les effets secondaires.

La notion de " climat hormonal " est difficile à apprécier et varie en fonction de la réceptivité de chaque femme, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle à la pilule testée. En pratique, le profil hormonal des patientes est dit oestrogénique si cycles réguliers, syndrome prémenstruel, règles abondantes ou douloureuses et mastodynies. On peut prescrire alors une pilule à climat progestatif dominant ou bien diminuer le dosage en oestrogène. Inversement le profil hormonal d'une patiente à dominante progestative sera : cycles irréguliers, règles peu abondantes, acné.

Les pilules à climat progestatif sont à ce jour essentiellement les pilules de 2ème génération (contenant du Lévonorgestrel) qui sont remboursées car moins à risque thrombo embolique. Les pilules de 3ème génération contenant gestodène, norgestimate et désogestrel sont essentiellement à climat oestrogénique.

Les recommandations de 2018 du CNGOF mettent en avant le fait que les pilules contenant du Norgestimate, progestatif de 3ème génération ont un risque thrombo embolique équivalent aux pilules de 2ème génération et peuvent donc être prescrites en première intention. Malheureusement ces contraceptifs sont à ce jour non remboursés. Leur remboursement pourrait permettre de compenser le manque actuel de pilules à climat oestrogénique faciles d'accès et de proposer une pilule mieux adaptée à chaque patiente. A noter que la version triphasique contenant 35 ug d'éthinylestradiol et du Norgestimate est recommandée pour les patientes atteintes d'acné.(32)

La contraception masculine

Les données d'une enquête multinationale suggèrent que 44 à 83% des hommes seraient prêts à adopter de nouvelles méthodes de contraception masculine de longue durée comme contraception de couple. (49)

Des médecins de l'étude évoquent ces méthodes, encore peu connues, mais qui peuvent permettre d'apporter de nouvelles solutions aux patientes en refus des contraceptions hormonales.

Les méthodes les plus connues et les plus utilisées

- le préservatif masculin : utilisé par 21% des couples dans le monde. L'indice de Pearl est à 2 en théorie mais de 15 en pratique
- le retrait utilisé par 5% des couples dans le monde. L'indice de Pearl est de 1 à 9 en théorie mais 20 en pratique
- la vasectomie utilisée par 2% des couples dans le monde. Cette dernière étant avant tout une méthode de stérilisation utilisée à visée contraceptive, avec une réversibilité chirurgicale inconstante. (50)

Les deux méthodes de contraception masculine les plus utilisées dans le monde (préservatif masculin et retrait) représentent donc, au total, 26 % des méthodes utilisées et sont des méthodes présentant un indice de Pearl en pratique courante élevé et impactant l'acte sexuel.

Pourtant, deux autres méthodes ont fait preuve de leur efficacité contraceptive : la contraception hormonale et la contraception thermique.

Les méthodes inhibant la spermatogenèse

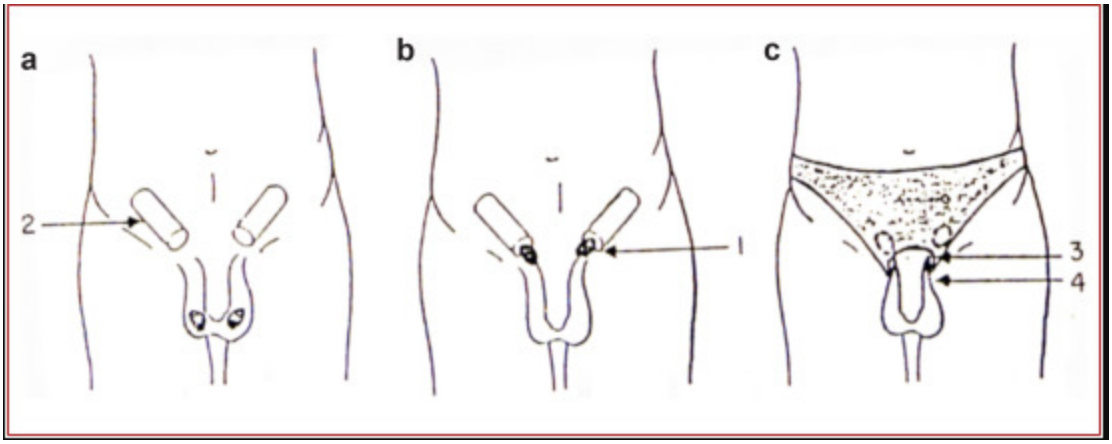
Les méthodes de contraception masculine hormonale et thermique ont pour points communs d'être basées sur l'inhibition de la spermatogenèse, d'être réversibles et de ne pas impacter l'acte sexuel. Une concentration de spermatozoïdes inférieure à 1 million de spermatozoïdes par millilitre d'éjaculat (seuil contraceptif) est associée à un indice de Pearl de 1 %. Dans ces 2 méthodes, un délai de 3 mois (phase d'inhibition correspondant à la durée d'un cycle de la spermatogenèse) est nécessaire entre la mise en place de la contraception masculine et l'atteinte confirmée du seuil contraceptif. À l'arrêt de la contraception masculine, une contraception de couple doit être immédiatement débutée, la fertilité de l'homme pouvant être retrouvée au cours du 1er cycle de spermatogenèse suivant l'arrêt de la contraception.(50)

La CMH (Contraception Hormonale Masculine)

Deux types de protocoles :

- la testostérone en monothérapie : injection de 200 mg d'énanthate de testosterone hebdomadaire, qui freine l'axe hypothalamohypophysaire grâce au rétrocontrôle négatif. Les effets secondaires sont essentiellement : l'acné (fréquent : 5,7 %), intolérance aux injections (fréquent : 5%), agressivité, libido excessive (2 %) ; prise de poids (1,3 %) ; baisse HDL et LDL (1,3 %) ; augmentation hématocrite (1,3 %). Son efficacité contraceptive a été démontrée dans 2 études de l'OMS en 1990 et 1996 (680 hommes, 9 pays, exposition sur 12 mois, indice de Pearl variant de 0,8 à 1,4). Il existe également une forme retard : 500 mg d'undecanoate de testostérone mensuelle.
- les protocoles qui utilisent une autre molécule pour freiner l'axe hypothalamohypophysaire (progestatif, analogue de la LHRH...), associée à de la testostérone à visée de supplémentation. (50)

La méthode thermique (CMT) :



Afin d'assurer une spermatogénèse optimale, les testicules doivent se situer à une température légèrement inférieure à celle de la température corporelle (environ 34-35°C) soit 2°C en dessous de la température corporelle. L'élévation de température est obtenue en déplaçant les testicules du scrotum dans la poche inguinale superficielle. Les testicules sont ensuite maintenus dans cette position via un sous vêtement ajusté dans lequel un orifice est créé au niveau de la racine de la verge. Par cet orifice, l'homme fait passer sa verge, puis la peau scrotale par traction manuelle douce, ce qui amène une ascension des testicules dans la position souhaitée. La CMT a démontré son efficacité sur au total 51 couples et 536 cycles d'exposition : une seule grossesse a été observée, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode. Tous les couples qui ont essayé de concevoir après l'arrêt de la méthode ont réussi. (50)

Autre méthodes prometteuses

- L'immunocontraception: repose sur le principe d'induire une immunisation réversible de l'organisme contre des antigènes impliqués dans les différentes étapes de la reproduction

- Les dispositifs intra déférentiels

- une contraception hormonale masculine sous forme de pilule : les récentes avancées de la contraception hormonale laissent espérer l'arrivée sur le marché de stéroïdes de

synthèse sous forme de pilule ou d'implants sous-cutanés avec une meilleure tolérance et une moindre toxicité.

En 2015, une thèse de Médecine a étudié l'acceptabilité de la pilule contraceptive masculine auprès de 3368 hommes français : 61,88% soit 2084 des hommes interrogés se sont déclarés favorables. La plus forte motivation pour la prise d'une pilule contraceptive masculine parmi les hommes interrogés est de prendre le relais de leur partenaire (55,13 %). La première raison d'un refus d'utiliser une éventuelle pilule contraceptive masculine est dans 51,79 % des cas la peur des effets secondaires. L'effet secondaire qui fait le plus peur aux hommes est la stérilité définitive (33,40 %) suivi de la perte d'érection (18,56 %) et de la diminution de la libido (16,57 %). (51)

Puis une étude de l'acceptabilité de la contraception hormonale masculine a été réalisée en 2016 auprès de 310 médecins (généralistes, planning familial, andrologues, gynécologues) : 87,7% des médecins interrogés se sont déclarés favorables à la contraception hormonale masculine et 91% seraient prêts à la prescrire si elle était largement commercialisée. Mais 71,6% des médecins ne savaient pas qu'elle existait et était disponible. Les principales réticences à la prescription sont les effets secondaires à long terme et les troubles de la sexualité.(52)

Concernant la contraception thermique, une thèse de 2018 a étudié l'acceptabilité de cette méthode auprès de nouveaux pères et auprès de jeunes prescripteurs (internes). Les prescripteurs sont en moyenne 15% à connaître les méthodes hormonales de contraception et 5,6% parmi les pères. Pour les pères, les avantages majoritaires de la contraception thermique sont l'absence d'effets secondaires, le côté non hormonal, et la réversibilité tandis que les inconvénients principaux sont le côté inconfortable, le temps requis de portage 15 heures par jour sans interruption possible. 29% des pères accepteraient d'essayer cette méthode. Concernant les prescripteurs, les avantages cités sont le côté non hormonal, le côté naturel et la réversibilité.(49)

On constate que certains hommes seraient plutôt favorables à une contraception masculine. La crainte des effets secondaires notamment liés à la sexualité sont très

présents chez les patients mais aussi chez les médecins. Malheureusement peu de prescripteurs connaissent ces méthodes et la formation est très limitée. Il est intéressant de souligner que l'intérêt porté à la contraception thermique est essentiellement lié à son côté non hormonal, naturel et sans effets secondaires, ce qui rejoint finalement les souhaits des femmes en termes de contraception.

L'amélioration des connaissances et l'évolution des pratiques dans ce domaine pourrait être une alternative intéressante à la contraception féminine notamment hormonale, et permettre d'avancer vers une contraception qui serait un choix de couple plutôt qu'une responsabilité portée uniquement par la femme.

Les sages-femmes

M7 et M12 disent avoir des sages-femmes dans leur réseau de professionnels de santé afin d'adresser certaines de leurs patientes, que ce soit pour la gynécologie en général, ou bien pour le suivi des méthodes naturelles.

La loi HPST du 21 juillet 2009 élargit les compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et de contraception. Depuis 2016, elles peuvent réaliser les IVG médicamenteuses.

Les compétences des Sages-Femmes :

Une sage-femme peut réaliser un suivi gynécologique de prévention ainsi que la prescription de contraception chez une femme en bonne santé. Elle peut également réaliser les interruptions volontaires de grossesses de façon médicamenteuse. Elle peut participer aux activités de procréation médicalement assistée. Elle a également un rôle de prévention, notamment pour les addictions. Elle réalise la surveillance médicale des grossesses physiologiques, la préparation à la parentalité et à la naissance. Elle réalise les accouchements, puis assure la surveillance de la mère et du nouveau-né dans le post-partum. De ce fait, elle peut donc aussi mener le suivi de l'allaitement. Elle peut également réaliser la consultation post-natale, la vaccination de la mère, du nouveau-né et de l'entourage mais aussi la rééducation périnéale.(53)

Un sondage réalisé en 2014 montrait que sur 986 femmes, seulement 49% des femmes savaient qu'une sage-femme pouvait prescrire une contraception.

En 2017, ce même sondage réalisé auprès de 1064 femmes retrouvait un taux de 54% de femme ayant connaissance qu'une sage-femme peut prescrire une contraception. Cet échantillon de patientes comprenait 22% de femmes ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier dont la raison était pour 14% d'entre elles que les délais de rendez-vous étaient trop longs. (54)

En 2015, une thèse de médecine générale a énoncé que sur 289 internes de Médecine générale, seulement 68 % savaient qu'une sage-femme réalisait de la prescription de contraception, 33% savaient qu'elle posait des implants sous-cutanés et 40% savaient qu'elle posait des DIU. (55)

On remarque une méconnaissance des compétences des sages-femmes en matière de contraception, qui ne s'améliore que peu avec les années.

En 2020, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a lancé une grande enquête auprès des sages-femmes. 10 697 sages-femmes actives ont répondu. Elles estiment à près de 96% d'entre elles que leur métier n'est pas valorisé et leurs compétences ne sont pas connues du grand public pour 76%.(56) Pour ces raisons, des grèves ont lieu depuis des années, dont une grève qui aura duré un an en 2012/2013 afin de réclamer une reconnaissance médicale et salariale.

Les sages-femmes s'installent de plus en plus en libéral. De 1995 à 2015, la croissance a été de 410%, le nombre étant passé de 1360 à 5577. Cet effectif de sages-femmes libérales augmente de 10% chaque année depuis 2009, date de la loi visant l'élargissement des compétences de la sage-femme. (57)

Cette augmentation de sages-femmes en libéral formées en contraception pourrait être un moyen d'optimiser la prise en charge des femmes qui ne peuvent bénéficier d'un suivi gynécologique optimal en raison des délais d'attente pour les rendez-vous chez les gynécologues.

CONCLUSION

L’objectif de notre étude était d’explorer l'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales. Ceci fut réalisé grâce à une étude qualitative auprès de 19 médecins généralistes.

Le refus des contraceptions hormonales est un phénomène identifié par la plupart des médecins interrogés. Ils l’observent chez des femmes de tous âges. Ils en connaissent essentiellement les ressorts, entre l’évolution des mœurs avec un souhait de mode de vie sain tourné vers le naturel, l’afflux d’information via les réseaux sociaux, ceci dans un climat de défiance envers la médecine et les laboratoires. Les effets secondaires, qu’ils soient subis ou craints, sont liés également à de nombreux refus.

La contraception n’est pas une thérapeutique qui soigne mais un accompagnement vers un choix. Elle est empreinte de croyances multiples, d’idées reçues sur la fertilité et influencée par les convictions familiales ou liées à l’entourage.

Certains médecins de l’étude considèrent ce refus illogique ou s’apparentant à un retour en arrière lorsque les raisons ne sont pas liées à une intolérance des contraceptions hormonales. D’autres sont réceptifs à ces questionnements et estiment positif de voir les patients s'interroger sur leur choix de santé. Ils peuvent partager leur doute, en restant prudents, considérant la contraception hormonale comme un médicament.

Les problématiques décrites sont une sensation de décrédibilisation des médecins, des consultations chronophages et complexes, des impasses thérapeutiques en cas de refus du stérilet au cuivre, une impression d’augmentation des IVG et de volonté de démédicalisation de ces femmes avec risque de rupture de suivi médical.

Une consultation dédiée à la contraception apparaît indispensable. Comprendre les ressorts actuels qui fondent la représentation de la contraception hormonale chez les patientes, permet d’identifier les raisons du refus. La déconstruction des idées reçues est une étape nécessaire, permise par une bonne alliance thérapeutique et des méthodes de

communication telles que l’entretien motivationnel. Les propositions thérapeutiques seront essentiellement des contraceptifs hormonaux estimés moins dosés ainsi que le stérilet au cuivre. Cependant le choix du contraceptif reste une liberté fondamentale de la patiente prônée par les médecins interrogés. Aucun ne recommande ou n’accompagne les méthodes naturelles.

Les enjeux du médecin généraliste apparaissent multiples, à l’aube des nouvelles technologies, de la FemTech et des réseaux sociaux, devant des patientes qui parfois se détournent de la médecine actuelle. Une bonne connaissance des méthodes naturelles, notamment aides numériques et électroniques, ainsi que des méthodes masculines de contraception, permettrait une information optimale des patientes. La nouvelle génération de jeunes médecins, majoritairement féminine, ainsi que l’appropriation de la gynécologie médicale par les sages femmes pourrait permettre une meilleure compréhension et prise en charge des patientes en refus de contraceptions hormonales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Régnier-loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? nov 2007;8.

2. Pavard B. Du Birth Control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant. Histoire@Politique. 6 nov 2012;n° 18(3) :162-78.

3. Bodet A. Histoire de la contraception. De la grossesse subie à la grossesse désirée. [Internet]. 2014. Disponible sur : http ://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf

4. Chapuis-Sicard C. Évaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004. 2013.

5. Goyer M. Le dispositif intra-utérin hormonal chez la nullipare : étude prospective menée auprès de 56 patientes au CHU de Caen [Internet]. 2016. Disponible sur : https ://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01328619/document

6. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Popul Sociétés. nov 2017;(549) :1-4.

7. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. juill 2018;46(7-8) :561-2.

8. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. mai 2014;(411) :1-4.

9. Delphine Rahib, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.

10. Lachambre P. Représentations et ressentis des femmes à propos de leur contraception de nos jours [Internet]. [Limoge] : Limoges; 2019. Disponible sur : file :///C :/Users/HP/Downloads/M20193190.pdf

11. Christin-Maitre S, Robin G, Letombe B, Rousset-Jablonski C, Nisand I. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? [Internet]. 2017 oct p. 17. Disponible sur : https ://syngof.fr/actualite-syndicale/faut-il-vraiment-avoir-peur-de-la-pilule-contraceptive/

12. Livre Blanc [Internet]. La journée des Référents; 2018 juin. Disponible sur : http ://image.emailing.msd-france.com/lib/fe9213737767027c72/m/1/c02ca111-b0ec-474f-9105-c8a93fb3f68a.pdf

13. Fontegne S. De vrais scandales aux fausses polémiques, comment restaurer la confiance des patients? 2015;48.

14. IPSOS. Observatoire Sociétal du Médicament 2018 - IPSOS pour le Leem, 8ème édition [Internet]. 2018 [cité 3 déc 2020]. Disponible sur : https ://www.leem.org/publication/observatoire-societal-du-medicament-2018-ipsos-pour-le-leem-8eme-edition

15. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur : https ://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

16. Contraception : quoi de neuf en 2019 ? [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur : https ://www.revuegenesis.fr/contraception-quoi-de-neuf-en-2019/

17. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189v46i12S2468718918302575. 17 déc 2018;46(12) :873-82.

18. Lambert E. Applications, objets connectés... Les dessous du business de la fertilité sur internet [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 28 janv 2021]. Disponible sur : https ://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/enquete-franceinfo-applications-objets-connectes-les-dessous-du-business-de-la-fertilite-sur-internet_3159803.html

19. OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 2017. Disponible sur : https ://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf;jsessionid=57C907D85F7B5B161F89047152FEDECA?sequence=1

20. Millet P. Méthodes de contraception naturelles : pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste? [Internet] [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine Paris Descartes; 2017. Disponible sur : https ://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781415/document

21. FNCGM. La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale alerte sur les méthodes de contraception naturelles. 2018.

22. Vallet M, Dehegeer A, Saab-Tsnobiladze S. Près de 400 professionnels de santé disent stop à la désinformation autour des méthodes naturelles de contraception. 2018.

23. Rahman Kabir E, Sharfin Rahman M, Rahman I. A review on endocrine disruptors and their possible impacts on human health. Environ Toxicol Pharmacol. 1 juill 2015;40(1) :241-58.

24. Ricard L-E. Les perturbateurs endocriniens dans l'environnement de l'enfant et de l'adolescent et les risques pour la santé. L'exemple des phtalates et du bisphénol A [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Nancy] : Faculté de Médecine de Nancy; 2011.

25. Desmots S, Brulez C, Lemazurier E. Perturbateurs de la fonction endocrinienne et santé : un point non exhaustif sur les connaissances. juin 2005;Vol. 4(3).

26. Vethaak AD, Lahr J, Schrap SM, Belfroid AC, Rijs GBJ, Gerritsen A, et al. An integrated assessment of estrogenic contamination and biological effects in the aquatic environment of The Netherlands. Chemosphere. 1 avr 2005;59(4) :511-24.

27. Fent K, Westen A, Caminada D. Ecotoxicology of human pharmaceuticals. Aquat Toxicol. 10 févr 2006;76(2) :122-59.

28. Deroo M. La pollution environnementale par les hormones oestrogéniques [Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Université de Picardie Jules Vernes]; 2018.

29. Fent K. Progestins as endocrine disrupters in aquatic ecosystems : Concentrations, effects and risk assessment. Environ Int. 1 nov 2015;84 :115-30.

30. Zikova A, Lorenz C, Hoffmann F, Kleiner W, Lutz I, Stock M, et al. Endocrine disruption by environmental gestagens in amphibians – A short review supported by new in vitro data using gonads of Xenopus laevis. Chemosphere. 1 août 2017;181 :74-82.

31. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. avr 2013;249.

32. CNGOF. Contraception. Recommandations pour la pratique CNGOF 2018 [Internet]. 2018 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur : http ://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/2018-cngof_rpc-contraception/

33. Merki-Feld GS, Bitzer J, Seydoux J, Birkhäuser M. Avis d'experts concernant le risque thromboembolique sous contraception hormonale. Gynécologie Suisse; 2013. Report No. : Avis d'experts No 35.

34. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit : GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé [Internet]. 2014 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur : http ://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0237294.htm

35. Risque thromboembolique des pilules estroprogestatives : informations pour les femmes et les professionnels de santé - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 8 déc 2020]. Disponible sur : https ://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estroprogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/(offset)/3

36. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit NUVARING [Internet]. 2014 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur : http ://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0243831.htm

37. ANSM. EVRA (patch contraceptif) et risque de thrombose veineuse : préférer un contraceptif oral combiné (COC) de 1ère ou 2ème génération - Point d'Information [Internet]. 2013 [cité 8 déc 2020]. Disponible sur : https ://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/EVRA-patch-contraceptif-et-risque-de-thrombose-veineuse-preferer-un-contraceptif-oral-combine-COC-de-1ere-ou-2eme-generation-Point-d-Information

38. Del Pup L, Codacci-Pisanelli G, Peccatori F. Breast cancer risk of hormonal contraception : Counselling considering new evidence. Crit Rev Oncol Hematol. 1 mai 2019;137 :123-30.

39. Cornet P, Martinez L, Chavannes B. Croyances médicamenteuses : aller contre ou faire avec. Wwwem-Premiumcomdatatraitesssi60-941828 [Internet]. 11 déc 2018 [cité 25 févr 2021]; Disponible sur : https ://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/1262812/resultatrecherche/1

40. Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports. Éducation à la sexualité [Internet]. Education.gouv.fr. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur : https ://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814

41. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Mise en Oeuvre de la Politique sur la Contraception. Lancement de la campagne de Communication. [Internet]. 2013 mai. Disponible sur : https ://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_05_13_DP_ASS_contraception.pdf

42. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur : https ://questionnaire.choisirsacontraception.fr/questionnaire_femme/

43. Courtois M. La défiance des patients envers les médicaments : Vécu et comportements des médecins généralistes. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Drôme – Ardèche. [Internet]. [Lyon]; 2019. Disponible sur : file :///C :/Users/HP/Downloads/THm_2019_COURTOIS_Mathilde.pdf

44. DREES. Interruptions Volontaires de Grossesse : une hausse confirmée en 2019. 2020 Sept [Internet]. (1163). Disponible sur : https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1163_ivg_bat.pdf

45. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittdiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(1) :78.e1-9.

46. HAS. Rapport d'élaboration. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 juill. Disponible sur : https ://www.has-sante.fr/

47. CNGOF. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur : http ://www.cngof.net/E-book/GO-2016/11-ch04-19-36-9782294715518-CC.html

48. HAS. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur : https ://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs

49. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations : New fathers and new providers. PloS One. 2018;13(5) :e0195824.

50. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir J-C, Huyghe E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? [Internet]. 2020 [cité 19 mars 2021]. Disponible sur : https ://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraception-masculine-quelles-revolutions

51. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive : Enquête auprès de 3368 Hommes Français [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Nice; 2015.

52. Pagès A. La Contraception Hormonale Masculine : Acceptabilité de médecins prescripteurs Français. [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Faculté de Médecine René Descartes] : Faculté de Médecine René Descartes; 2016.

53. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur : http ://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/

54. Ordre des Sages Femmes. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Internet]. 2017 [cité 13 févr 2021]. Disponible sur : http ://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/

55. Girardot A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Paris] : Université Paris Diderot - Paris 7; 2015.

56. Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes. « 2020 : 20 propositions pour la santé des femmes » [Internet]. 2020. Disponible sur : http ://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/07/CONTRIBUTION-VF-CNOSF-20-propositions-pour-la-sant%C3%A9-des-femmes.pdf

57. Richard A. Sage-femme : une profession méconnue [Internet] [Mémoire en vue de l'obtention du Diplome d'Etat de Sage Femme]. [Centre Hospitalier Universitaire de Rouen]; 2019. Disponible sur : https ://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269033/document

ANNEXES

Annexe 1 :

Guide d'entretien initial

1- Quand je vous dis "Contraception hormonale" ou "refus de traitement médicamenteux par un patient " qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

2- Quelle est votre expérience de la prescription d'une contraception hormonale, qu'en pensez-vous ? quels risques ou effets secondaires y voyez-vous ?

3- Prenez le temps de vous souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale. (Comment cela s'est passé ? quelles étaient ses raisons, arguments ? et qu'elle a été votre prise en charge ? comment vous l'avez vécu ?)

4- De manière plus générale : Selon vous pour quelles raisons certaines femmes refusent une contraception hormonale ? - Qu'en pensez-vous/quelle est votre réaction face à ce refus ?

5- Comment pourrait-on selon vous améliorer la prise en charge de ces patientes ?

Guide d'entretien intermédiaire

1- Quand je vous dis contraception/défiance envers les hormones, qu'est-ce que ça vous évoque ?

2- Comment se passe une de vos consultations typique de prescription de contraception que ce soit première consultation ou renouvellement? (Sur quoi vous informez ? Discussion sur les effets secondaires ?)

3- Prenez le temps de vous souvenir d'un cas ou une patiente aurait refusé une contraception hormonale ? ou aurait manifesté qu'elle ne souhaite plus/pas de contraception hormonale ? (Que pensez-vous de l'information des femmes concernant la contraception? Comment cela s'est passé ? quelles étaient ses raisons, arguments ? et qu'elle a été votre prise en charge, que lui avez-vous proposé ? comment vous l'avez vécu ?)

4- Plus généralement avez-vous connaissance des motifs de refus de la

contraception hormonale? Qu'en pensez-vous/quelle est votre réaction face à ce refus ?

5 - Quels effets secondaires vous rapportent vos patientes ? Lesquels sont majoritaires? (Quels risques ou effets secondaires voyez-vous à la contraception hormonale?)

6 - Certaines patientes qui refusent les contraceptions hormonales se sentent jugées et peu écoutées de la part de certains médecins concernant leur souhait et leur expérience personnelle en matière de contraception, qu'en pensez vous ?

7- Comment pourrait-on selon vous améliorer la prise en charge de ces patientes?

Guide d'entretien final

1- Que pouvez vous me dire sur le refus des contraceptions hormonales ? Sur la défiance envers les contraceptions hormonales ?

2- Quelles sont les raisons et qu'en pensez-vous ? Qui cela touche t'il ? Comment interprétez-vous ce besoin de ne plus prendre d'hormone ?

(Quel type de patientèle ? Quelles méthodes privilégient t'elles ? Comment ce refus évolue-t-il?)

3- Comment prenez-vous en charge ces patientes ? Comment cela impacte t'il votre pratique ? (Que pensez-vous de ce refus ?)

4- Quelle est votre vision de la contraception hormonale ? (risques/effets secondaires ?)

5- Comment se sentent prisent en charge ces patientes en refus de contraception hormonale selon vous ? (Comment se sentent-elles considérées du corps médical ? Comment ces patientes voient-elles le corps médical ou la médecine ? Comment le corps médical voit-il ces patientes ?)

7- Quelles sont vos pistes pour une amélioration de la prise en charge de ces patientes?

8- Si l'on devait résumer notre entretien ?

Annexe 2 :

Fiche de renseignement et formulaire de consentement

Renseignements anonymes :

1. Votre âge :
2. Votre sexe :
3. Votre lieu d'exercice (urbain / semi-rural / rural) :
4. Votre condition d'exercice (seul / cabinet de groupe / MSP) :
5. Année d'installation :
6. Présence d'une formation complémentaire en gynécologie ?
7. Pourcentage de consultations gynécologique :

Formulaire de consentement

Vous êtes invité à participer à une étude sur l'expérience des médecins généralistes concernant le refus de la part de certaines patientes de la contraception hormonale. Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude.

N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs. La méthode choisie pour répondre à ma question est celle des entretiens individuels semi dirigés.

L'entretien sera enregistré de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription écrite des données, puis les enregistrements seront détruits. Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation à tout moment, sans avoir à motiver votre décision.

Si vous êtes d'accord pour que le contenu de cet entretien soit enregistré, retranscrit et publié de façon anonyme, merci de signer ce consentement, précédé de la mention " lu et approuvé ".

Fait à …….., le ……

Signature

Annexe 3 :

ENTRETIENS

Numéro 1

J'ai 28 ans, je suis médecin généraliste collaboratrice depuis 3 mois dans un cabinet. J'ai passé ma thèse il y a un peu plus d'un an et donc j'avais fait mon internat juste avant. Ma pratique de la gynéco, j'avais fait un stage dans le cadre du saspas, j'avais passé une journée par semaine avec une gynéco libérale qui était sur la clinique Clementville et on allait aussi, comment ça s'appelle à côté de Béziers, je sais plus à l'entrée de Béziers on allait de temps en temps faire une demi journée de consult la bas je ne sais plus comment ça s'appelle à côté de Béziers. C'était une périph où il y avait pas beaucoup de gynéco et il y avait des médecins de Montpellier qui se déplaçaient pour assurer les consultations. Et donc actuellement je fais quelques consult gynéco principalement à des dames d'un certain âge qui du coup ne veulent pas aller voir un gynécologue, que ça arrange de ne pas se déplacer pour aller voir un gynécologue et qui du coup vont voir leur médecin traitant.

Quand je vous dis contraception hormonale qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

La contraception hormonale me fait penser à la pilule, oui ça me fait penser à la pilule, et il y a aussi l'implant. Contraception hormonale donc pilule, implant, et puis stérilet, dispositif intra utérin avec du coup deux types de contraception hormonale : oestro progestative et progestatif seul. Voilà c'est essentiellement ça ce à quoi ça me fait penser.

Quelle est votre expérience de la prescription de la contraception hormonale ?

Alors mon expérience en général de la prescription de la contraception hormonale c'est soit l'introduction de la contraception hormonale chez des jeunes filles en première contraception qui viennent à la demande qui veulent une contraception et en général c'est un peu d'elle-même qu'elles viennent en souhaitant, en disant qu'elles veulent la pilule par exemple, parce que finalement en terme de contraception, l'initiation c'est surtout la pilule. Donc ça c'est pour mon expérience, et sinon c'est dans le cadre du renouvellement et ça aussi c'est la pilule essentiellement. Finalement j'ai pas beaucoup de demandes d'implant ou de dispositif intra utérin mais c'est aussi parce que je pense que c'est aussi un peu un biais de la médecine générale parce que je pense qu'elles ont aussi plus tendance à voir le gynécologue. Donc du coup voilà c'est surtout l'initiation de la pilule et les renouvellements.

Que penses-tu en général de la contraception hormonale et quels risques et effets secondaires y vois-tu ?

Les risques ça peut être thromboembolique, Hypertension artérielle, cholestérol. Après effets secondaires si il y a les effets secondaires type bouffées de chaleur, par exemple les sécheresses vaginales, de baisse de la libido, il y a certaines femmes qui décrivent une prise de poids, une prise de poids , baisse de la libido, gonflement des seins, après voilà euh les cheveux cassants voilà, ça ça peut être lié aux hormones et c'est décrit par pas mal de femmes . Et les risques oui thrombo emboliques avec de rares cas d'AVC , de phlébites sous pilule.

Prenez le temps de vous souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale, comment ça s'est passé, quels ont été ses raisons, ses arguments, qu'elle a été votre prise en charge, comment l'avez-vous vécu ?

Ben si j'ai dû voir en consultation une jeune fille d'une vingtaine d'années. Donc oui c'était une jeune qui disait, enfin elle ne venait pas pour ça, mais en discutant elle disait qu'elle ne voulait plus prendre de pilule par rapport aux effets secondaires des hormones et du coup pour l'instant elle n'avait plus de contraception hormonale et elle utilisait des préservatifs comme contraception et elle n'envisageait pas le stérilet au cuivre et du coup il n'y avait pas de contraception qui lui plaisait. Et si, oui j'avais eu aussi une dame que j'avais renseigné parce qu'elle pensait que c'était pas possible d'avoir un stérilet au cuivre euh parce qu'elle n'avait

pas eu d'enfants et du coup euh qui ne voulait pas d'hormone et du coup je lui avais dit de revoir avec le gynéco pour la pose d'un stérilet au cuivre qui n'avait pas d'hormone et qui pouvait lui correspondre. Donc oui si j'avais eu le cas d'une dame qui ne voulait pas d'hormone et qui ne savait pas qu'il y a avait d'autres moyens de contraception sans hormone.

Comment vous l'avez vécu ?

Ben moi non je comprends j'essaye de pas juger et d'apporter des solutions à la dame

De manière plus générale selon vous pourquoi certaines femmes refusent une contraception hormonale ?

J'aurai tendance à dire principalement les effets secondaires des hormones dont on a parlé tout à l'heure : la sécheresse vaginale, baisse de la libido, le syndrome dépressif, trouble de l'humeur. Donc voilà il y a à la fois l'effet ou elles ont pas envie de prendre des hormones qui ne sont pas naturelles et donc le côté chimique, que ça les embête de prendre un médicament tous les jours et voilà quelque chose de chimique tous les jours, de prendre un médicament. Aussi le côté ou pas mal de femmes ont des effets secondaires sur des pilules même faiblement dosées et elles se rendent compte que à l'arrêt de leur contraception elles sont mieux sur plein d'aspect et du coup ça les motive à ne pas prendre d'hormone. Puis en plus avec, pas un effet de mode, mais ce qu'on a pu entendre des éventuels cas d'AVC qui font peur et de se dire en plus que pour une pilule je prends un risque, qu'elles ont pas envie de prendre un risque pour leur santé pour une contraception.

Qu'en pensez-vous ?

C'est ce que je disais tout à l'heure je suis pas dans le jugement, j'essaie de comprendre et d'accompagner. Si on est dans le jugement en disant que c'est ridicule, ce n'est pas le but il faut accompagner les patientes et voir comment on peut les aider. Par exemple, le stérilet au cuivre. Et puis aussi bien les renseigner parce que si on se bloque complètement elles vont aller se renseigner sur internet ou d'autres biais avec des choses qui ne sont pas forcément scientifiques ou validées et qu'il faut donc quand même être vigilant

Comment pourrait-on selon vous améliorer la prise en charge de ces patientes ?

Prendre le temps déjà aussi, parce que des fois on ne prend pas forcément le temps de discuter pour justement savoir qu'elles sont les raisons, est ce que c'est les raisons secondaires, est ce que c'est les AVC, par exemple pour les AVC donner les chiffres pour qu'elles puissent prendre leur décision en connaissance de cause, avec les chiffres en fonction de la contraception qui pourrait leur correspondre. Etre sur déjà que ce n'est pas juste pas peur et qu'on peut les renseigner ou si elles ne veulent juste pas d'hormones et du coup leur proposer autre chose, des choses qui sont scientifiquement validées et sûres pour elles. Si nous les médecins généralistes on est pas à même de poser les stérilets, les orienter vers les gynécos ou les sages-femmes. Ou le préservatif en leur expliquant que c'est plus risqué comme contraception. Prendre le temps de faire des consultations dédiées et leur donner tous les éléments pour qu'elles puissent choisir.

Numéro 2

J'ai 29 ans, j'ai fait mes études en partie à Rennes puis à Brest, j'ai fait un stage pendant mon internat de 6 mois à la maternité de Landerneau et j'ai également fait un DU de Gynécologie Obstétrique pour les Médecin généralistes à la faculté de Brest. Et la gynécologie est un sujet qui m'intéresse beaucoup.

1/ Quand je vous dis contraception hormonale, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Régulation des naissances, c'est un bon moyen pour les femmes de décider de leur corps, de décider si elles ont envie d'être mère ou pas, ça leur permet d'avoir une liberté dans leur vie sexuelle et sentimentale.

2/Quelle est votre expérience de la prescription d'une contraception hormonale ?

Je pense avoir une expérience assez importante parce que déjà en stage de gynéco

je faisais pas mal de consultations de gynécologie toute seule donc j'avais beaucoup de prescription de contraception et après tout type de contraception, surtout des pilules mais aussi des stérilets et implants, donc je pense avoir une assez bonne expérience.

Selon vous la contraception hormonale est-elle bien tolérée ? Que vous disent vos patientes ?

Ça dépend, je pense que c'est mieux toléré si c'est la patiente qui a choisi sa contraception. Si tu lui imposes un truc, surtout si tu imposes les contraceptifs progestatifs surtout j'ai l'impression, et que tu leur expliques les effets indésirables, ils arrivent souvent les effets indésirables, surtout les saignements avec les progestatifs. Si tu lui as imposé, pareil pour l'implant, et que la patiente n'avait pas envie, et bah au final c'est moins bien toléré. Alors qu'au final si elle a choisi sa contraception bah souvent elle en est assez contente. Et si au final c'est mal toléré, moi je dis aux patientes bah de revenir, qu'on est rediscute, et on trouvera quelque chose qui sera adapté. Qu'on pourra lui trouver quelque chose qui pourrait lui convenir, hormonal ou non hormonal. Après si il y a vraiment aucune hormone qu'elle tolère et bien on trouve autre chose.

Quels risques ou effets secondaires y voyez vous?

Le risque principal c'est qu'elles le prennent mal. Si c'est pas bien suivi ou si c'est quelque chose qui lui convient pas, par exemple les pilules si c'est à prendre tous les jours, si il y a des oublis, le risque principal c'est quand même la grossesse non désirée. Après les autres risques ça va être vraiment les saignements, je trouve. Les spottings c'est aussi un gros risque de mauvaise observance. Après il peut y avoir d'autres effets indésirables niveau euh dépression. Il y en a beaucoup qui parlent de leur humeur, leur libido. La prise de poids. Les contraceptifs hormonaux type implant ou DU, c'est pas vraiment un effet indésirable mais souvent il y a la réticence à avoir un corps étranger en soi. Le risque aussi, il y a le risque thromboembolique. Et je trouve que si on pose pas le bonnes questions, moi j'ai remarqué que souvent il y a des patientes qui me demandent en fin de consultation : " Ah et au fait est-ce que vous pouvez me represcrire la pilule ?" C'est vrai que ça a tendance à m'énerver quand on me le demande à la fin parce que pour moi c'est une consultation complète une prescription de pilule, parce que moi à chaque fois je vérifie. C'est vrai que moi comme je suis remplaçante je vois que des patientes que je connais pas, donc je repose tout l'interrogatoire, parce que en fait il y a plein de contre-indications surtout avec les oestro progestatives et en fait le risque c'est de prescrire une pilule à une patiente que tu as mal interrogé et qui a des contre indications majeures. Moi j'ai vu des pilules oestro progestatives chez des patientes qui avaient des migraines avec aura et qui étaient sous oestro progestative depuis 6 mois. Je pense que ça il faut faire vachement gaffe quand tu prescris la pilule et surtout la pilule oestro progestative. Qu'elle n'ai vraiment aucun risque thrombo embolique majoré parce que sinon tu peux te retrouver aussi avec des complications gravissimes. Et les jeunes patientes qui ne veulent pas d'implant ou de stérilet et qui ont des spottings avec les progestatifs, tu te retrouves coincé à devoir leur proposer que en hormonal les oestro progestatif et il suffit qu'elles aient une contre indication et tu te retrouves coincé , et souvent elles veulent pas autre chose que la pilule , chez les jeunes. Parce que celles qui sont un peu plus âgées à partir de 25, 30 ans, elles ont déjà un peu plus réfléchi. Mais c'est vrai que les adolescentes elles sont hyper focalisées sur la pilule qu'on prend 3 semaines et qu'on arrête une semaine. Et elles ont du mal à comprendre que tu leur dis non parce qu'elles ont une contre-indication familiale ou personnelle.

Prenez le temps de vous souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale, comment ça s'est passé, qu'elles ont été ses raisons ses arguments, qu'elle a été votre prise en charge, comment l'avez-vous vécu ?

C'était une patiente qui devait avoir 26 ans, qui venait en consultation pour autre chose, et qui avait fini par me parler euh, elle demandait un test de grossesse. Donc j'ai commencé à l'interrogé un peu, savoir pourquoi elle pensait être enceinte, et forcément je lui demande bah si elle prenait une contraception. Et donc elle m'a dit que non elle ne prenait pas de contraception. Alors du coup je lui ai demandé

si elle était en couple longue durée, donc effectivement elle était avec son copain depuis 3 ans. Elle avait décidé d'arrêter la pilule depuis 1 an et demi parce que elle en avait marre de prendre des cochonneries, des hormones, elle préférait retrouver un cycle naturel et arrêter de se gaver d'hormone et du coup elle avait des rapports sexuels quand même réguliers, alors parfois avec préservatif mais la plupart du temps sans préservatifs et elle faisait la méthode du retrait et elle essayait de calculer plus ou moins par rapport à ses règles. Mais c'est vrai que c'était surtout la méthode du retrait sa méthode principale. Et là elle forcément elle se demandait si elle était enceinte parce que ses règles n'arrivaient pas.

Quelle a été ta prise en charge ?

Comme on avait un peu de temps et qu'elle était d'accord pour qu'on reparle de tout ça, je lui ai exposé toutes les méthodes qui étaient possibles. Alors je lui ai reparlé des méthodes hormonales après comme je sais en général que quand c'est des patientes qui ne veulent pas d'hormones c'est pas trop la peine d'insister parce que en général elles ont décidé de faire un truc nature et c'est vrai que tu auras beau leur parler de pilule elles adhèrent pas du tout et elles la prendront pas donc c'est pas trop la peine d'insister. Dans ce cas là je leur explique quand même pour qu'elles aient l'information, après je sais que si elles te disent qu'elles veulent pas d'hormones je pars directement sur leur expliquer qu'il y a possibilité d'utiliser le stérilet au cuivre qui n'a pas d'hormone. Je leur explique qu'elles ont alors un cycle complètement naturel, et après effectivement si elles ne veulent pas de corps étranger intra utérin bah là on est un peu coincé pour les méthodes vraiment fiables. Tu peux leur proposer le préservatif systématique et la bon ben c'est un peu compliqué à suivre surtout quand tu es dans un couple stable. Il y en a certains chez qui ça marche, ils mettent le préservatif systématiquement mais dans un couple stable c'est un peu compliqué aussi. Et après effectivement tu as les autres méthodes, tu peux expliquer les autres méthodes mais en expliquant qu'il a quand même un risque qui est plus important, ça dépend ce qu'elle veut la patiente. Ca dépend si elle accepte un potentiel risque de grossesse ou si elle simplement un risque de grossesse qui est espacé par rapport à si elle n'avait pas du tout de méthode de contraception, tu peux lui parler des capes, des spermicides, des calculs, sachant qu'elle va avoir un risque de grossesse qui est bien supérieur, mais si elle l'accepte et qu'elle est prête à avoir un enfant , ça peut être une méthode, moins fiable, mais elle aura moins de risque d'enfant que si elle avait zéro contraception.

Donc elle ce que j'avais fait, je lui avais expliqué les methodes les plus fiables, hormonales et non hormonales avec le stérilet puis les méthodes barrières type cape, diaphragme, spermicides, et les calculs. Alors la température en général je l'évoque mais je suis pas trop à fond sauf si elles sont intéressées parce que c'est compliqué aussi à mettre en place, de prendre sa température tous les matins avant le réveil. Le calcul c'est si tu es bien réglé, que tu as un cycle de 28 jours, de la même durée tu peux faire le calcul. Mais si tu as des cycles désordonnés c'est pas fiable quoi. Enfin même avec un cycle de 28 jours c'est pas fiable mais c'est déjà plus fiable que quelqu'un qui a des cycles complètement anarchiques.

Je lui avais expliqué et elle était partie de la consultation avec les idées claires mais sans prescription de contraception.

De manière générale, selon vous pourquoi les femmes refusent la contraception hormonale ?

Le refus de contraception hormonale, l'argument numéro 1 c'est de laisser son corps fonctionner normalement et de ne pas prendre de médicament pour réguler son fonctionnement, parce que les hormones c'est pas bon. En gros ça je pense que c'est l'argument numéro 1, de vouloir revenir à un fonctionnement plus naturel et de pas se gaver d'hormones tous les jours pour avoir un fonctionnement naturel gynéco. L'argument numéro 2 ça va être que c'est embêtant quand c'est une pilule de prendre un pilule tous les jours : La facilité de prise, les oublis. Et les effets indésirables en numéro 3 : l'acné, la prise de poids, l'humeur qui n'est pas bonne, la libido qui baisse, le corps qui change c'est un argument très important, majeur dans l'arrêt des contraceptions hormonales. Après l'arrêt de contraception tout court hormonal et non hormonal enfin, l'argument pour ne pas

vouloir prendre de contraception type DU et implant c'est que ça leur fait peur. La pose, elles ont peur d'avoir mal, ça les angoisse d'avoir un truc sous la peau ou dans l'utérus. Et après pour les contraceptions, toute contraception ça peut-être aussi un argument religieux, dans certaines familles, ça peut être qu'elles ont pas envie d'empêcher la vie, c'est un argument qu'on a moins souvent mais qui peut aussi être retrouvé. Si la vie ou un Dieu a décidé qu'il fallait qu'elles aient un enfant et bien voilà il fallait qu'elles l'acceptent, voilà, ça peut être ça aussi qui fait qu'elles ne veulent pas de contraceptifs. Ou alors elles décident que ce n'est pas à elles de prendre un contraceptif et que ça peut être aussi le conjoint ou le mari. Et alors elles ne prennent pas de contraception parce que monsieur a fait une vasectomie. Ou alors elles n'ont pas de rapport, ça peut aussi être un très bon argument pour ne pas prendre de contraception.

Qu'en pensez-vous ?

Alors moi ma pensée elle n'est jamais négative parce que je suis pas là pour imposer aux gens et aux patientes une contraception ou pas. Moi je pars toujours du principe que je suis là pour conseiller quand on parle de contraception. Donc j'explique, je propose mais je n'impose pas. Jamais. Si elles n'en veulent pas je ne suis pas là pour imposer quoi que ce soit. J'essaye de les guider pour qu'elles aient le meilleur choix pour qu'elles sachent toutes les possibilités et qu'après elles choisissent en leur âme et conscience si elles prennent un contraception ou pas. Après je leur explique aussi qu'il n'y a pas de miracle et que la contraception ce n'est pas non plus, enfin moi à mon avis ce n'est pas quelque chose qui est mauvais, enfin je trouve que c'est une grande avancée quand même pour la condition des femmes de pas avoir des grossesses à répétition non voulues, après il n'y a pas de miracle, on est comme tous les mammifères et tous les êtres vivants. A partir du moment qu'on est en âge fertile et qu'on a des rapports sexuels, bah on va avoir une grossesse. A moins d'être sans rapport c'est toujours s'exposer à un risque de grossesse non désirée. En fait il faut juste peser le pour et le contre. Après si les grossesses ne sont pas non désirées il n'y a aucun raison que si la patiente ne veut pas en prendre, bah qu'elle n'en prenne pas. Faut juste qu'elle comprenne bien que la solution ça ne va pas être des avortements à répétition mais ça en général elles le comprennent très bien et personne n'a envie d'avoir des avortements à répétition. Moi si une patiente ne veut pas de contraception je ne serai jamais négative avec ça. C'est son corps et elle en fait absolument ce qu'elle veut . Mais c'est vrai que vouloir se libérer de tous les médicaments ben ça implique aussi que si on ne fait rien du tout il va y avoir une grossesse. Mais après comme je dis il y a des méthodes qui permettent d'espacer les grossesses même si elles ne sont pas fiables à 100 %. LA mesure des choses est de se dire voila est ce que je prends le risque d'avoir 20% de grossesse par an. Dans ce cas la très bien on peut faire une autre méthode.

Que pensez-vous de le prise en charge de ces patientes / Comment pourrait-on améliorer la prise en charge de ces patientes ?

C'est vrai que souvent, les patientes qui refusent la contraception hormonale, la plupart du temps, enfin surtout quand c'est des jeunes femmes entre 25 et 35 ans, elles demandent beaucoup de stérilet au cuivre. C'est beaucoup : je ne veux pas d'hormone donc je me redirige vers le stérilet au cuivre. Et après, une petite partie de celles-là refusent le stérilet au cuivre ou bien elles ont des effets avec le stérilet type : je saigne tout le temps avec le stérilet au cuivre ou j'ai des règles trop douloureuses alors là on se retrouve dans la situation ou on est un peu coincé et ou faut leur proposer des méthodes barrières type préservatif ou des méthodes qui utilisent plus de risque de grossesse. Moi mon ressenti, je suis contente d'avoir ce genre de patiente, ça met un petit challenge dans la prise en charge, de trouver une méthode qui va mieux lui convenir à elle, ça sera peut-être moins facile, je pense que en général on trouve aussi. Et en général la patiente elle se motive aussi pour trouver une solution parce que elle n'a pas envie de se retrouver sans solutions aussi. En général elles sont prêtes à tester plein de choses donc moi aussi j'aime bien voir aussi ces patientes la . Et donc vraiment quand je suis coincée et que je ne sais pas quoi faire, je peux toujours demander un avis auprès une collègue sage-femme su planning familial. Il y a toujours moyen d'orienter quand on est plus capable d'assurer la suite, quand on sent qu'on arrive au

bout de ses capacités. Mais je n'ai pas d'avis négatif sur les patientes qui sont un peu anti hormones, parce que je comprends tout a fait qu'on ait envie de limiter euh. La contraception c'est pour limiter les grossesses, le refus d'hormone c'est aussi pour contrôler ce qu'on met dans son corps et c'est une sorte de contrôle aussi de refuser les contraceptions hormonales, c'est une façon aussi de mieux gérer sa vie génitale

Numéro 3

Médecin généraliste depuis 1989, soit 59 ans. Mon expérience en gynécologie : j'ai fait un stage à la maternité, à l'hôpital, à Bionne dans un centre d'interruption volontaire de grossesse. A l'époque, c'était externalisé de Lapeyronie et ça se faisait là-bas, les IVG, par aspiration. Au début de mon exercice je mettais des stérilets, je faisais des frottis, et du fait qu'il y ait de moins en moins d'activité, de demande, j'ai stoppé.

Quand je vous dis contraception hormonale qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Pilule. Alors qu'il n'y a pas forcément que les pilules, il peut y avoir les contraceptions locales, mais oui pilule on va dire.

Quelle est votre expérience de la prescription de la contraception hormonale ?

Mon expérience personnelle de la contraception hormonale c'est que ça ne m'a jamais posé de problème, jamais d'effets secondaires particuliers qui me viennent à l'esprit ni d'accident quelconque. Des problèmes peuvent être parfois sur la compréhension dans le calendrier de la prise des pilules. Des effets secondaires vraiment très rares. Rarement des consultations uniquement dédiées à ça. La plupart du temps des demandes qui venaient en fin de consultation et qui étaient plutôt une prescription opportuniste on peut dire, à l'occasion d'une autre consultation et rarement des consultations uniquement dédiées à la prescription de la contraception.

Que penses-tu en général de la contraception hormonale et quels risques et effets secondaires y vois-tu ?

Donc peu d'effets secondaires mais en fait effectivement aussi globalement le sentiment que les patients ne sont pas forcément sensibilisés non plus aux effets secondaires, à la dangerosité de la contraception hormonale si on peut dire, aux risques vis-à-vis du tabac. Moi je demande toujours et puis je mets toujours en avant ces risques-là qui existent. Moi personnellement je n'ai jamais eu d'accident, d'effets secondaires graves liés à ça. Je le dis à chaque fois mais les gens sont très peu conscients de ces risques-là, surtout vis-à-vis du tabac.

Avez vous souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale, comment ça s'est passé, quelles ont été ses raisons, ses arguments, qu'elle a été votre prise en charge, comment l'avez-vous vécu ?

Peut-être, je peux te dire peut-être mais il n'y a pas de cas précis qui me vienne à l'idée. Je ne peux pas te dire non, que ça ne m'est jamais arrivé. J'ai des gens qui sont hostiles ; là où je pensais qu'il fallait qu'elle prenne une pilule parce qu' elles avaient un problème avec un stérilet, parce qu'elles avaient une vie de couple stable et qu'elles étaient sous préservatif par exemple. Voilà ou moi je pouvais dire : voilà moi je pense que ce serait mieux une contraception de cet ordre-là mais je n'ai pas un cas qui me vienne vraiment.

De manière plus générale selon vous pourquoi certaines femmes refusent une contraception hormonale ?

La prise de poids. La question de la chimie : je n'ai pas envie de prendre un médicament, j'ai pas envie de prendre un truc chimique qui risque de me faire un truc dans le corps. En général un imaginaire, un fantasme par rapport à ça. Mais en général oui : je n'ai pas envie de prendre du poids. Plus qu'après des questionnements de réversibilité, voilà ou de risque vis-à-vis d'une grossesse éventuelle qui après arriver sous pilule ou le risque des accidents voilà non : ce serait ça voilà je veux pas prendre une pilule , je vais prendre du poids.

Quelle est ta réaction, que penses-tu de ce refus ?

Dans un premier temps j'essaie d'expliquer et

de la convaincre malgré tout. Si quelqu'un est absolument pas demandeur et qu'il se questionne, voilà j'ai pas envie de faire ça je comprendrai, et après j'essayerai d'expliquer mais après je ne vais pas imposer, si les explications ne sont pas convaincantes, je vais pas comment dire, je ne suis pas un fanatique de la prescription de la pilule, donc j'essayerai de trouver d'autres alternatives c'est sûr. Je comprends qu'on puisse être hostile à la prescription d'une pilule, mais comme tout médicament je pense. On peut dire : je ne veux pas le prendre, ça j'entends bien. Je trouve que ce n'est pas absurde de ne pas vouloir une pilule.

Comment pourrait-on selon vous améliorer la prise en charge de ces patientes ?

Bah leur proposer une autre contraception. Un stérilet, un préservatif, des spermicides, trouver autre chose quoi !

Numéro 4

Je suis médecin généraliste, plutôt orienté dans la médecine du sport, installé depuis 23 ans maintenant dans cabinet de groupe. Euh l'expérience dans la gynécologie est assez mince, je n'ai pas ma patientèle orientée vers ça malheureusement, déjà par rapport à mon orientation sportive et puis surtout on était à côté de 2 gynécologues qui ont exercé depuis 23 ans à côté de nous. Voilà après je sais pas ce que je peux te dire de plus.

Euh oui donc peu de patientes qui viennent te voir pour la gynéco

Oui très très peu. Mon expérience se résume surtout au renouvellement de contraception, très peu à l'initiation de contraception. A une époque j'ai posé des implants, mais ça fait 5/ 6 ans que je n'en pose plus.

Quand je vous dis contraception hormonale qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Euh qu'est-ce que tu veux que je te dise (rires)

Alors oui je pense pilule, alors après il y a différentes sortes de pilules. Ca m'évoque la pilule, ça m'évoque l'implant voilà c'est tout je vois pas ce que je peux te dire de plus.

Quelle est ton expérience de la prescription hormonale ? Que penses- tu des contraceptions hormonales ? Selon vous la contraception hormonale est-elle bien tolérée ?

Mon expérience elle est un peu biaisée parce que avant de m'installer j'ai été praticien hospitalier dans un centre de rééducation neurologique ou j'ai vu des AVC avec l'association pilule tabac, alors moi j'ai déjà une réticence un peu à la contraception hormonale chez les jeunes filles. Surtout chez les fumeuses. Alors après il m'est arrivé d'avoir des discussions au niveau des renouvellements par rapport au tabac, par rapport à la pilule, par rapport à cette association et essayer de les enlever de cette contraception hormonale et essayer de les orienter vers une contraception liée à leur tabagisme. Après je suis assez craintif par rapport aux risques cardiovasculaires. Parce que j'ai eu cette expérience-là.

Selon toi la contraception hormonale est-elle bien tolérée ? Ou qu'en rapportent les patientes ?

Ben globalement oui vu qu'on n'est pas dans l'initiation mais le renouvellement je pense que la phase d'adaptation est faite par le gynécologue. Ou du moins ce que je vois oui elle est très bien tolérée mais comme je te dis on est dans le renouvellement donc si j'étais à l'initiative j'aurai peut-être des expériences ou j'ai besoin de tâtonner pour trouver la bonne pilule quoi. Donc oui pour moi je pense que c'est globalement bien toléré. Avec cette arrière-pensée toujours d'accident cardio vasculaire.

Prenez le temps de vous souvenir d'une patiente qui ne souhaitait pas de contraception hormonale ?

Hum non je n'ai pas le souvenir. J'ai le souvenir de moi qui ne voulait pas renouveler mais honnêtement je n'ai pas le souvenir de ça.

De manière plus générale selon toi pour quelles raisons une femme refuserait une contraception hormonale ?

Pour les risques déjà je pense. Pour le côté pas

naturel, le côté chimique j'en sais rien. Les jeunes vont de plus en plus vers le naturel je pense. Je ne sais pas. Je sais pas si c'est les bons arguments selon toi

Et selon toi ?

Alors oui moi je pense que le meilleur médicament c'est celui qu'on ne prend pas déjà donc euh (rires) alors ça c'est ma philosophie alors après si il y a d'autres moyens pour faire les choses, des moyens autres il faut pas hésiter. Après ça reste dans des situations heureusement qu'on a la contraception hein c'est une avancée médicale donc il faut surtout pas dénigrer la contraception mais voilà après je ne suis pas assez spécialiste pour orienter vers la meilleure contraception possible.

Moi après je fais partie de la génération aussi il fallait pas prescrire de stérilet chez les nullipares alors après les choses ont évolué et maintenant je ne connais pas bien les indications donc voilà, je pense que chez une jeune fille c'est quand même mieux de l'orienter vers ça vers ce type de contraception que vers une contraception hormonale en fait et chimique. C'est mon avis hein mais je te dis moi je n'ai pas été formé à ça donc nous c'était les jeunes c'était la pilule ou le préservatif ou l'abstinence. Bon maintenant les choses ont évoluées, le stérilet c'était pas possible, il y avait des spermicides qui n'existaient pas. Voilà il y avait tout plein de choses mais moi je ne suis pas assez calé là-dessus.

Oui c'est pas être calé ou pas c'est toi sur le refus, le ressenti, tu l'as dit le côté chimique…

Ben je peux te dire que mes filles, mes filles, j'ai trois filles elles ne prennent pas de pilule

Elles n'en veulent pas ?

Ben elles ont essayé et elles n'étaient pas à l'aise avec ça et moi je les ai pas poussées la dedans. Tu vois ? donc elles ont des stérilets

Et toi c'est vraiment lié au risque cardio vasculaire ?

Oui, surtout quand il est lié au tabac. Si il y a des antécédents familiaux cardio vasculaires, veineux des choses comme ça. Mais c'est parce que j'ai été biaisé par le début de ma carrière. J'ai eu des hémiplégies chez des jeunes de 20 – 25ans tu vois ! Et le seul facteur de risque c'est tabac pilule ça fout les boules quand même. Ça fout les boules !

Que pensez-vous de la prise en charge de ces patientes qui refusent la contraception hormonale ? Comment pourrait- on mieux les prendre en charge, mieux les orienter ?

Je pense qu'il faut une consultation avec un spécialiste qui n'est pas forcément gynécologue, il y a des généralistes qui doivent très bien être au courant de tout ça, mais il faut vraiment avoir une consultation, bien se pencher sur tous les moyens de contraception, quel est le plus adapté. Un moyen de contraception en fonction de la volonté de la patiente, ce qu'elle va accepter le plus, voilà, c'est vraiment une consultation spécifique, c'est pas un truc qu'on peut faire à la légère. Mais je pense qu'il y a des généralistes qui sont très capables de faire ça

Numéro 5

1/ Quand je vous dis contraception, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Pilule, contraception, maîtrise des grossesses, pilule, stérilet. Voilà c'est ce qui me vient en premier.

Présentation

Je travaille, je suis en exercice urbain. En étant femme, je vois pas mal de femme, je pense qu'elles préfèrent s'adresser aux femmes. J'ai une pratique gynéco, bah là ça fait combien de temps que je suis installée, 12 ans, bientôt 12 ans. C'est un motif de consultation très fréquent, que ce soit pour un renouvellement ou une initiation de traitement. Voilà, j'ai une pratique de la contraception régulière. Surtout la pilule parce qu'après les stérilets je ne les pose pas, je les enlève mais je ne les pose pas. Et les implants je peux les poser mais les enlever j'ai arrêté parce que j'ai du mal pour les enlever. Alors comme je suis en ville et qu'il y a la clinique Saint Roch à 2 minutes, j'ai arrêté de pratiquer ça.

Et à la base vous aviez fait une formation

particulière de gynéco ?

Oui j'avais fait le DU de gynéco de la fac.

Quelle est votre expérience de la contraception ? Comment se passe une de vos consultations typiques de contraception ?

La première question, j'ai déjà répondu. Alors comment ça se passe, je pose déjà la question : qu'est ce qui fait que la patiente a besoin d'une contraception ? Voir si elle a déjà eu une contraception avant, quelle est son expérience elle-même de la contraception, ce qui lui va, ce qui lui va pas, voilà. Si c'est une jeune fille qui n'en a jamais pris ou une qui a déjà eu plusieurs expériences, après je demande les antécédents notamment cancéreux, thromboembolique, tabac, diabète, hypertension, voilà, les antécédents familiaux, euh voilà puis ça dépend de ce qu'elle a pris, supporté, pas supporté, et après pour les pilules, je demande si elle est migraineuse aussi. Donc oui ça dépend des antécédents vraiment et de l'expérience de chaque femme pour adapter ce qui va mieux lui convenir. Tu vois hier j'ai eu une dame … Qu'est-ce que j'ai eu hier ? J'en ai eu deux récemment. Une hier elle avait accouché, elle n'avait plus rien depuis l'accouchement comme contraception car elle attendait qu'on lui pose le stérilet mais comme il y avait l'histoire du confinement c'était repoussé, repoussé ou le gynécologue avait toujours quelque chose d'urgent à faire au moment du rendez-vous qui était pris, il annulait le rendez-vous à chaque fois. Donc elle s'inquiétait. Donc il proposait un stérilet à la progestérone, le mirena parce qu'elle avait des kystes aux seins et qu'elle était migraineuse. Donc je lui ai proposé de lui donner à la place une pilule progestative. Elle allaite pas mais bon j'ai proposé une microprogestative parce que les pilules oestroprogestatives ça lui donne mal à la tête et puis pour ses seins c'était pas conseillé. Et que si ça lui allait bien elle ne mettra même pas le stérilet quoi. Donc voilà c'était une fumeuse, une migraineuse, kystes aux seins, donc pas d'œstrogènes et puis bah voilà elle tenait pas à mettre absolument un stérilet, ça la gène pas d'avoir une pilule. C'est pas un problème d'oubli ou quoi.

Donc la fumeuse, migraineuse par exemple tabac, le fait qu'il ne fallait pas prendre des œstrogènes elle le savait ?

Oui enfin elle le savait mais après elle en avait jusque-là des oestro progestatifs mais parce que elle est jeune hein, elle a, je sais pas quel âge elle a mais .

Oui donc elle avait eu plein d'effets secondaires quoi.

Oui elle avait eu surtout les migraines qui étaient le fait qu'elle ne voulait plus ce genre de pilule et que ce n'était pas non plus conseillé quoi.

Prenez le temps de vous souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale, comment ça s'est passé, Quels ont été ses raisons et ses arguments ?

Oui alors ça on en a hein mais je n'ai pas un cas en particulier. Bah c'est des femmes qui supportent pas. Soit c'est des problèmes de libido, de mycoses, ou elles se sentent pas bien, prise de poids ou mal à la tête, enfin c'est les effets secondaires ! Je vais dans leur sens hein évidemment. On ne peut pas donner une pilule à quelqu'un qui n'en veut pas hein. On propose autre chose. Après j'ai des femmes qui ne supportent rien, qui ne veulent pas le stérilet, au bout d'un moment on a pas de solutions. Ça arrive mais c'est rare les femmes qui ne supportent pas la pilule et qui ne veulent pas le stérilet. La principale raison c'est les effets sur leur corps, les effets secondaires. Et il y en a aussi qui disent : je ne veux plus d'hormones. Ah ben tiens j'en ai eu une-là qui est tombée enceinte la du coup qui ne voulait pas de pilule parce que elle voulait faire une pause hormone voilà. Et du coup elle est tombée enceinte. Donc j'ai ah ben voilà peut-être que la prochaine fois faudra réfléchir à venir m'en parler ! Bon après je crois que c'était pas un problème pour elle de tomber enceinte, ça l'embêtait pas plus que ça.

Et du coup votre prise en charge quand elles ne veulent pas d'hormones ?

Alors si elles ont la question de dire qu'est-ce que je peux prendre d'autre, ben je propose , soit je propose en restant sur les hormones en disant qu'il y a plus léger, par exemple l'anneau vaginal c'est moins dosé, ça peut peut-être leur aller si elles ont des effets secondaires qui les

gêne, donc on peut essayer ça. En général, elles ne sont pas trop chaude pour les anneaux. Après il y a le stérilet au cuivre. Voilà, parfois il y en a qui sont partantes et d'autres qui ne sont pas prêtes et qui ne veulent pas. Et voilà après on est coincé, après c'est le préservatif, euh voilà c'est tout. Après je parle du préservatif féminin, du diaphragme, tout ça j'évoque les choses mais euh. En fait c'est pas pratiqué. Enfin j'ai eu une femme qui avait un diaphragme un jour. C'était une infirmière qui était bien au courant de tous les moyens de contraception possible. Mais voilà c'est pas du tout répandu. Et puis ça ne les intéresse pas quoi. Quand on leur en parle, elles ne disent pas : Ah bon ou est ce qu'on peut s'en procurer ? Comment ça se passe ? et comment ça se met ?

Et elles n'évoquent pas les méthodes naturelles ?

Alors prendre la température tout ça ? Alors ça je leur déconseille de faire ça. Là j'ai plutôt un discours négatif sur ça parce que on sait que quand la température elle augmente, ben l'ovulation elle a déjà eu lieu et que donc elles peuvent avoir un rapport au moment de l'ovulation justement. Donc c'est pas un bon moyen de contraception. Pour moi hein, mais je pense que c'est reconnu comme ça.

Et par ailleurs quels risques ou effets secondaires voyez-vous à la pilule, ou du moins que vous rapportent vos patientes ?

Des effets secondaires ?? Mais il y en a tellement ! Euh, alors euh, il y en a plein hein !

Alors le premier, celui qui me vient euh, trouble du rythme des règles, des spottings, ou des règles trop abondantes tout le temps, euh les mycoses, les troubles de la libido, les problèmes de cheveux, sécheresse, trouble de l'humeur, les boutons , l'acné, l'irritabilité ou la déprime, les maux de tête, mal au ventre, les seins qui font mal, enfin il y en a plein ! Voilà en gros.

La prise de poids ce n'est pas le premier qui vient. Voilà, c'est les règles qui ne viennent pas comme prévu. Alors pour contraception hormonale on parle hein.

Et ces effets secondaires lors de la prescription vous les mettez en avant ?

Ben si elles ont déjà eu une pilule et qu'elles ont eu un effet secondaire, j'essaye d'en donner une qui va pallier cet effet là. Le dosage. Par exemple si c'est une femme qui a un spotting je vais lui mettre un œstrogène plus fort. Euh une qui a mal au ventre, des troubles digestifs je vais baisser l'œstrogène. Celle qui a mal à la tête, on va passer sur une progestative uniquement. Et après en général je donne une échéance de 3 mois et puis on revoit si ça va mieux, ou si ça va toujours pas. Et puis je commence toujours par une pilule de deuxième génération avant de donner une troisième génération si c'est pour un problème d'acné ou de truc comme ça. Voilà, mais je donne quasiment toujours des 2ème générations.

Plus généralement avez-vous connaissance des motifs de refus des patientes des contraceptions hormonales ?

Alors ben le refus c'est parce qu'elles ne le supportent pas bien ! Soit elles ne le supportent pas bien, soit elles refusent toute contraception. Il y en a qui veulent rien ! Soit elles ne veulent pas d'hormones pour des raisons enfin de valeurs, ce qu'elles veulent pour leur santé, elles ne veulent pas être sous hormones. Par principe car elles ont l'impression que c'est mauvais pour la santé. Ou alors elles ont des antécédents qui contre indique les hormones mais ça c'est plutôt le médecin qui le leur dit. C'est pas elles qui disent : j'ai ça donc je ne veux pas d'hormones. Elles ne le savent pas.

Oui c'est ça en général elles ne sont pas au courant des contre-indications

Non ce n'est pas pour les contre-indications qu'elles ne veulent pas d'hormones. C'est pour des raisons de connaissance qu'elles ont et qu'elles ne veulent pas être soumises par peur du cancer surtout, le cancer du sein et puis parce qu'elles ne supportent pas les hormones c'est physique. Voilà. Je ne vois pas d'autres raisons.

Et vous, vous en pensez quoi de ce refus ? Quelle est votre réaction ?

En général je vais dans le sens de la patiente, je ne promeus pas spécialement la pilule hormonale, si une femme veut un stérilet au cuivre je suis favorable. J'essaie d'aller dans le

sens de la femme. La contraception c'est une demande de la patiente, de la femme. Elle n'est jamais imposée par le médecin. Sauf le traitement pour l'acné : le curacné. La c'est obligatoire donc c'est moi qui propose mais je n'ai jamais eu quelqu'un qui refuse la contraception pour ce motif la. Les filles elles ne sont pas dans la provocation, dans l'opposition, et elles ont compris que c'était pour leur bien. Et en plus la pilule ça joue aussi sur l'acné elles sont plutôt favorables à prendre tout ce qu'il faut.

Une fois j'ai eu une femme qui ne voulait pas prendre la pilule et qui avait un traitement pour l'acné et qui ne voulait pas de pilule parce qu'elle n'avait pas de rapport, elle n'avait pas de copain. Pour elle c'était sûr qu'elle ne risquait pas de tomber enceinte. Alors moi j'ai dit c'est à vos risques, enfin j'ai expliqué que si elle avait un rapport malgré tout ben c'était risqué pour le bébé, que c'était foeto toxique. Enfin elle le savait déjà. Elle avait bien compris, elle ne tenait pas à prendre une pilule en plus. Donc moi je lui prescrivais quand même. Je lui disais moi je vous la prescrit. Voilà. Après elle me disait qu'elle la prenait pas ben c'était entre nous , mais moi au niveau médico légal… Je montre que j'ai bien prescris la pilule parce que sinon.. Après, libre à elle de ne pas la prendre après une information claire. Mais bon elle connaissait bien les risques mais elle n'avait pas de rapport. Elle était tranquille avec elle-même.

Et donc vous au niveau de la prise en charge des patientes qui ne souhaitent pas de contraception hormonale, est ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer leur prise en charge ? Du moins optimiser leur prise en charge ? Optimiser leur information ?

Par exemple les nullipares qui ne veulent pas de pilule, et bien les stérilets au cuivre pour les nullipares, moi je suis pas super formée pour les noms des stérilets déjà et euh je suis pas sûre que tous gynécos pratiquent la pose de stérilet aux femmes qui n'ont pas eu d'accouchement. Donc quels sont les gynécologues qui font ça, quels sont les stérilets adaptés pour ça ? Donc voilà les jeune filles qui ne veulent pas d'hormones j'ai un manque d'information de mon côté. Pour les guider. Pareil pour les autres moyens de contraception avec les préservatifs et tout ça, bon il existe des préservatifs remboursés pour les garçons. Mais tous les moyens de contraception pour les filles et les diaphragmes et tout ça ce n'est pas promu par les pharmacies, enfin on ne voit pas de pub. Voilà peut-être avoir des brochures dans ma salle d'attente avec plus de détails sur les types de contraception. Bon ça ça existe j'imagine.

Oui, ce sont surtout les pilules qui sont mises en avant.

Oui parce que c'est remboursé ! parce que j'imagine que les préservatif féminin ou les diaphragmes c'est pas remboursé, les spermicides c'est en vente libre.

Et est-ce que généralement vous sentez que les femmes sont bien informées sur la contraception ?

Elles ont certaines informations, ça dépend de leur âge. Mais les ados ont quand même des cours sur ça. Et entre mères et filles et copines elles ont quand même des notions. Il y a une éducation quand même sur la sexualité, sur la contraception, sur les grossesses et sur comment on risque de tomber enceinte. Il y a pas de filles qui découvrent comment on peut tomber enceinte.

Oui, enfin plutôt sur les effets secondaires je voulais dire.

Quand je prescris une contraception je ne déballe pas tous les effets secondaires possibles. Je ne mets pas en avant. Non on dit : on se revoit dans 3 mois si ça va bien, si vous le supportez bien. Sous-entendu : vous pouvez avoir des effets secondaires. Après je ne détaille pas les effets secondaires sinon on risque d'induire un effet secondaire chez quelqu'un d'anxieux. Et je demande au retour : alors ça va, vous l'avez bien supporté? Si il y a un truc à dire, elle va le dire hein. Non je ne mets pas en avant les effets secondaires, je n'en parle pas. Je dis juste, on verra si vous l'avez bien supporté. En disant que c'est un médicament, que parfois un médicament on le supporte pas bien. Mais on ne part pas sur une prescription en parlant des effets négatifs. Après si ça ne va pas bien c'est là qu'on en parle. Ça me donne ci, ça me donne ça. Est-ce qu'on attend encore ? Alors après les femmes elles sont assez, euh elles savent que ça va pas se passer comme

une lettre à la poste. Que ça ne va pas être parfait. Elles partent du principe que ça va être galère. Ne serait-ce que les règles, toutes les femmes elles subissent ça. Elles ont l'habitude que ce soit pénible tous ces trucs féminins. Donc la pilule ça fait partie de ça. Elles ne sont plutot pas outrées des effets secondaires. Comme quelqu'un qui prenait un effet sur la tension et qui trouverait que ça ne lui va pas. Il y a quand même une acceptation de l'effet secondaire. Des petits troubles, des petits maux. Enfin elles subissent quoi : j'attends un peu, j'attends un peu. C'est vraiment au bout de trois mois qu'elles disent : bon là c'est plus possible. Elles sont plutôt conciliantes.

Numéro 6

J'ai 32 ans et ça fait depuis 1 an que j'exerce en France, et en Espagne j'ai exercé un an de plus donc au total 2 ans. Et par rapport aux consultations, oui je fais de la gynécologie, surtout des frottis et comme population j'ai des jeunes qui demandent pour une contraception mais c'est vrai que je n'ai pas une grande quantité de patientes qui viennent pour cela. La plupart que je vois elles ont déjà une pilule qu'elles prennent et je n'ai pas trop de consultations qui me demandent qu'est ce que je peux prendre etc. Voilà

Une formation en gynécologie?

Une formation alors oui quand j'étais interne j'ai fait 2 mois de stage en gynécologie et une fois que j'ai commencé à faire des remplacements, j'ai fait une petite formation il y a 1 an et demi à peu près sur contraception, et ça a duré une demi-journée cette formation et c'était en Espagne.

Quand je vous dis contraception qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Eh bien ; femme qui ne veut pas tomber enceinte et elle est dans un couple et ne pas tomber enceinte. Après je sais que c'est aussi que si elle a des cycles par très réguliers et qu'elle a le syndrome des ovaires poly kystiques ou tout ça aussi on l'utilise. Mais la première chose qui me vient à l'esprit c'est : femme jeune qui est dans un couple et qui ne veut pas tomber enceinte.

Quelle est ton expérience de la contraception ?

Alors comme je te disais tout à l'heure, la plupart des femmes que j'ai vu en France et en Espagne, la plupart elles avaient déjà une contraception. Donc un autre médecin lui avait prescrit ou son gynécologue. Donc je fais un renouvellement et voilà. Je demande si tout se passe bien et je fais le renouvellement. Et de nouvelles femmes qui sont venues j'en ai pas eu beaucoup.

Comment se passe une de tes consultations typique de contraception ?

Alors pour les consultations je demande si elles ont déjà pris dans le passé une contraception, et je demande si elles savent tous les différents types de contraception qu'il y a parce que la plupart elles pensent qu'il y a que la pilule ou elles ont pas toujours trop de notion et donc j'explique qu'il y a aussi l'implanon, le patch, et qu'il y a l'anneau. Et puis j'explique que c'est en fonction de ce qu'elle veut, que c'est elle qui doit choisir ce qu'elle pense que ça va être le mieux parce que si elle va oublier tous les 2/ 3 jours de prendre sa pilule, c'est sûr que ce n'est pas la meilleure contraception pour elle. Après je demande si il y pas des antécédents particuliers, si elle fume et je parle aussi que c'est un moyen de pas tomber enceinte et d'avoir des règles régulières mais que bien sûr il faut si elle jeune et qu'elle a pas un couple il faut qu'elle se protège avec un préservatif parce que il y certaines jeunes qui pensent que c'est valable pour tout.

Et moi je ne fais pas l'implanon et donc mes collègues le font.

Et donc tu trouves qu'elles connaissent que la pilule ?

Surtout la pilule, ou elles ont parlé avec des copines ou avec la famille de l'implanon, voilà mais le patch non pas trop, l'anneau non plus elles ne savent pas trop. Après aussi elles ont peur qu'elles vont grossir ou je sais pas quoi, je leur dis, j'explique que non elles vont pas grossir et si elles grossissent c'est qu'elles mangent trop et qu'elles ne font pas de sport.

Elles ont surtout le poids comme crainte ?

Le poids, le poids et aussi le moral si les hormones, tu vois s' il va y avoir des altérations de l'humeur. Mais surtout c'est la prise de poids.

Et toi du coup tu réponds quoi ?

Ben j'explique que non ça c'était avec les pilules d'avant. Et j'essaye de les rassurer. Que c'est pas parce qu'elles vont prendre ça qu'elles vont prendre 30 kg.

Toi tu évoques d'autres effets secondaires ?

C'est vrai que j'en évoque pas d'autres. La quand j'y pense je me dis que je pourrai en évoquer d'autres mais je n'évoque pas d'autres effets secondaires. Après oui je parle du spotting et que les premiers cycles elles peuvent avoir des spottings entre les cycles, que c'est normal et que après le 3ème ou 4ème cycle ça disparait. Au niveau du tabac, je demande si elles fument et si elles fument bien sur je leur conseille d'arrêter de fumer et puis parce que du coup comme il y a un risque un peu plus élevé si elles fument et qu'elles prennent les oestro progestatifs ben j'évoque ça aussi.

Tu vois comme quoi comme risque ou effets secondaires aux hormones ?

Ben surtout ce que je vois c'est le risque plus élevé de faire des thromboses veineuses, quoi d'autre euh

Et au niveau des effets secondaires ?

Euh les effets secondaires.

Ou du moins est- ce qu'il y en a qui en rapportent ? Sans parler de leur crainte, au niveau du renouvellement est ce qu'il y en a qui te rapportent des effets secondaires ?

Euh le spotting et après le mal de tête, les migraines tout ça ou altération de son euh, si elles sont plus tristes ou je sais pas quoi. Et d'autres altérations... Après sincèrement je n'ai pas eu grand monde qui venait me parler de cela. La plupart que j'ai vu elles sont sous contraception, ça fait plusieurs années qu'elles le prennent, elles sont habituées.

Et est-ce que tu as déjà eu le cas où des femmes venaient te parler d'effets secondaires et toi tu devais la prendre en charge ?

Hum non pas trop.

Est-ce que tu aurais eu le cas d'une patiente qui ne souhaiterait pas ou plus d'hormones?

Oui j'en ai une et en plus elle avait des antécédents de cancer dans sa famille, de sein je crois.

Et elle disait qu'elle avait peur de prendre des hormones et qu'est-ce que je pensais comme contraception et voilà.

Et du coup toi comment tu l'avais prise en charge ?

Alors ce que j'avais dit que les oestro progestatifs qu'il fallait éviter et que du coup elle pouvait prendre les contraceptions micro progestatives.

Et finalement elle avait pris la contraception que tu lui avais proposée ?

Oui enfin non enfin elle avait pris l'implanon.

Tu as eu d'autres cas ?

Non, après je te dis que j'ai eu très peu, c'est pas très représentatif peut être.

As-tu des idées d'amélioration de prise en charge de ces patientes?

Et bien peut être ce que je pourrai faire, ce que je pourrai avoir parce que sinon la contraception peut être très longue c'est avoir comme un papier préparé et moi j'explique plus ou moins et après elles peuvent le lire plus tranquillement parce que parfois on donne beaucoup d'informations et les patientes qui sortent de consultations elles ne savent plus de quoi on a parlé. Donc je me dis que si en plus je donnais un papier, que je n'ai pas, peut être que je devrai le faire et avec tous les différents types de contraception.

Après ce que je vois c'est que en France vous prescrivez plus de bilans sanguins pour prescrire une contraception et en Espagne moins, on prescrit et voilà.

Tu veux dire qu'on prescrit plus facilement en Espagne, on pose moins de questions ?

Après peut être que c'est parce que en Espagne c'est 6 minutes par consultations et en France le fait que ce soit 15 minutes par consultations ou plus, tu as le temps de plus expliquer, de plus examiner tout ça. En Espagne tu ne prends pas la tension donc voilà. Donc en fait la prise de tension c'est pris par les infirmières parce que en Espagne on travaille avec des infirmières qui avant prennent la tension, le poids tout ça.

Et du coup tu as l'impression qu'en Espagne les patientes ont plus de plaintes ?

Hum non

Numéro 7

Dans mon activité je n'ai pas spécialement une activité orientée gynéco d'ailleurs ça fait longtemps que j'ai pas fait de gynéco au sens de frottis mais par contre au centre de dépistage on fait beaucoup de consultation de sexologie du coup ou de la contraception ou des infections sexuellement transmissibles, ça on en fait pas mal. Moi ça fait du coup 2017, ça fait 3 ans que je suis installé et j'ai pas de formation particulière en gynéco enfin si on a fait une formation, on a eu 2 jours de formation avec le CEGIDD et c'était plutôt on va dire gynéco pratique de médecine générale donc euh avec déjà la formation moi c'était proche de ma sortie d'internat donc j'ai pas non plus appris des milliards des trucs. Je pense que pour mes collègues, c'était pas mal, puis il y avait les infirmiers, c'était pas très.. c'était pas un DU. Voilà pas un truc validant.

C'était plutôt orienté contraception du coup ?

Ben en fait on avait tout, on avait les vaginoses, les stérilets… Donc oui c'était contraception mais tu vois on a refait un cours sur les classifications TNM du cancer du sein, y'a eu plein de trucs donc c'était vraiment gynéco mais en 2 jours bon c'était concis et avec les infirmiers donc c'était orienté voilà je sais pas pourquoi on a fait ça mais c'était bien

Quand je vous dis contraception qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Ben la pilule (rires) du coup, ouai la pilule, le préservatif, après euh voilà c'est ce qui me vient à l'esprit, voilà je sais pas si faut dire plus. Voilà c'est ce qui me vient une contraception masculine et une contraception féminine c'est un peu l'idée d'en avoir une de chaque.

Quelle est ton expérience de la contraception ?

Ben du coup si on parle sur les contraceptions pilule et préservatif, mon expérience est plutôt quotidienne, on va dire que j'ai pas de mal à initier une prescription de pilule ou même de prescrire un préservatif du coup chez les jeunes. La pilule, du coup je pense que je peux plus ou moins adapter en fonction des profils oestrogéniques, progestatifs, etc, essayer de voir avec les patientes. Déjà sur une primo prescription d'orienter un peu. Ah oui et l'implant aussi je pose l'implant et je retire les implants. Après ce qui est stérilet, méthodes naturelles, déjà stérilet je ne pose pas et le reste je suis pas du tout formé quoi sur les méthodes naturelles.

Alors tu veux dire tu n'es pas contre mais tu n'es pas formé ?

Oui voilà je saurai mal conseiller, j'ai les données scientifiques mais de là à donner de vrai conseils c'est compliqué

En données scientifiques c'est quoi que tu as ?

Alors a priori lors de cette formation là ils disaient à peu près 40% d'efficacité, sachant que objectivement il y a un peu plus d'efficacité parce que les couples qui pratiquent ça ils sont plutôt flippés enfin je veux dire ils font quand même attention je pense donc probablement un peu plus que 40% sinon il y aurait beaucoup plus d'IVG, de grossesses non désirées. Mais c'était oui 40% donc euh nous avec notre casquette scientifique on a du mal à s'orienter dessus, à le conseiller.

Pourrais-tu me raconter comment se passent des consultations typiques de consultation, de prescription de contraception initiation ou renouvellement ?

Ben soit c'est la patiente qui demande, genre c'est son motif de consultation, soit finalement

c'est dans des consultations genre chez des jeunes ou petit à petit elles viennent pour autre chose et tu parles de ça par hasard et tu finis par la prescrire quoi. Et après les renouvellements c'est par très intéressant. Après sur une première prescription on va chercher les contre-indications, et surtout la motivation parce que la pilule, y'a des jeunes elles disent texto moi je veux l'implant, je sais que vous posez l'implant, je veux pas la pilule parce que je sais que je vais l'oublier, direct elles te disent ça. Elles ne veulent pas quelque chose qu'elles peuvent oublier.

A l'inverse il y a en a ou c'est toi qui peux leur mettre le doute. Dans les questions tu vas leur faire comprendre qu'il va falloir qu'elles prennent le comprimé de façon régulière. Et elles vont se dire en fait c'est peut-être pas fait pour moi, elles vont se rendre compte qu'il y a des contraintes. Finalement tu les orientes vers une gynéco, une sage-femme si jamais elles ont envie de poser un stérilet. Après on prescrit une prise de sang, moi je propose à chaque fois les dépistages de maladies sexuelles, on discute aussi des pratiques. Sachant, c'est pareil que la contraception ça peut être prescrit pour l'acné ou autre chose enfin c'est pas toujours euh on est surpris. Moi je suis très orienté sexualité mais il y a des jeunes filles qui viennent juste parce qu' elles en ont marre, elles ont des règles douloureuses, elles ont de l'acné, elles ont entendu que la copine fin voilà il y avait d'autres raisons.

Et du coup plus généralement , tu demandes les contre-indication, prise de risque, sexualité, et après en terme d'information

Ben après du coup j'essaye de faire, ben en gros si elle fume tu vas essayer de faire voilà, de faire un point sur la consommation de tabac, si elles sont un peu grosses, ben voilà tu vas parler aussi du surpoids. Après moi j'ai une copine qui a fait sa thèse sur la connaissance des délais tu sais si tu peux prendre la pilule ou pas, les délais d'oubli voilà. Alors moi ça m'a fait un peu influencé en disant ben voilà cette pilule-là vous n'avez pas de délai, peu de délai. A quel moment est le risque, que si c'est en début de plaquette faut qu'elles fassent gaffe. Après ça fait beaucoup d'info et voilà j'essaye de dire tout, objectivement je parle beaucoup mais qu'est-ce qu'elles retiennent. Et puis oui parfois tu sens que tu parles pour rien, elles viennent juste pour règles douloureuses et toi tu essayes de dire oui mais en même temps ça vous protège pas des IST donc protégez-vous faites des tests, y'a plein de chose à dire mais tu sens qu'elles ne sont pas réceptive, elles viennent pour règles douloureuses.

Et t'as l'impression qu'elles sont informées ? Enfin si tu leur parles du tabac ou autre

Moi j'ai l'impression qu'elles ne tiltent pas trop, même sur les différents moyens de contraception, je te dis moi j'ai, moi je pense que c'est pas bien parce qu'on n'est pas là pour mettre de l'anxiété chez les gens mais moi mon rôle c'est quand même d'informer les gens du coup de leur dire qu'il y a pas que la pilule. Les filles, elles viennent chercher la pilule. Du coup de leur dire ben ouai y'a d'autre moyens, et la contrainte de la prise, les effets indésirables, et presque étudier la motivation quoi. Est-ce qu'elles ont un partenaire stable ou pas, est ce qu'elles ont prévu de voyager, même de voyager en France. Tu vois si elles sont étudiantes, moi j'en ai qui sont étudiantes à Lyon ou je sais pas où, tu sais qu'il y a les risques d'oubli … Mais il faut faire en fonction de la demande des patients. Typiquement tu vois je pense que j'en dis trop (rires). Tu viens pour un cachet et ça devient compliqué quoi, tu compliques le truc, mais moi je pense que c'est une bonne chose, c'est pas pour dédramatiser enfin redramatiser la pilule mais de savoir un peu pourquoi on le fait, qu'est-ce que ça implique, enfin voilà.

Et t'as l'impression de mentionner les effets secondaires ? tu as parlé du poids tout à l'heure, elles ont parfois peur parfois de certains trucs ?

Ben ça fait partie, enfin moi je pense les deux craintes principales : la première c'est d'oublier, elles veulent toutes avoir à peu près enfin quand tu leur en parles elles tiltent : ah ben oui, je pense que ça les fait vraiment flipper et le truc c'est la prise de poids : non je ne veux pas d'hormone parce que je vais prendre du poids.

Mais c'est plutôt enfin moi dans mes consult c'est plutôt des filles qui étaient un peu en surpoids, qui voulaient la pilule, enfin moi je contre indique pas la pilule pour prise de poids enfin à mon sens ça n'en ai pas une mais euh

ou tu dis qu'il y a d'autres facteurs de risque, ou il va falloir faire des prises de sang, surveiller le cholestérols, le diabète, enfin que ça peut augmenter le risque cardio vasculaire, enfin tu dis pas ça comme ça mais tu poses quand même le suivi des facteurs cardio vasculaires liés au poids, puis tu vas pas en profiter pour faire une consult de nutrition, ça fait trop après (rires).

Quels risques ou effets secondaires y voyez-vous ou du moins quels effets secondaires vous rapportent les patientes ?

Les saignements, avec les progestatifs, les spottings, les filles elles aiment pas tellement les saignements irréguliers ou alors elles vont pas avoir leur règles mais bon ça c'est spécifique de certaines pilules

Et après les effets indésirables moi j'ai jamais eu vraiment d'effets indésirables rapportés, voilà c'est plus le truc sur les progestatifs et la contrainte de la prise, les filles vont dire ben finalement quand tu creuses elles vont toutes dire qu'elles l'ont oublié. Après voilà dans un délai plus ou moins important tu refais un point mais c'est pas , enfin je me mets à leur place d'ailleurs c'est pas toujours évident de prendre un truc tout le temps, d'autant plus qu'il faut attendre une semaine, enfin bon y'a des contraintes, enfin d'autant plus que t'es jeune, tu fais la fête tu bois, tu dors pas chez toi enfin voilà c'est pas toujours évident

Peux-tu te souvenir d'une patiente qui aurait refusé une contraception hormonale ou du moins qui aurait manifesté qu'elle ne souhaitait pas d'hormones ?

Au centre de dépistage on a quand même des populations précaires et dans les populations précaires on a aussi des populations alter enfin je sais pas comment on pourrait dire, un peu marginales, et du coup dans ces populations là il y a beaucoup de gens enfin pas mal de filles elles sont un peu à la rue ou tu sais pas comment elles vivent elles ne veulent pas du tout avoir d'hormones, donc on en a pas mal, sachant qu'en plus on peut prescrire des pilules au centre et qu'on travaille avec le planning familial si il faut poser un stérilet ou quoi on peut les orienter facilement. Donc oui ça en fait partie il y en a pas mal qui refusent ou qui disent moi j'en veux pas.

Et du coup en général, elles ont des raisons ? Elles disent quoi ?

Elles ne veulent pas qu'il y ai quelque chose qui les détraque, elles pensent que les hormones artificielles, ça va détraquer leur cycle, ça va détraquer leur corps, elles disent moi je ne veux pas d'hormone pour ça. Et après elles disent plus ou moins mais il y a aussi le risque de cancer qui n'est pas dit comme ça parce qu'elles sont jeunes donc elles se disent moins je vais avoir un cancer mais elles ont peur des maladies, des complications, des trucs, enfin ça c'est mon interprétation, elles ont peur d'avoir des cancers avec les hormones

Et toi du coup tu leur réponds quoi quand elles te disent ça ?

Enfin moi personnellement j'en pense rien, j'essaye de travailler sur ce qui leur fait peur pour effectivement valider ou pas parce que parfois il y a des craintes qui ne sont pas justifiées. Après parfois tu vois sur les filles qui ont des conditions précaires la crainte de l'oubli elle est justifiée parce que tu vois tu sais pas trop tu es un peu baroudeuse.

Si c'est quelqu'un qui est juste proche de la nature tu vois des convictions écologiques, tu peux dire ben voilà il faut juste mettre un réveil donc tu travailles là dessus, c'est un mauvais argument. Après l'argument je ne veux pas d'hormones parce que j'ai peur pour ma santé heu ben du coup on donne d'autre solutions.

Bon aussi moi premier truc, j'esssaye de savoir ce qu'elles savent, travailler sur les peurs, est ce qu'elles ont des peur inconscientes si un jour une mère ou une tante a dit, un truc qui est plus ou moins vrai ou plus ou moins faux , il faut vraiment revenir, enfin nous on est des scientifiques, dire ben non ça c'est pas vrai ou dire oui ça peut faire ça la pilule, oui vous avez raison ça peut être inquiétant.

Et ce que tu disais les effets sur le corps, les raisons écologiques tu en penses quoi ?

Moi je pense que la vie c'est toujours un équilibre si tu veux, c'est comme ça que je leur dis, je leur montre mes mains et je dis choisir

c’est renoncer donc en gros il y a un risque de grossesse, le risque de grossesse il est, d’ailleurs on dit risque de grossesse c’est affreux de dire risque de grossesse. Enfin la phrase elle est déjà bizarre en soit. Mais en gros vous avez la possibilité de tomber enceinte, enfin dans la cas classique avec un partenaire stable quoi, après objectivement si les patientes elles ont pas de partenaire stable et que en plus elles ont des problèmes avec le préservatif parce qu’elles ont pas d’argent ou quoi , on va quand même insister sur la contraception même si on va pas au delà de leur valeur car pour le coup il y a quand même , pour le coup on peut dire risque de grossesse car elles vont avoir une grossesse qu’elles ont pas désiré, avec quelqu’un qu’elles ne connaissent pas. Et ça à mon sens c’est plus chiant. Et si c’est un couple stable, tu dis : vous risquez de tomber enceinte, est- ce que aujourd’hui c’est un risque important, pas important. Et objectivement parfois elles te disent je suis prête à prendre ce risque. Donc quand c’est clair pour elles, tu rediscute plus ben ce qu’elles ont comme démarche, est ce qu’elles savent quand est leur cycle, j’en sais rien, est- ce qu’il y a éjaculation intérieure, est-ce qu’ils font le coït interrompu, enfin ce jour de trucs. Ou soit vraiment le risque ben c’est mort elle veut pas avoir d’enfant et du coup il y a bien une contraception qui leur correspond. Mais pour moi les méthodes naturelles c’est pas une contraception puisque dans ma tête c’est 40% d’efficacité donc tu peux pas leur dire : ça ça marche. Alors tu peux leur dire : bon pour le moment ça marche, parce que vous faites gaffe mais à un moment ça risque d’être compliqué quoi. Et sachant qu' après pour les filles dont je te parlais quand je sens que la situation elle est un peu cheloue tu vois, que les filles, il y a vraiment un gros risque de grossesse, tu les remets en situation. Ben voila tu leur dis il vous arrive d’avoir des situations ou vous avez des rapports vous êtes bourrée, vous avez pris des produits, etc, comment vous faites, est- ce que vous avez accès à la pilule du lendemain, oui non , tu leur explique quand même que la pilule du lendemain c’est des hormones c’est des fortes doses, pareil l’un dans l’autre tu refais la balance, tu veux prendre un tas d’hormone de temps en temps ou une hormone au long cours, etc ; etc, c’est assez compliqué(bâillement).

Et pareil pour les personnes que tu reçois en couple, c’est aussi l’histoire de la soirée bourrés machin enfin tu vois finalement : " on se rappelle plus, d’habitude on fait le coït interrompu mais la tout d’un coup on était bourré, il a jouit il a pas joui enfin on sait plus. Moi c’est j’essaye de pas leur faire peur parce que c’est pas ce que je veux mais j’essaye de les mettre en situation : ça ça vous ai arrivé, ça peut vous arriver, comment vous faites, comment vous pouvez être sûr qu’il a jouit, qu’il a pas jouit, de leur faire prendre conscience que c’est un peu insécurisant tout ça. Finalement soit elles ont une capote, elles peuvent très bien avoir une capote le soir, enfin d’adapter, qu’elles aient les outils pour pouvoir adapter à chaque fois leur contraception, d’autant plus si il y a pas de contraception en fait.

Oui donc toi tu insistes sur le fait que dans tout il y a du pour et du contre ?

Parce que je crois que les gens ils oublient ça tu vois, c’est comme dans plein de trucs tu vois les gens ils oublient ça, le bio ou tu vois j’en sais rien, il y a des choses qui sont très bien et en même temps il faut nourrir la planète. Il faut réussir à faire les deux ou en tout cas réussir à faire au mieux. Okay elle a pas envie d’hormone mais en même temps ton copain vous avez des rapports tous les jours, tous les deux jours, vous êtes jeunes, vous êtes fertiles, ça aussi je leur dis, si il y a un risque lié à la fertilité c’est aujourd’hui c’est pas dans 10 ans, donc heu, comment on peut faire pour trouver un équilibre. Et franchement le coït interrompu ou parfois le préservatif ou valoriser le préservatif féminin pour celles qui connaissent pas enfin tu vois, il y a de quoi faire pour euh mais après je te dis, à l’inverse j’ai déjà eu pas mal de couple qui avaient 40 ans même des fois plus, cet âge-là, deux trois mois qu’ils sont ensemble, ils veulent arrêter la capote, mais ils sont tous les deux d’accord pour faire un truc comment dire, pas plus écolo mais plus naturel et en fait l’un et l’autre avaient déjà eu des expériences auparavant et il y a avait pas eu de grossesse, etc, ils sont quand même bien renseignés tu vois. Si elles savent calculer leur cycle, quand elles sont fertiles, des fois elles font attention si elles ont des tensions dans les seins, des machins, des syndromes pré menstruel enfin tu vois, elles sont attentives à leur corps, les mecs ils savent très bien se retenir, ils ont 40 ans ils ont pas 15 ans, c’est pas les mêmes consults moi je trouve. Avec des gens qui ont parfois des

enfants, qui ont une autre expérience et qui ont eu surement d'autres pratiques sexuelles que de la pénétration. Je me dis quand tu es jeune j'en sais rien mais …

Et du coup plus généralement tu en penses quoi de ce refus d'hormone ?

Au tout début forcément tu te sens, enfin je sais pas on essaye de te couper un peu les couilles quoi, c'est-à-dire que toi c'est ton, ton instrument viril c'est la prescription, tu es médecin, donc ce que tu veux : tu veux prescrire, tu prescris, tu prescris, tu veux prescrire. Les gens ils te disent : ce que tu me prescris ça me va pas, j'ai pas besoin de toi. Donc ça te remet un peu en question tu vois dans ton rôle de patriarche donc forcément c'est agaçant au début, enfin je veux dire sur les premières consults et après petit à petit, enfin parce que ça fait un moment maintenant que j'en fais des consultations, tu te rends compte que les hormones ben même trinordiol la celles qui étaient sorties, elles étaient trop dosées, il y avait énormément d'effets indésirables, juste ça libérait les femmes donc tu vois, c'était super. Parce que des fois on dit ça : les femmes elles sont un peu chiantes elles veulent plus : on les a libérées et maintenant elles veulent revenir en arrière. En même temps les dosages ils étaient pas bon, juste c'était pas le même contexte, les filles elles avaient rien d'autre que ça. Aujourd'hui on a plein d'autres possibilités, je veux dire c'est comme euh, c'est comme les vêtements : tu peux avoir la contraception qui te va donc autant trouver la contraception qui te va. Si elles ce qu'elles veulent c'est ça autant les, tu vois les accompagner, les guider, quitte à leur imprimer des schémas de cycles hormonaux pour les ovulations qu'elles se trompent pas, etc, etc, mais euh moi ce que j'en pense ce qui m'embête c'est me dire qu'elles prennent un risque pour elles. C'est ça des fois que je, tu vois je trouve que c'est agaçant, tout à l'heure on parlait des trucs feministes, c'est agaçant, parce qu' elles se rendent pas compte que le mec il va pas les suivre au centre d'IVG, quand t'es toute seule avec ta grossesse, t'es toute seule avec ta grossesse. Ca j'ai l'impression qu'elles oublient. Enfin elles ont le mec parfait, elles sont amoureuses, elles pensent que tout va bien se passer, moi je suis un peu fataliste et je trouve que ces filles parfois elles se retrouvent un peu comme des connes. Elles ont voulu croire, elles ont voulu faire confiance tu vois et c'est ça qui m'agace. C'est qu'elles pensent reprendre le pouvoir mais elles ne le reprennent pas. Elles pensent maîtriser mais elles ne maîtrisent pas. Elles voulaient faire quelque chose de naturel et elles se retrouvent à se mettre en danger.

Comment pourrait-on améliorer leur prise en charge à ces femmes qui ne veulent pas d'hormone ?

Moi je pense qu'il faut déviriliser la médecine. Descendre de notre piédestal de médecin patriarche, et qu'on accepte que les gens n'aient pas envie tu vois, déjà tu vois. Ce serait normal que les filles elles soient reçues et qu'elles soient pas la " olala c'est encore une chieuse qui veut pas sa pilule " enfin tu vois, déjà que le personnel soignant il ait pas cette attitude là et comment ca s'appelle et dans les planning familiaux les trucs comme ça. Et après je pense il faudrait trouver un format A4 que tu pourrais trouver facilement ou il pourraient expliquer les cycles, ça explique j'en sais rien ; la durée de vie d'un spermatozoïde par exemple aussi, ce genre de truc qui te dit quand vous avez eu un rapport effectivement pendant peut être 48 heures vous pouvez avoir encore du sperme en vous qui peut être contaminant, enfin pas contaminant mais … (rires) mais tu vois qui peut vous pouvez être fécondé ! Enfin tu vois c'est des choses simples, que des choses simples. Calculer un cycle et ça enfin tu je pense qu'il y a pas besoin de beaucoup d'infos. Mais je te dis tu vois rien que au centre d'IVG, la fille elle arrive elle dit qu'elle est tombée enceinte parce qu'elle avait des méthodes naturelles elle est mal reçue. Vraiment je pense qu'elle est mal reçue et ça ça veut dire que objectivement la fille déjà qu'elle se rend compte qu'elle est enceinte alors qu'elle savait qu'elle prenait des risques, bal elle se retrouve à dire bah ptêt que je vais pas y aller, gnagnagna, j'en parle à qui, on m'avait prévenu. Enfin je pense que ça peut ralentir l'accès à l'IVG ou aux soins quoi en général donc ça c'est… Déjà la base c'est ça quoi. Et peut-être en parler dans les cours, les cours de médecine, les cours d'interne, les cours de sage-femme, parce que les sages-femmes elles font beaucoup de contraception. Moi j'envoie beaucoup vers les sages-femmes pour les pauses de stérilet. Après nous, on a deux trois sages-femmes qui

sont là- dedans que je suis en patientes. Elles sont un peu euh, bibi yoyo, elles aiment bien quand il n'y a pas d'hormones, donc elles sont plutôt réceptives. Ça permet de savoir à qui orienter

Numéro 8

Exerce en semi rural depuis 2013, cabinet de groupe avec une patientèle plutôt âgée.

Et est-ce que tu avais fait des formations particulières de gynécologie ?

Durant mon cursus je n'ai pas fait de stage en gynécologie parce que je suis resté 6 mois en pédiatrie. J'avais fait 6 mois aux urgences en pédiatrie puis dans un service de pédiatrie au CHU. Comme c'était couplé avec la gynécologie, je n'ai pas fait de gynécologie. La seule gynécologie que j'ai faite c'est quand j'étais externe à Toulouse.

J'exerce depuis 2013 et j'ai passé ma thèse en 2011.

Quand je te dis contraception qu'est-ce que ça t'évoque ?

Pilule. Pour moi directement c'est la pilule oestro progestative. Voilà ce que je dirai en premier, c'est ça.

Quelle est ton expérience de la contraception ? Comment se passe une consultation de renouvellement ou une première prescription de contraception ?

Comme je disais j'ai une population plutôt âgée donc j'ai peu de personnes qui viennent pour des contraceptifs et souvent ce sont des renouvellements, des patientes qui ont déjà été vues chez des gynécologues ou plus rare des premières prescriptions de jeunes que j'ai suivies qui veulent commencer une contraception.

Pour les patientes que je ne connais pas ou pour une première contraception, bien sûr je fais tout l'interrogatoire pour rechercher une contre-indication qu'il peut y avoir aux contraceptions oestro progestatives avec les problèmes thrombo emboliques et de cancer. Pour les premières contraceptions aussi on parle des MST, de la nécessité d'avoir recours au préservatif, à des moyens mécaniques en plus de la contraception. Quand ce sont des renouvellements c'est vrai que même si je les ai pas vues on n'aborde pas ces sujets là des MST ou de préservatif. On voit plutôt les facteurs cardiovasculaires en prenant de l'âge, arrêter la pilule, changer la pilule oestro progestative pour une progestative si elle commence à être âgée ou même leur proposer des contraceptions autres non médicamenteuses, type implant, pas par prise per os, ou stérilet en fonction de l'âge, de leur consommation de cigarettes ou de leur antécédents. Lors d'une première consultation je demande un bilan biologique avec une glycémie, un profil lipidique. Et souvent je leur prescris la pilule que lorsque j'ai la prise de sang. Sinon les renouvellements de pilule je les fais pour un an avec contrôle une fois par an : tensionnel, examen général, bilan biologique.

Et en général quand tu fais l'interrogatoire, tu as l'impression qu'elles sont déjà bien informées sur la contraception ?

Euh oui j'ai l'impression qu'elles sont bien informées, elles connaissent aussi pour celles qui fument les risques, mais bon, elles préfèrent la facilité de continuer à fumer. Mais oui sur la contraception j'ai l'impression qu'elles sont au courant sur les différentes possibilités qu'il y a.

Est-ce que tu as eu dans ta patientèle un jour un cas d'une patiente qui ne veut pas de contraception hormonale ou qui n'en veut plus ?

Non je n'ai jamais eu ça, ce sont plutôt les femmes qui ne veulent pas l'arrêter, ou passer à autre chose mais le cas inverse je ne l'ai jamais eu.

Toi quand tu insistes pour l'arrêter c'est surtout le tabac tu disais ?

Ben le tabac, l'âge, les facteurs de risques cardiovasculaires ou les problèmes d'antécédents de cancer gynécologiques. Mais ce sont souvent les antécédents cardiovasculaires.

Quels risques ou effets secondaires vois-tu à la pilule ?

Prise de poids alors la plupart du temps c'est la prise de poids. Ensuite on peut avoir des spottings, et voilà principalement.

Alors pour moi les risques vont être cardio vasculaires principalement, parce que normalement on a fait l'interrogatoire et si il y avait des antécédents on ne les a pas prescrits. Donc c'est surtout ça pour les oestro progestatifs. Après il va y avoir le mésusage d'une pilule, avec une pilule qui ne sert à rien, ça ça arrive fréquemment, les patientes elles savent gérer leur pilule, qu'il ne faut pas l'oublier et si elles l'oublie, elles savent gérer.

Même si tu n'as pas eu le cas de patientes qui refuseraient ou ne souhaiteraient pas de contraception hormonale est ce que ça te parle, ou aurais tu connaissance des femmes qui ne souhaitent pas de contraception hormonale ou des motifs pour lesquels elles ne souhaiteraient plus de contraception hormonale ?

Après pour peut-être, par facilité parce que la contraception hormonale il faut la prendre tous les jours à heure à peu près fixe, donc des femmes qui en aurait marre de cette contraception, euh ou qui ont peur des risques et qui veulent demander à leur mari de eux, faire ce qui est possible. La plupart du temps ce sont des couples stables on va dire, et qui propose à l'homme de faire une vasectomie pour ne plus avoir à prendre d'hormone et ne plus avoir cet inconvénient de la prise médicamenteuse quotidienne.. Je ne vois que ça après euh, plus de liberté, plus de liberté parce qu'elle fume, par peur des risques cardiovasculaires chez la fumeuse.

Et toi tu n'en as jamais eu des femmes qui souhaitaient arrêter ?

Non je n'en ai jamais eu, non

Comment pourrait-on améliorer la prise en charge de ces femmes qui ne souhaitent pas d'hormones ?

Oui elles sont plutôt bien informées. Celles qui ne veulent pas d'hormones on peut toujours leur proposer autre chose. Si la patiente n'est pas compliante on arrivera à rien. Si elle ne veut pas d'hormone et qu'elle ne veut pas prendre de traitement hormonal per os, la compliance ne sera pas bonne donc on aura pas de bons résultats donc ça ne sert à rien de la forcer à prendre un traitement qu'elle ne veut pas.

Tu vas faire partie des personnes que j'interroge peu prescripteurs de pilules !

Oui j'en ai pas trop. J'en ai pas trop et ce sont surtout des personnes qui ont une contraception depuis longtemps

Oui du coup qui viennent pas trop se plaindre, enfin ça leur va bien

Oui parfois c'est surtout à l'initiation. Le problème c'est plutôt les jeunes qui commencent une pilule et qui ont des effets indésirables donc on la change et elles ont d'autres effets indésirables donc on rechange encore et donc ça peut être difficile de leur trouver une pilule qui leur convienne au début.

Et toi oui c'est surtout le poids et le spotting qu'elles évoquent ?

Le poids, le spotting, les douleurs mammaires, les douleurs abdos, acné.

Et dans ce cas la tu changes de pilule c'est ça ?

Oui je change de pilule.

Numéro 9

Quand je te dis contraception ou défiance envers les hormones qu'est-ce que ça t'évoque ?

Euh ben oui c'est un sujet d'actualité! Parce que bon en France on est bon pour être dans la défiance médicale que ce soit pour les vaccins ou d'autres trucs, donc oui c'est du quotidien.

Oui tu as l'impression que tu vois ça quotidiennement ?

Oui, ben oui bien sûr! Entre les jeunes filles. Alors il y en a qui sont en demande mais il y a d'autres qui ne veulent pas d'hormones oui! C'est plutôt pas les toutes jeunes. En général quand elles viennent elles ont une demande,

elles ont envie, euh c'est plutôt vers 30- 40 celles qui sont défiantes envers la médecine et tout ça.

Et les plus jeunes elles viennent te voir pour quoi alors ?

Ben genre pilule hein, soit pour bah pour l'acné hein, demande pour l'acné, ou demande pour la contraception ouai sisi. Il y a pas trop le " c'est mal les hormones, c'est souvent leur mère, ou alors c'est sa mère elle est boycottée par sa mère quoi. Tu vois que (rires) c'est plutôt ça. Tu vois moi je trouve c'est les mères quoi, c'est plus âgé. C'est pas les toutes jeunes, les moins de 30 ans j'ai pas l'impression. Même si elles fument tu vois, c'est quand même… J'en ai une là que j'ai vu, de 28 ans, qui prenait optimizette depuis toujours parce qu'elle fumait.

Est-ce que tu peux me parler d'une de tes consultations de prescription de pilule, soit de première prescription ou de renouvellement ?

Alors euh, je fais d'abord antécédents thromboemboliques, familiaux et personnels, tabac, euh, après antécédents type hypertension, voilà, de maladie qui vont poser soucis. Est- ce qu'elles ont déjà pris une contraception, si oui laquelle, grossesse pas grossesse, les enfants tout ça, frottis pas frottis, tout ça, les antécédents gynécologiques et familiaux. Et après la consultation gynéco bah si c'est vraiment très jeune je ne fais pas forcément d'examen gynéco hum sinon ça va être tension et examen gynéco avec frottis si euh elle a 25 ans. Et moins de 25 ans je vais faire un examen clinique si elle a déjà eu des rapports sexuels, si elle a pas eu de rapport sexuel et qu'elle n'a pas 18 ans je ne vais même pas lui faire un spéculum hein. Et après palpation mammaire oui après 20 ans, mais avant 20 ans, euh, on essaie quand même de pas trop les effaroucher. Donc voilà ça c'est l'examen. Et pour la prescription, bah tu vois ce qu'elle veut, en général elle pense pilule euh je propose, je l'informe qu'il y a des pilules, des anneaux, des patchs, des stérilets. Et après du coup je préconise généralement si il n'y a pas de problème plutôt la pilule pour un premier essai, pour voir un peu comment elle réagit vu qu'il y en a plein euh après sauf si il y a une demande particulière je ne propose pas l'implant direct. Euh les patchs j'évite parce que c'est des troisièmes générations, pareil pour les anneaux, c'est plutôt un renouvellement mais je ne vais pas instaurer ça d'emblée quoi. Et le stérilet c'est plutôt sur les " j'oublie la pilule ou j'ai déjà eu des enfants ou alors j'ai oublié ma pilule, j'ai essayé ou alors ma copine m'en a parlé, pourquoi pas, aucun problème. Pour le stérilet que je ne pose pas mais que j'envoie au gynéco sans problème, aucun soucis. Euh je trouve que c'est un bon moyen, sans hormone. Sans limite d'âge. Alors je pose toujours la question, est ce qu'il y a des partenaires euh multiples, je dis aux jeunes filles quand même que le stérilet, alors c'est pas contre indiqué mais c'est bien quand c'est une situation stable. Les jeunes filles qui me demandent, je demande si elles ont un partenaire stable. Parce c'est quand même un corps étranger, c'est bien que ce soit, qu'il y ait une stabilité, que ce soit pas la folie quoi (rires). C'est ce que j'avais appris quoi. Moi à mon époque on ne mettait pas chez les nullipares tu vois. C'est récent tu vois. Alors moi je leur dis bah que les IST ça peut remonter plus facilement par le stérilet. Mais euh voilà celles qui me demandent c'est quand même plutôt celles qui sont rodées au niveau sexualité. Ou alors multicompliqué, voilà dans ma famille j'ai des tas d'antécédents euh, je suis un peu âgée, il y a un risque avec les hormones quoi. Je pense que ça peut être pas mal quoi. En plus du " je fais des IVG tout le temps ". Mais c'est plutôt oui de parler des grossesses non désirées mais ça c'est plutôt quand elles viennent me parler de pilule, ou, leur montrer que la pilule c'est vraiment pour ne pas tomber enceinte et ne pas avoir de maladie sexuelle. Vraiment leur parler des 2 sujets quoi. Parfois elles pensent que grossesse, elles ne pensent pas IST, pas préservatif alors que le risque il est quand même majeur chez les jeunes. Et celles qui pensent IST je leur dis quand même attention à votre âge, la jeunesse, vous êtes très fertile hein on est très fertile donc euh c'est quand même, faire une IVG ou une grossesse à 20 ans, faut avoir envie quoi, c'est compliqué, après ça peut être un peu traumatisant. J'essaie quand même de les prévenir quoi, c'est bien de voir la contraception, c'est pour les 2 choses.

Et tu trouves qu'elles sont bien informées les filles quand tu leur en parles ?

Euh ça dépend euh, les jeunes elles sont plutôt

à te faire confiance, elles ne sont pas là à étaler leur connaissance quoi. Mais euh ou elles te disent pas trop, elles t'écoutent.

Et les plus âgées ?

Oui oui c'est sûr, elles savent même si elles fument et qu'elles prennent la pilule, oui

Est-ce que tu te souviens d'un cas où une patiente a refusé une contraception hormonale ou du moins a manifesté le fait qu'elle ne souhaitait plus de contraception hormonale ?

Ah ben oui oui il y en a qui n'en veulent plus. Alors passé 40 ans, elles te disent je veux plus d'hormones enfin j'ai donné quoi. Tu vois quand t'es petite jeune c'est pas grave mais passé 40 ans elles commencent à comprendre le risque de cancer du sein et tout ça donc que c'est pas plus mal hein. Mais après 40 ans quoi pour le risque hormonal oestrogénique. Mais euh sinon elles ont quand envie d'avoir quelque chose donc si elles ne veulent pas de contraception oestrogénique elles vont demander une solution bis donc ça va être stérilet, progestérone. Le problème avec le stérilet c'est que c'est celui-là qui est mal vu quoi. Quoi le stérilet chez les plus âgées, il y a une petite réticence quoi. Elles prennent souvent rien quoi. Vu qu' après 35 ans on dit qu'on essaye de réduire le côté œstrogène ben dis donc c'est plutôt le stérilet, à cet âge là on ne met pas trop d'implant. C'est vrai qu'on propose rapidement des stérilets, voila en plus elles ont eu des grossesses, voilà c'est des choses qu'on maîtrise bien. Mais il y a en a beaucoup qui te disent nan nan, je vais gérer autrement, alors soit au préservatif, tu sais pas trop comment elle font mais bon.

Et donc celles qui ne veulent pas d'hormone c'est surtout pour cancer du sein ?

Ben cancer ou même phlébite tu vois euh celles qui sont bien renseignées, c'est un peu les hormones, la défiance tout ça je leur pose pas la question. Alors cancer du sein hein surtout parce que c'est quand même le risque majeur hein parce que du coup une fois que tu as commencé les hormones le risque thromboembolique c'est surtout les 6 premiers mois je crois donc euh voilà je pense que c'est plus ça ouai.

Et quels sont les effets secondaires que te rapportent les patientes des contraceptions hormonales ?

Prise de poids, euh celles qui ont trop de règles encore, parce que certaines cherchent à couper les règles, spotting, acné, malaise général c'est plus rare c'est un peu je me sens pas bien. C'est plutôt ça.

Et du coup elles veulent arrêter ou changer ?

En général elles veulent qu'on change, celles qui viennent pour ça sont quand même en demande de quelque chose pour se protéger quoi

Et quand tu disais c'est ton quotidien la défiance envers les hormones pour toi ça t'orientait vers quoi ?

Oui plutôt les plus âgées de 40 ans, les plus jeunes elles viennent pour la pilule elles ne demandent pas pilule œstrogène, pas œstrogène, machin, elles se doutent que ça va être la pilule classique vu que toutes ses copines ont la même.

Certaines patientes se sentent jugées par leur médecin, du moins celles qui ne souhaitent pas d'hormone, tu en penses quoi ?

Tout dépend c'est quoi le médecin. Si c'est le médecin homme de 55 ans qui est un peu dans une relation tu vois à dire un peu ce qu'il faut faire et prendre. Je pense un problème de génération ? Ou peut-être de sexe, de médecin. Tu vois tu vas plutôt être dans le " j'informe des possibilités, j'entends vos réticences et du coup on va trouver un compromis pour que tout le monde soit content ". Nous le but c'est qu'elle soit au clair et qu'on maîtrise les risques. Après qu'elle le prenne ou qu'elle le prenne pas, moi si elle me dit je prends rien mais je mets un préservatif il y a aucun soucis quoi. Ou si elle me dit, moi si je tombe enceinte, ça ne me dérange pas parce que finalement peut être dans l'idée on aimerait bien en avoir un troisième. Après si elle me dit c'est la méthode du retrait et que je leur dit alors ça marche pas très bien mais qu'elle me dit alors moi c'est pas grave en effet parce que si on… tu vois il y a un moment c'est leur corps quoi ! Mais je crois qu'il

y a des médecins en effet, moi j'ai des patientes qui me disent : ah ben non je vais pas aller voir le cardiologue parce qu'il va me dire : vous reviendrez quand vous aurez arrêté de fumer ! Donc si moi je leur dis ça, on bloque tout quoi ! Donc l'idée c'est qu'on puisse discuter ! Moi je vous informe de la science, de ce qui sort, après… elles n'ont pas envie, elles ont envie … Tu comprends c'est elles qui vont l'avaler c'est pas moi !

Tu en penses quoi de ce refus ?

Après moi je suis là pour leur donner l'information des bénéfices et des risques, après si elles sont au clair dans leur tête, moi je le note : ne souhaite pas parce que nininin ou moi c'est plutôt dans l'autre dans l'autre sens : une patiente qui veut une contraception et en fait il y a des risques pour elle ou alors il y a des jeunes filles qui ont fait trois IVG qui se posent pas la question que peut-être il y a un problème de contraception. Mais c'est parce que j'ai la flemme en fait, c'est peut être, elles ont une vie tellement compliquée qu'elles pensent à autre chose qu'à se protéger je sais pas. Mais sur la défiance ouai ça va être plutôt être le côté anti vaccin, anti médecine, anti comprimé, anti chimie, et ce qui se discute hein ! Parce que d'un côté bon, c'est pas des bonbons hein! Alors moi je leur dis oui c'est sûr, il y a des risques ! Tout dépend du bénéfice, tout dépend de l'âge, du facteur personnel… La défiance elle y est mais ce n'est pas comme les vaccins, ou on est embêté parce que c'est ça ou rien. Là tu sais qu'il y a plusieurs façon de faire, différents types d'hormones, il y a du côté sans hormone.

As-tu quelque chose à ajouter sur l'optimisation de la prise en charge de ces femmes, la relation médecin patient, l'information de ces patientes ?

Oui alors nous il faut que nous on travaille sur la relation médecin patient en général et comment arriver à être dans la relation ou on est pas dans la relation dominante comment dire, c'est compliqué, on est pas dans la relation ascendante, euh ascendant descendante, ou on est condescendant, et que c'est vrai que d'un côté on est pas leur copine non plus parce que des fois il y a des patientes qui veulent trop discuter avec toi, c'est compliqué entre le juste milieu, donc c'est compliqué ! Je crois qu'il faut se former sur euh, l'entretien motivationnel par exemple ! Ça c'est mon sujet préféré, ou du coup tu peux l'appliquer à toutes les sauces, parce qu'on le cherche surtout pour les addictions mais on en fait tu peux le faire pour les traitements, pour tout ! Comment motiver le patient et à la fois, qu'il y ait de la discussion quoi !

Ben oui c'est sûr je crois qu'il y a des médecins, c'est un peu des caricatures, mais il y a des médecins en effet ils pensent ça ils se remettent pas trop en question, peut-être d'autres qui n'osent pas dire à leur patientes, ben non c'est trop risqué donc ils vont prescrire, allez c'est bon ! D'autres voilà ; qui vont se sentir jugés si ils doivent trop discuter, c'est vrai que c'est pénible parfois de discuter le bout de gras ! Bon d'un côté maintenant c'est l'évolution ! Avoir la position ou tu es ouvert mais pas trop, ouvert mais dans le cadre, il faut cadrer le truc (rires), dans le cadre oui cadrer.

Si on devait résumer l'entretien tu dirais quoi ?

Ben la défiance elle est plutôt pour les patientes au-delà de 30 ans, que les jeunes au contraire elles sont en demande, ce que tu veux mais quelque chose (rires), ou alors elles sont pas au courant, elles sont pas là, elles viennent pas en consultation, elles viennent quand elles sont déjà avec leur enfant ou une demande d'IVG, et hum après nous on est quand même, enfin la sécu t'envoie des flyers pour mettre dans ton cabinet, euh et je trouve que c'est un sujet qui est bien connu ! Après au lycée, je pense que c'est bien de faire de l'éducation ! Parce que nous on voit les jeunes filles une fois par an, quand elles sont adolescentes, tu commences déjà par poser : est-ce que tu as un petit copain ? Est – ce que tu as des rapports sexuels, est ce que tu as une demande de contraception ? donc ça on le fait qu'une fois par an, encore faut t-il que la fille soit sans sa maman ! Moi je les fais sortir les mamans mais bon encore faut – il, une fois par an, encore faut-il qu'elle soit disposée à discuter ! Ou alors qu'elle vienne toute seule après donc tu vois c'est compliqué ! donc c'est bien que au lycée, enfin à l'école on fasse de l'information à bloc, et après sur la défiance ça c'est une discussion entre médecin patient, bon je sais pas, euh je sais pas si il y a un lobbie ou quoi, après mais après ça peut s'entendre de

pas prendre trop d'hormone, quand on voit qu'une femme sur je sais pas combien, sur 8 aura un cancer du sein, moi je trouve que c'est plutôt d'actualité.

Enfin ça t'a posé des problèmes toi dans ton quotidien, des difficultés de prise en charge chez des patientes qui ne souhaitaient pas d'hormones ?

Non

Numéro 10

J'ai 40 ans, je suis installée en libéral depuis exactement 5 ans hier, j'ai une patientèle très variée de la petite enfance à la personne âgée, du coup je fais un peu de gynéco mais plutôt de l'accompagnement à la grossesse, voilà ; mais je ne fais pas de pose de stérilet ou de frottis, donc j'ai moins de gynéco peut être que mes collègues, et je n'ai pas de formation particulière supplémentaire de gynécologie si ce n'est le semestre d'internat.

Quand je te dis contraception hormonale / défiance hormonale qu'est-ce que ça t'évoque ?

Si on me dit contraception hormonale, je pense pratique : par rapport à d'autres contraceptions. Et si on me dit défiance, oui hormone synthétique donc défiance par rapport au coté synthétique et au risque de cancer, de phlébite, voilà de choses comme ça, d'effets secondaires.

Comment se passe une de tes consultations typiques de contraception, que ce soit une première prescription ou un renouvellement ?

Alors on va dire qu'il y a deux types de consultation il y a la patiente qui arrive, elle sait déjà ce qu'elle veut donc elle sait qu'elle veut prendre la pilule donc elle est pas venue pour me poser des questions, elle est venue pour une prescription de pilule. Donc je l'interroge sur ses antécédents personnels et familiaux, sur le tabac, je prescris en général une pilule oestro progestative chez la jeune fille, pas d'emblée une progestative seule et euh je lui prescris le bilan de contrôle en disant qu'on refait un point dans euh quelques mois pour voir à la fois comment c'est toléré et voir comment est son bilan. Et l'autre c'est la patiente qui vient car elle a des questions sur les différents modes de contraception, euh donc à ce moment-là je lui explique les différents mode de contraceptions avec les avantages et les inconvénients en essayant d'être le plus neutre possible euh voilà.

Oui parce que les patientes qui viennent te voir, elles savent comment tu travailles ?

Oui elles ne viennent que pour ça. Moi je n'ai pas de patientes du tout venant moi puisque je ne prends pas de nouveau patient. Elles me sont adressées par des confrères qui savent comment je travaille ou par du bouche à oreille de famille donc elles viennent pour ça. Je n'ai pas de tout venant qui viennent parce qu'il y a un créneau de libre sur doctolib.

Et du coup si tu devais décrire ?

Parce que moi il n'y a pas une consultation ou on ne parle pas d'alimentation, d'hygiène de vie, euh sport, sommeil, moi c'est ce que j'appelle une médecine hollistique. Une médecine hollistique, une consultation pour moi dix minutes je ne sais pas faire, c'est minimum 30 minutes, le moindre problème même un mal de tête, ce n'est pas pour rien qu'on a un mal de tête récidivant depuis une certaines période, donc voilà ce n'est pas juste pour prescrire un anti inflammatoire ou un doliprane, euh et du coup un patient qui viendrait juste parce qu'il veut un doliprane ou un antibiotique sur son panaris, moi ça ne m'intéresse pas en fait ! Parce que le panaris il se trouve qu'il y a d'autres manières de le soigner, en 5 ans j'ai mis une seule fois un antibiotique sur quelqu'un qui ne voulait pas euh l'argile et en 5 ans je n'ai jamais eu un patient qui est allé aux urgences parce que le panaris s'est aggravé quoi ! Donc euh voilà. Et en général ma patientèle c'est de la pathologie euh chronique, c'est des gens qui viennent pour le truc qui dure depuis des années euh mais qu'ils n'arrivent pas à gérer autrement et que ils veulent une autre approche, complémentaire. D'abord je n'aime pas appeler ça alternatif ! Je pense que nos médecines sont complémentaires et ni parallèles ni alternatives, elles se complètent ! Et l'idée c'est de dire, okay, euh j'en sais rien : une thyroïde qui malgré une TSH correcte ne se sent pas bien, se sent en hypothyroïdie ben qu'est-ce qu'on peut faire.

Et du coup en général les patientes qui viennent te voir pour la contraception elles sont en demande de quoi en général ?

En fait du coup moi c'est mes patientes habituelles qui vont, tu vois ça va pas être un nouveau patient qui arrive. Tu vois c'est la jeune fille que je connais depuis 5 ans et qui vient au cabinet, qui est en âge de contraception et qui me demande ou c'est la maman que j'ai suivi et qui a accouché et qui me demande quel mode de contraception elle va prendre.

Et du coup quand tu expliques, tu expliques tous les modes de contraception, tu ne parles pas de la contraception hormonale ?

Ah si je parle de la contraception hormonale! Par exemple pour les jeunes filles je pense que la contraception hormonale c'est vraiment le plus pratique, donc euh mais par exemple, une des choses c'est que je pense que malheureusement la contraception c'est considéré comme allez je commence à 15 ans, je le prends tous les jours et je l'arrêterai quand je voudrais devenir maman, et tu as dans la nature des jeunes filles qui n'ont pas de partenaire et qui tu vois qui n'ont pas de rapport depuis deux ans, tu vois, mais qui sont sous contraception hormonale, moi je trouve que c'est dommage ! Je pense que la contraception reste un médicament. J'espère que quand on rencontre quelqu'un on ne saute pas sur lui dès le premier soir et ça devrait laisser le temps aux jeunes filles de commencer leur contraception hormonale, tu vois, je pense il y a beaucoup de jeunes filles de 15 ans, leur maman leur dit " tu vas faire une consultation pour la contraception ", alors qu'elles ont personne en vue et les rapports sexuels pour elles ça a l'air ouuuh super loin !

Donc pour la jeune fille je pense que c'est le plus pratique ! Mais pour la femme qui a déjà eu des enfants tout ça, il y a d'autres contraceptions possibles, ne serait-ce que les progestatifs seuls, la femme plus âgée est prête à supporter les spottings ou les choses comme ça, euh, le dispositif intra utérin au cuivre. Voilà

Et du coup toi est ce que tu parles des méthodes naturelles ou autre ?

Euh, mmmh non . Pas si on vient pour une consultation sur la contraception.

Tu vas en parler que si elles l'abordent ?

Oui, parce que je pense que ça nécessite de la part de la patiente qu'elle ait suffisamment lu, qu'elle soit hyper euh rigoureuse, et moi en tant que médecin je ne suis pas prête à prendre la responsabilité d'avoir suggéré ça comme mode de contraception et que la patiente se retrouve avec une grossesse non désirée.

Est-ce que tu aurais souvenir dans tes consultations d'une patiente qui ne souhaite pas ou plus de contraception hormonale ?

Oui, alors il peut y avoir différents motifs. Le premier motif en général chez moi c'est cette envie de ne plus être dans la consommation chronique de molécules de synthèse si il y a d'autres possibilités et euh donc de passer à quelque chose qui aurait moins d'effets secondaires à long terme et le deuxième motif c'est que en fait certaines le supporte mal, et peuvent avoir eu des réactions, comment dire, des choses, euh elles peuvent arriver en disant par exemple : tout est déréglé depuis que je prends ma pilule voilà.

Donc ça va être très varié ce " tout est déréglé ? "

Ça peut être de tout, ça peut être par exemple sur le poids qu'elles n'arrivent pas à gérer, l'appétit, l'humeur, les troubles de type thyroïdien justement, des douleurs, voilà.

Et en général tu dis ça va être plutôt les effets secondaires et l'envie de ne plus prendre d'hormone de synthèse, plutôt que la peur d'éventuels risques pour la santé ?

Ben c'est ça la peur des effets secondaires, c'est ça la peur des effets à moyen terme sur la santé en fait.

Et toi tu en penses quoi, comme tu les orientes ?

Moi je ne peux pas être rassurante sur les médicaments. Je pense qu'on a tort de vouloir rassurer les gens en disant mais voyons, ça ne craint rien; même un doliprane je ne suis pas d'accord pour dire que ça ne craint rien. Un

doliprane, c'est exceptionnel mais un doliprane peut suffire à faire un problème hépatique ! Il n'y a pas que le surdosage. Moi en tant que médecin je me refuse d'être rassurante, en disant qu'un médicament quel qu'il soit est 100% sans effets secondaires. Et ça ne veut pas dire que je ne le prescris pas. Et c'est clair pour les patients. Si j'ai une infection, est- ce que je prends un antibiotique, bien sûr. Moi-même si j'ai mal à la tête et que je dois aller au travail, est ce que je prends un antalgique, bien sûr. Mais je pense qu'on n'a pas le droit de dire qu'il y a aucun effet ou que les études montrent que si ou ça. Donc je ne peux pas être rassurante. J'entends, je comprends et en tout cas mon discours ne peut pas être rassurant. Il n'est pas alarmiste, il va pas dans le sens : oui vous avez raison, il faut tout de suite arrêter c'est nocif pour la santé ", mais je comprends ; elles ont raison, quel médicament peut prétendre n'avoir aucun effet secondaire ?

Et du coup qu'est-ce que tu privilégies quand elles n'en souhaitent pas ?

Alors je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ont peur du stérilet au cuivre en général en fait euh, justement qui ont de très mauvais à priori en disant que c'est des saignements qui ne s'arrêtent plus ce qui n'est pas forcément le cas en fait alors en fait il s'agit pour moi de réhabiliter un peu le stérilet au cuivre ou de voir éventuellement pour une progestative seule. Alors peut être que j'ai tort hein mais j'ai tendance à croire qu'une progestative seule est moins pire qu'une oestro progestative, même si on peut avoir des spottings ou des choses comme ça.

Et tu disais oui que c'est assez fréquent chez toi, est ce que depuis 5 ans tu as l'impression qu'il y a une évolution des femmes dans leur pratique ?

Alors je peux pas répondre à ça parce que moi justement j'ai une patientèle différente, moi je n'ai pas de tout venant pour voir que ça a évolué mais je vois juste que la demande que j'ai de se soigner autrement, bah c'est pas compliqué, j'ai six semaines de délai d'attente et des refus tous les jours tous les jours tous les jours de nouveau patients.

Oui alors tu as l'impression que la demande des patients elle est là.

Et il y a pas une semaine ou je suis pas en train de chercher des coordonnées dans une autre ville pour les familles, pour les amis, enfin de mes patients qui cherchent un médecin dans une autre ville. Ou qui arrivent, bah hier encore, qui arrivent en disant : ça fait des années que je cherche euh voilà, donc oui je pense que la demande est grandissante, je le vois pas dans l'évolution de ma patientèle car j'ai toujours eu ça, mais je le vois dans les délais d'attente, je le vois sur la demande, je le vois sur le nombre de refus…

Que les gens ils ont envie d'être traités différemment ?

Oui

Les patientes qui refusent les contraceptions hormonales se sentent parfois jugées ou peu écoutées des médecins qu'en penses-tu ?

Oui c'est vraiment ce que je retrouve dans ma patientèle en fait. Qui, quel que soit le motif, ont l'impression qu'on ne les écoute pas, qu'on les juge, et quelquefois la consultation elle consiste uniquement à écouter les gens, c'est tout, et à entendre leur souhait, voilà. Sincèrement parfois dans des consultations comme ça ils n'ont parfois même pas besoin de prendre ce qu'on leur prescrit que ça va déjà mieux. Parce qu'ils se sentent respectés et écoutés. Je pense qu'on a tort de se passer de cet effet placebo là puisque justement, il n'a besoin de rien du tout cet effet placebo là. Il soigne tout seul.

Et selon toi comment pourrait on améliorer la prise en charge de ces patientes la ?

Mmmmh je sais pas parce que pour moi ça revient à juger les autres professionnels. Je pense que nos études ne nous ont pas invités à être à l'écoute des différences voilà. Je le vois sur, tu sais il y a beaucoup de groupes de médecins avec euh par exemple il y a le divan ou il y a tout type de médecins, il y a le salon des femmes ou il y a que des femmes et il y a les mamans médecins. Hé ben c'est rigolo de voir que sur les mamans médecins il y a une écoute et une compréhension bien plus grande, comme si quand elles devenaient maman euh ce qu'elles ont eu à vivre en tant que maman

change complètement leur perception. Par exemple les avis sur le sommeil sur l'allaitement sur les bébés change complètement quand une femme a été en, heu, face à ça elle-même en tant que mère, par rapport à la femme médecin qui a appris un truc pendant ses études. Donc je pense que la féminisation de la médecine aide mais que nos études manquent de ce côté écoute empathie, euh je le vois, la dernière grosse discussion que je vais sur internet c'était sur euh : arrêter les femmes enceinte ou certains trouvent que c'est exagéré euh, elles ont qu'à aller travailler, nous on a travaillé jusqu'au dernier jour de notre congé, on a pas bronché ! tu vois il y a une intolérance. Alors que quand tu vois que pendant le confinement les naissances prématurées ont diminuées drastiquement, euh ben ça veut dire que oui la grossesse c'est un moment particulier quand même. Voilà je pense que notre métier manque d'empathie et d'écoute et d'acceptation qu'il existe autre chose que ce qu'on a appris euh à la fac et les protocoles, maintenant comment est-ce que ça peut s'améliorer je ne sais pas si c'est pas des cours à la fac, je ne sais pas , j'en sais rien.

Si on devait un peu résumer un peu notre entretien, que dirais-tu ?

En conclusion ce que je pense c'est qu'il n'y a pas une médecine, il y a des médecines, euh et que il faut juste : on est pas obligé d'être formé à toutes les médecines, moi je ne sais pas faire de la médecine chinoise, mais il s'agit d'accepter dans notre formation qu'il n'existe pas une seule manière de soigner mais qu'il peut exister plusieurs manières de soigner et que les patients qu'on a peuvent avoir envie de se soigner différemment que nous on a appris. Et alors il suffit juste de leur dire : moi je ne sais pas faire. Voilà de les entendre et de leur dire : moi je ne sais pas faire. Mais d'être à l'écoute de ça. Mais les hormones en font partie en fait, de plus en plus de femmes, là on parle de la contraception mais c'est valable sur le traitement hormonal substitutif. De plus en plus de femmes ont envie d'autre chose, et d'accepter qu'elles ont envie d'autre chose et peut être qu'elles ont raison. Qu'elles n'ont pas tord. Parce qu' aucun médicament n'est complétement anodin et ce serait une erreur en tant que médecin de prétendre le contraire. Même un doliprane. Même aujourd'hui la vitamine D, tu sais le Zyma D, il y a de plus en plus de témoignages qui disent que chez les bébés ça provoque pas mal de reflux, de choses comme ça. Est-ce que c'est indispensable ? Bien sûr que c'est indispensable, moi j'en mets même chez tous les adultes, je n'ai quasiment pas un patient qui n'a pas de vitamine D. Et pourtant ça peut provoquer des reflux chez les bébés !

Qu'est ce qui t'a amené à penser comme ça et à faire cette médecine la ?

Alors peut-être déjà des expériences personnelles, euh de pourtant petite ce n'était pas le cas, je n'étais pas soigné comme ça, euh dieu sait que j'en ai bouffé des antibiotiques parce que j'ai grandi en Afrique et au moindre truc de travers ils dégainent les antibios. Euh et mon premier contact avec un autre type de médecine ça a été quand j'ai fait des allergies à 17 ans donc bien identifiée à toute la famille des tomates, des aubergines et tout ça. Donc la solution était simple c'était anti histaminique tout le temps. Puis un accuponcteur homéopathe d'un charisme incroyable m'a traité et c'était fini. Fini! j'ai refait deux fois un épisode d'allergie comme ça, une fois avant le concours de première année et une fois pendant ma grossesse mais fini. Alors qu'une allergie alimentaire à priori ça ne s'en va pas quoi. Donc c'était mon premier choc de voir qu'il y avait d'autres médecines. Et quand j'ai commencé médecine, je savais que j'avais envie aussi d'explorer d'autres médecines, d'autres choses. Que la médecine chinoise par exemple, c'est une médecine qui a plus de 3000 ans et que donc elle est bien plus ancienne que la médecine occidentale et pourtant elle a pas assez enfin elle n'est pas, elle peut être décriée en Europe, et que chacune a quelque chose à apporter à l'autre enfin voilà. Petit à petit en explorant pendant mes études euh l'homéopathie puis en m'intéressant de moi-même à la phyto. Après c'est aussi le mode de vie, enfin je veux dire nous on essaye de manger enfin peut être que ça n'a rien à voir on peut être l'un sans l'autre mais c'est euh, on essaye de manger que de saison, que bio, que local, et je me dis la nature on doit la respecter, elle est la pour, enfin c'est une symbiose entre nous et la nature et donc elle contribue à notre santé. Et donc probablement dans la nature il existe plein de choses aussi pour se soigner

qu'on n'explore pas assez. Et que l'alimentation, l'hygiène de vie, tout ça en fait partie. Et petit à petit de fil en aiguille tu vas de l'un à l'autre, tu vas un peu sur les plantes, tu découvres la micronutrition enfin voilà. Pour moi c'est vraiment une démarche globale de se dire, la médecine c'est, telle que je l'ai appris à la fac, pour moi c'est une partie de la médecine. Voila. Et c'était indispensable, mais c'est une partie de la médecine. Et une médecine hollistique, par exemple, je travaille énormément avec des psychologues, euh parce que je pense que tu vois le mental, fait aussi partie de cette prise en charge globale, avec des sophrologues, tu vois avec des choses comme ça et c'est incroyable. Et peut-être que de venir d'Afrique en Europe, euh j'ai aussi, tu sais la première fois que j'ai entendu le mot stress c'était en France en première année. Je n'avais jamais entendu ce mot, ça n'existait pas dans le vocabulaire en Côte D'Ivoire, ça n'existait pas. Et je ne comprenais pas ce que ça voulait dire. Enfin je comprenais que c'était un mot Anglais mais je ne comprenais pas ce que ça voulait dire, parce que ça n'existe pas, enfin moi quand j'étais jeune ça n'existait pas dans le vocabulaire en Côte d'Ivoire. Et après tu découvres que non seulement ce mot existe et mon dieu les dégâts sur les gens en fait. Qu'on le subit tous ici, qu'on le subit tous qu'on le veuille ou pas et que prendre en charge les gens, il faut prendre en charge ça en fait : ce stress physique, ce stress psychologique, ce stress mental. Et que c'est ça peut être une médecine hollistique. Tu verras par exemple plus tard, moi ce n'est pas encore une question que je pose mais je le vois de plus en plus dans ces forums de médecins euh, par exemple quand on parle de douleurs chroniques par exemple comme les spondylarthrites ankylosantes, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgies euh si tu vas un peu plus loin il y a toujours eu un antécédent de maltraitance ou de violence ou de choc, mais pas un petit choc ; et en fait de plus en plus de médecins qui te disent, mais alors tu vois rien à voir avec l'homéo ou la phyto ; de plus en plus de médecins ont, ça fait partie de leur interrogatoire, quand elles demandent est-ce que vous fumez, quelle quantité d'alcool, quelle activité physique, la question c'est : avez-vous subi un traumatisme physique ou psychologique. Et elles disent : c'est impressionnant le nombre de oui. Tu vois et on peut pas aujourd'hui ne pas tenir compte de ça si on veut soigner correctement nos patients. Et rien que le fait qu'ils puissent le dire à leur médecin, tu vois et que ce soit entendu, posé quelque part, sans jugement, sans rien du tout, et bien ça aide énormément la prise en charge de plein de choses. Voilà.

Numéro 11

Quand je te dis contraception hormonale, défiance envers les hormones, toi qu'est-ce que ça t'évoque ?

Euh, alors là, tu me poses 2 questions : tu me dis contraception hormonale et après tu me dis qu'est-ce que tu penses défiance ? Alors pour moi c'est deux questions différentes déjà.

En gros quels sont les mots qui te viennent avec défiance envers la contraception hormonale ?

J'ai, enfin moi globalement j'ai du mal à comprendre cette défiance.

Je l'entends, enfin je sais qu'il y a des gens qui ne sont pas forcément favorables, mais je suis pas persuadé qu'il y ait une justification particulière euh, faut en tenir compte dans leur demande, parce que le but c'est quand même de trouver un traitement qui leur convient, mais je suis pas sur que ce soit justifié d'avoir une réelle défiance de ces traitements et en général j'ai tendance, euh, alors je vais être méchant mais à rapprocher ça des végans qui disent c'est pas bon de manger de la viande donc du coup moi je suis végan. Ben pour moi le : je ne veux pas d'hormones c'est un peu dans ce, euh sur le même principe.

Parce toi qu'est-ce que tu en as entendu dans ta patientèle, quels étaient les échos, la raison de leur défiance ?

Euh souvent, c'est, ça se rapproche plus du type de patientes, plus ou moins à l'écoute du tout, mais y compris de l'écologie, et globalement ce que j'entends de leur défiance c'est pas forcément une raison euh scientifique médicale. C'est plus une question de principe euh, comment dire, c'est compliqué ta questions ! rires

Non simplement, de savoir ce qu'elles te

disent, pour savoir si elles t'ont manifesté qu'elles ne voulaient pas d'hormones, quelles étaient leur raison, ce que tu en as compris.

Les hormones ça se rapproche un peu de, j'ai entendu que ça pouvait pas être tout bon, ça risque de tout dérégler, euh c'est quelque chose de, entre guillemet chimique, et faut laisser faire la nature et , il y a d'autres moyens de contraception et je veux pas euh prendre le risque de tout chambouler parce que c'est pas bon pour moi euh, voilà, on dit qu'il faut faire attention à tout ce qui est hormone dans l'alimentation, dans ça, dans machin, donc moi je ne veux pas avoir pas avoir à prendre quelque chose de cynique en plus. Enfin c'est comme ça que je prends leur défiance.

Et du coup tu as un peu le souvenir d'un cas comme ça, d'une patiente qui te manifestait qu'elle n'en voulait plus ?

Alors moi comme je ne fais pas de gynéco non. Euh j'ai eu des cas mettons sur, euh, et je rapproche ça des gens qui ne veulent pas d'hormones thyroïdiennes, parce qu'ils sont contre les hormones en général. Mais euh pas forcément dans le cadre de la gynéco en elle-même. C'est des gens qui vont être très bios, très à l'écoute, et qui globalement les hormones j'en veux pas et les hormones thyroïdiennes c'est toxique, on a entendu euh plein de chose sur les hormones on ne sait pas tout, on nous cache des choses. Et globalement que ce soit hormone contraceptive ou hormone de façon générale j'ai du mal à faire la différence.

Je vois très peu de, d'un point de vue strictement gynéco, 9 fois sur 10, quand ils ont des questions, comme j'estime que j'en fais pas assez, pour avoir un avis d'expert, je les renvoie très vite chez le gynéco. Parce que argumenter de certaines choses parce qu'on a les compétences pour argumenter, euh ben ça veut dire qu'on a aussi derrière les compétences pour leur administrer quelque chose, hors j'estime pas l'avoir pour avoir un choix éclairé on va dire. Alors c'est vrai que je suis un peu déstabilisé par ça pour te répondre.

Et plus généralement ce refus d'hormone tu le trouve pas justifié tu disais ?

Pour moi , c'est un peu un refus de la technologie, j'entends qu'il y a des gens qui vont avoir une préférence, mais finalement c'est parfois plus une préférence psychologique et euh philosophique que réellement parce qu'il y a un réel danger. Après je peux l'entendre dans le sens ou la ce n'est pas un réel traitement euh curatif, on a des alternatives. Pour moi ça a plus sa place, le refus des hormones a plus sa place que dans le cadre du traitement thyroïdien ou pour le coup il faut supplémenter vous n'avez pas le choix. N'empêche que j'ai des gens à qui je propose de mettre un traitement thyroïdien qui sont opposés parce que c'est des hormones. Et du coup j'ai une tendance à transposer ça à la gynéco. Je ne suis pas sûr que le traitement ne leur conviendrait pas. Je suis sûr qu'il leur conviendrait, qu'elles seraient très bien avec. Après le refus si c'est une mauvaise expérience de traitement hormonal pas bien supporté ben c'est autre chose mais euh je pense que c'est avant tout une idée de je ne veux pas d'hormone parce que on m'a dit que ce n'était pas bon pour mon corps.

Et tu as déjà eu dans ta patientèle des patientes qui venaient en disant qu'elles avaient mal toléré leur contraception ?

Souvent elles ne me le disent pas, parce que souvent je les renvoie, je suis assez clair dès le départ. Parce que si elles se confient à moi et que je les lâche en plein milieu pour dire ben voilà vous m'avez tout expliqué mais globalement je peux rien y faire, parce que je ne suis pas expert dans le domaine, ben voilà. D'autant plus que souvent c'est des choses notamment chez un homme qui sont plus difficiles à amener. Donc c'est vrai que j'en parle peu. Après si oui j'ai eu des femmes qui euh qui sont dans le refus d'un traitement hormonal parce qu'elles ont eu une expérience d'un traitement hormonal qu'elles n'ont pas bien toléré et cherchent une alternative suite à un échec du traitement. Et là on n'est pas dans ce que je décrivais tout à l'heure où c'est un refus : vous n'avez rien, je vous propose des hormones et vous me dites non alors que vous n'avez pas essayé et que vous ne savez pas ce que ça fera! Là c'est un refus hormonal enfin un refus d'hormone plus parce que euh on est en échec de ce traitement et donc il faut trouver une solution autre. C'est pas la même chose que ce que j'annonçais tout à l'heure. Donc ça fait des

gens qui : voilà donc vous allez voir le gynéco, ben oui mais il m'a proposé une pilule euh pour le coup, par exemple mettons il a proposé cerazette, j'avais des règles tout le temps, ah non je veux plus d'hormones, ou même le stérilet, le mirena, le stérilet aux hormones, à mon avis on a été obligé de l'enlever parce que j'avais des spottings en permanence et que je le tolérais pas, dans ce cas-là on est pas dans le refus hormonal tel que je le décrivais. C'est plus de l'esprit c'est de la deuxième intention.

Oui donc toi tu fais la distinction entre les personnes qui ont mal toléré un effet secondaire et euh celles qui n'en veulent pas par principe comme tu dis.

Oui : quelqu'un qui n'a jamais eu de traitement à qui on propose voilà, on va vous mettre un stérilet, il y a le mirena qui est très bien. Ah non mais moi les hormones ça me fait peur je n'en veux pas, c'est pas du tout la même chose que : j'ai essayé un traitement hormonal qui ne m'a pas convenu et j'aimerais bien essayer autre chose parce que j'ai une mauvaise expérience des hormones. C'est deux choses différentes.

Et donc toi tu disais il n'est pas forcément justifié le refus euh

En première intention ! Alors pour le coup il peut s'entendre vu qu'on a des moyens autres euh mettons je parlais du stérilet, il y a des stérilets au cuivre au lieu des stérilets hormonaux ; bah quelqu'un qui dit bah moi je suis contre les hormones, bah on a une alternative. Je ne suis pas sûr qu'il soit justifié d'aller sur un stérilet au cuivre qui sera potentiellement va être plus gros, va donner des métrorragies. Je pense que ça aurait été intéressant d'essayer ce qu'on lui propose au départ et de se faire une idée avec ce qu'on lui a proposé et pas de rester bloqué euh que les hormones c'est pas bien.

Et du coup toi les risques ou effets secondaires des hormones dont tu as connaissance ça va être quoi ?

Ben ça va être des cycles pas forcément bien tolérés, ça va être des fois des prises de poids ou du moins une peur de la prise de poids ; ça c'est quelque chose qui peut revenir dans l'appréhension, après encore une fois je n'ai pas une expérience folle mais je pense quand même que les hormones, les contraceptions actuelles posent moins de problèmes vis-à-vis de la prise de poids et je pense que ça peut être une réticence. Mais expliquer et surveiller, on doit pouvoir dépasser ça parce que je pense que ça existe moins à l'heure actuelle. Et pour le coup pour moi la contraception hormonale a surtout des apports par rapport aux contraceptions non hormonales par rapport aux régulations de cycle, euh voilà et après c'est pour moi, le refus peut être : moi la pilule me fait prendre du poids, euh bon. Ça peut valoir le coup d'en discuter, d'expliquer. Vers quoi orienter c'est là que je vais être en difficulté et je préfère ne pas parler. Je ne saurai pas vers laquelle orienter : vous avez peur de ça mais il y a celle-là qui est moins dosée et qui donc ne posera pas de problème vis-à-vis du poids. Euh enfin, mais comme je ne suis pas calé la dessus, je n'aurai pas les connaissances pour la rassurer, je ne pourrai pas la rassurer. C'est des choses qui doivent entre guillemet se désamorcer et qui ne sont pas forcément justifiées mais si elles sont entendables.

Quand tu dis qu'elles ne sont pas justifiées ?

Ben dans le sens ou je ne veux pas d'hormone parce que je vais prendre du poids, on peut d'adapter et on peut avoir certaines contraceptions qui n'engendreront pas ce problème à partir du moment où elle est choisie de façon judicieuse. Quelqu'un qui a peur de ça bah on va peut-être choisir une pilule autre que ce qu'on aurait prescrit initialement justement pour être sûr qu'elle n'ai pas cet effet indésirable parce que c'est ce dont elle a le plus peur. C'est pas justifié dans le sens où voilà toutes les hormones ne font pas prendre du poids, il faut discuter de ce qui fait peur de façon à adapter le traitement pour que cette peur ne se produise pas et qu'il n'y ait pas de " il m'avait dit que je ne prendrai pas de poids, pourtant j'en prends ". Ça nécessite de ne pas en prendre une au pif quoi.

Ce n'est pas les hormones en soi qui font prendre du poids c'est parce que certains type de pilules sont connus pour faire prendre plus de poids et d'autres; et dans ce cas-là il faut s'adapter au patient, je pense. Ça doit venir avec un dialogue, une explication, sur tel type de contraception, mais celui-là c'est différent,

c’est un dialogue avec le patient de façon à ce qu’on lui explique euh que voilà tel type risque oui effectivement, mais tel autre non. Et je pense que une fois expliqué une fois qu’on a vraiment des données scientifiques sérieuses, on peut passer ce cap de la peur et ce n'est pas un refus catégorique de toutes les hormones. Il y a plusieurs choses : il y a : j’en veux pas parce que les hormones c’est pas bien, il y a j’en veux pas parce que j’ai entendu telles raisons et là il y a des discussions qui s’engagent pour savoir vers quel type de contraception hormonale s’engager et il y a le " moi j’ai eu ça j’ai eu tel effet donc j’en veux plus parce que il y a ça. Donc on part dans un processus de euh je dis négociation mais ce n’est pas forcément négociation ; de discussion avec le patient, de façon à pouvoir, euh lui proposer quelque chose qui lui conviendra, et qui reste hormonal! Alors que pour moi dans ta question c’était le refus complet de quelque chose d’hormonal.

Oui toi tu as l’impression qu’il y en a plus dans ton cabinet des gens qui qui refusent les contraceptions hormonales ou les hormones en général ? et qui sont dans le truc plus naturel ou autre ?

Oui voilà mais tout comme des patients vont me dire :

"moi les statines, je suis opposée parce que c’est chimique alors que la levure de riz rouge c’est bio donc ça pourquoi pas. "

"Oui mais c’est un peu le même bénéfice "

"oui mais je suis contre parce que c’est chimique "

Dans ta question quel est le refus, c’était un refus : " je ne veux pas d’hormone de façon stricte et peut être pas définitive mais stricte quelle que soit les solutions : ah ben c’est hormonal, je veux pas ! C’est comme ça que je comprends ta question.

Ca le refus de la chimie, alors j’exagère, c’est volontaire de ma part, je grossis le trait, c’est je suis vegan, j’achète que des produits bio et donc c’est pas bon pour mon corps et donc je ne veux pas d’hormones " c’est un peu comme ça que je prends ta question.

Et ça pour le coup je ne pense pas que ce soit justifié. On peut en discuter, il peut y avoir des phobies, mais si c’est quelqu’un qui vient en disant de toute façon je ne veux pas d’hormone alors oui, la discussion elle est bloquée et la donc je ne suis pas sur qu’il y ait un intérêt à venir chez moi. Si ce n’est que dans la contraception, on a quand même des alternatives non hormonales, mais si la discussion est bloquée sur le hum un cœur de compétence, c’est compliqué de s’adapter. Heureusement on parle de la contraception.

Et est-ce que tu penses qu’il y a aurait un moyen d’améliorer la prise en charge de ces patientes qui ne souhaitent pas d’hormones ?

Heureusement on a des alternatives la dedans, par contre voilà, proposer des fois un suivi, euh pour et encore.

Comment améliorer les choses si elles sont contre, je vais plus l’embêter à lui parler : ben ce serait quand même bien alors qu’elle est en refus " euh je pense que là il faut lâcher l’affaire et l’accompagner dans son refus des hormones tout en essayant de trouver ce qu’il colle le mieux. Je parlais du stérilet tout à l’heure : ben voilà il y a le stérilet au cuivre, ben c’est une alternative, euh. Tout en, si il y a des effets indésirables, des contraceptions non hormonales, des métrorragies ou autre : de dire ben voilà, je sais qu’il y a des hormones, je sais que vous êtes opposée, pour le coup c’est un effet secondaire que vous n’auriez pas avec le … voilà de temps en temps on peut relancer pour voir si voilà. Et après si sa contraception non hormonale lui convient, bon bah tant mieux, tant mieux pour elle c’est une bonne chose, et euh ce qu’on peut. C’est un peu comme l’arrêt du tabac, parfois l’intervention brève est plus efficace qu’une consultation ou on va arriver avec nos gros sabots et euh dire " c’est pas bien de fumer " ben c’est pas bien de fumer et le patient il écoute plus et il repart. Je pense qu’on est un peu sur le même genre de chose hein. Après ça dépend dans quel contexte on s’adresse : celle qui a une mauvaise expérience d’une Diane 35 à qui on propose un stérilet et qui dit " ah ben non moi Diane 35 je l’ai mal supportée les hormones j’essaie de pas en prendre " : on lui met un stérilet au cuivre, elle le supporte pas bien, ben on a la possibilité de lui

reproposer quelque chose d'hormonal en lui expliquant qu'elle n'aura pas les effets secondaires de Diane 35 parce que on est pas sur le même mode contraceptif, ça a beau être hormonal on est sur du local, c'est euh voilà. Et là on est sur une discussion ou on pourra euh et d'un point de vue général " je suis contre les hormones parce qu'on m'a dit que c'était pas bien " bah voilà faut essayer de trouver une alternative en sachant qu'on ne sera pas forcément à l'aise euh quand on est en échec de plusieurs traitement non hormonaux. Parce qu'on se réduit quand même un champ de possibilités.

Ben après pour le coup, par rapport aux hormones, la contraception c'est quand même particulier, alors c'est pas du confort hein faut me pas me faire dire ce que je n'ai pas dit euh mais je prenais le parallèle avec les hormones thyroïdiennes, là, on n'a pas le choix, vous manquez d'hormone, il faut vous en apporter. Pour le coup dans le cadre de la contraception on a quand même des alternatives et ça c'est une chance et ça vaut le coup de savoir pourquoi elles ne veulent pas et puis effectivement, si on voit que c'est suite à un effet indésirable on pourra quand même proposer quelque chose, sinon effectivement, on a des alternatives donc, c'est plutôt pas mal. Après ça veut pas forcément dire que euh je suis d'accord que c'est pas bon de prendre des hormones et voilà mais à la limite ça c'est mon opinion et pour le bien être de la patiente euh bah faut s'adapter à ce qu'elle souhaite, même si ça me parait pas forcément justifié : j'ai une alternative, tant mieux !

Encore faut-il qu'elle le tolère ou qu'elle en veuille du stérilet au cuivre !

Oui, mais le problème c'est qu'on va avoir des gens qui ne veulent pas d'enfants, qui ne veulent pas de stérilet au cuivre et qui veulent une contraception normale. Et le latex ce n'est pas bon parce qu'on va saigner des arbres et euh voilà. Bah oui mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse. L'abstinence c'est bien aussi enfin (rires), c'est la que je bah voilà, qu'est-ce que vous voulez que je fasse si dès je propose quelque chose vous refusez quoi

Il y a un moment où le médecin n'a plus sa place ?

Et finalement je suis avant tout tourné vers l'allopathie que l'homéo, la naturopathie, ou les traitements voilà, finalement j'ai du mal mais d'un point de vue personnel à comprendre les raisons de ce euh de ça voilà. Après euh elle est contre elle est contre, c'est pas parce que je comprends pas qu'il faut pas l'accompagner là-dedans.

Numéro 12

Si je te dis défiance envers les hormones contraceptives, qu'est-ce que ça t'évoque?

Alors c'est quelque chose que je comprends, prendre des hormones c'est pas tout à fait anodin, et je comprends bien que à la fois c'était une grande victoire pour les femmes de ma génération, je parle pas pour moi perso mais pour notre génération, parce que moi j'ai vu arriver la pilule pratiquement. Et en même temps euh bah c'est des hormones donc se dire bah je prends des hormones toute ma vie voilà euh, je comprends cette interrogation sur l'effet négatif du médicament bien sûr.

Et toi c'est quelque chose que tu vas voir souvent dans ta pratique, dans ton quotidien ?

Alors, pas énormément, parce que j'ai une population plutôt modeste, donc euh qui est moins écolo euh tu vois ;pour moi le refus des hormones c'est plutôt une démarche d'intellectuels ou de gens qui veulent une certaine harmonie de vie, ou des gens qui se posent. Donc c'est pas une partie importante de ma patientèle, mais on sent quand même cette demande monter qui n'existait pas il y a quelques années, ça c'est clair, cette arrière-pensée sur une contraception hormonale. Alors maintenant on a des choses à proposer et ça c'est super quoi. Mais on sent, on entend des plaintes alors j'ai pas envie de prendre d'hormones, je me débrouille sans ça, euh je euh, on sent que le ton a changé. Que le rapport à ce médicament-là a changé, ça c'est très clair.

Et c'est depuis quand ce changement toi tu as l'impression ?

Ben je dirais que ça a été progressif, au départ ça a été, on avait beaucoup entendu les catholiques qui disaient euh bon il faut que de la contraception naturelle, c'était un peu marginal mais il y avait déjà ça. Après on a eu les écolos un peu, un peu extrémistes, enfin extrémistes je n'aime pas ce mot, mais un peu absolutistes, euh pour qui prendre des médicaments hormonaux c'était pas possibles, et puis on allait l'uriner ! Et puis on sent que ça grandit, moi je dirai 10, 10 à 15 ans tu vois ! ça reste un peu marginal mais c'est quelque chose qu'on ne rencontre pas souvent mais régulièrement.

Toi comment ça se passe une de tes consultations typiques de contraception, que ce soit première prescription ou renouvellement ?

Alors, il y a, ça peut être très différent parce que déjà les toutes premières demandes de contraception souvent elles osent pas le dire donc elles vont venir en disant j'ai des règles très abondantes je voudrais la pilule, euh pour avoir des règles moins douloureuses. Bon. Alors on se dit est-ce qu'on pose la question, est-ce qu'on pose pas la question, parce que le problème c'est que dès qu'on parle de contraception on est quand même assez intrusif hein. Euh c'est-à-dire moi je m'excuse, je vais te poser des questions un peu indiscrètes, est ce que tu es d'accord, pour la poser. Ou est-ce que vous êtes d'accord que je vous pose des questions ? En même temps que c'est une jeune de 15 ans qui aborde la question pour la première fois, on se dit il faut peut-être lui laisser le temps. Après euh ce que je fais c'est que je leur dis quelque chose qu'elles ne savent pas, c'est que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire avant 25 ans. Parce que toi tu parles d'hormones ou pas d'hormones, mais moi ce que je vois c'est le nombre d'IVG qui continue à, qui a encore un peu augmenté. Donc il y a aussi l'accès à la contraception. Donc je leur dis tu es pas obligée de voir un gynéco, t'es pas obligé d'avoir un examen gynéco avant 25 ans, donc ça les détend pour qu'elles puissent réfléchir. Donc ça c'est pour les toutes toutes jeunes. Donc euh, après euh si, si elles se posent des questions de la contraception hormonale et je, j'ai un stérilet factice que je leur montre. Et je le démonte, enfin je leur montre et je leur demande de toucher. Parce qu' il y a aussi une angoisse par rapport au stérilet, qu'est-ce que c'est ce truc qu'on va me mettre dans corps euh, etc. Donc pour euh comment dire, bah, après je leur parle de l'implanon, voilà tout de manière c'est hormonal aussi hein. J'essaye de les écouter, de savoir ce qu'elles savent et de leur parler, de leur présenter les contraceptions qu'elles ne connaissent pas. Voilà en gros. Et si c'est des gens matures qui n'ont pas de contraception autre que locale, je leur demande un peu comment ils se débrouillent et si ça leur convient, ça leur convient ! Parce que nous on est au service des gens ! On n'a pas à, en libéral on est quand même beaucoup plus dans cette conception que le patient est roi. On va pas dire le client, parce que ce n'est pas des clients, c'est des patients mais, on est prestataires de service, c'est-à-dire que les patients, ils arrivent avec une demande, on n'a pas à arriver en position haute ou en position d'autorité sur eux. Tu vois, ce qu'on voit beaucoup, enfin, je vais être un peu pas sympa, ce qu'on voit beaucoup avec les gynécos quand même, tu vois qui, qui se donnent droit de dire euh, leur opinion sur le nombre d'enfants, sur euh le type de contraception. Je trouve que nous en libéral, en médecine générale on est quand même plus modeste. Donc on va être plus sur le plan contraception : comment ça va. Le seul moment où on va être extrêmement strict c'est quand on prescrit du roaccutane. Alors là euh on est, ah ben oui. Tu sais que tous les ans il y a des grossesses sous roaccutane. Ah ben oui, ça, ça me dépasse, mais bon. Enfin bref (rires). Donc dans ce cas-là on est extrêmement strict, mais tous les autres cas..

puis on respecte la loi de toute façon; mais dans tous les autres cas on est au service de la personne donc si la personne me dit je veux pas de contraception, parce que si elle veut pas de contraception, elle va pas nous la demander, tu vois, donc euh. Les non demandes de contraception c'est pas un motif de consultation (rires), parce que il y a une non demande ! (rires)

Et est-ce que tu informes toi quand tu fais une prescription de contraception sur les effets secondaires, les contre-indications ? Le tabac tout ça ? Ou tu as l'impression qu'elles sont déjà plus ou moins informées ?

Alors elles sont, euh non, l'information en général et l'information sur la contraception en particulier, les gens ils ont reçu des milliers d'information qui sont complètement en bazar dans leur tête, et euh pfff, on débusque très régulièrement des incompréhensions. Alors en même temps dans le cadre de la consultation je trouve très compliqué parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer. Donc nous ce qu'on va gérer c'est les grosses contre-indications, et puis euh ouvrir si il y a pas de grosse contre-indication et que c'est la demande de la personne, on va lui dire " il y a pas de question bête, tu peux revenir me voir, on parle de la pilule du lendemain, on parle que la pilule ca protège pas des maladies… mais tu vois il y a déjà beaucoup de choses, déjà en 20 minutes, c'est fou !

Mais par contre ce qu'on avait fait à un moment, le planning faisait une permanence dans notre maison de santé et en fait 2 heures par mois, donc c'était pas beaucoup mais en fait tous les gens qui rentraient étaient obligés, on avait bloqué l'entrée principale et tous les gens qui rentraient étaient obligés de passer par la salle de permanence ou euh il y avait quelqu'un du planning qui était là pour répondre aux questions. Et on trouvait que c'était important d'une part pour les échanges directs qu'il y avait entre le planning; euuh pas le centre de planification de l'hôpital hein, le planning familial : l'asso hein. Pour dire, euh c'était une manière de signifier aussi aux gens, ici on peut poser ses questions. Tu vois, on trouvait que c'était efficace sur les deux heures qu'elle passait. Et à la fois efficace sur le signal que ça donnait aux gens qui fréquentent la maison de santé de dire euh si vous avez des questions sur la pilule vous pouvez nous les poser. Sur la contraception.

Tu as l'impression que c'est brouillon dans leur tête du coup le tabac, les risques ?

Oui si, moi je fais attention avec le tabac parce que, on est dans la diversité humaine hein. Donc on peut rencontrer, madame machin 30 ans juriste, et la petite qui a été placée parce qu'elle était maltraitée par ses parents et qui est en foyer de jeunes. On a tous les intermédiaires entre deux. Euh, la qualité de la connaissance n'est pas la même et la réalité du risque, à la fois d'une grossesse non désirée et d'une maladie sexuellement transmissible n'est pas du tout le même. Donc euh moi le tabac et la pilule vraiment chez les jeunes femmes toutes perdues j'en parle pas tout de suite parce que sinon elles vont arrêter la pilule, elles ne vont pas arrêter le tabac.

Par contre si, une fois qu'elles ont passé 20 ans, ou 25 ans, à ce moment-là je vais leur dire, tabac pilule, ce serait mieux un stérilet, ou autre chose, enfin, quand ce sont vraiment des gens qui sont très perdus on va dire, je vais pas proposer une contraception locale. Moi je ne vais jamais proposer une contraception locale.

Par contre si c'est le choix des gens on va en parler simplement.

Quand tu dis contraception locale, tu penses au stérilet au cuivre ?

Non, contraception locale, ça veut dire soit euh espacement des rapports, soit préservatif. Donc moi je ne vais jamais proposer ça à mes patients. Parce que d'abord je pense qu'ils n'ont pas besoin de moi pour ça. Et puis surtout il faut

être mature, très responsable pour pratiquer ça. Donc moi je ne les emmènerai pas là. C'est pas que je le rejette, c'est juste que je ne me sens pas d'assumer la responsabilité d'accompagner quelqu'un la dessus. Quand on a mis le passage du planning qui est venu pendant 2 ans tous les mois, puis il y avait AID qui passait aussi en alternance, on avait fait une rencontre de tous les professionnels euh de quartier sur ce sujet, tu vois pour échanger. Avec euh les sages-femmes aussi qui étaient venues, les pharmaciens, biologistes et infirmiers. Ouai c'était deux heures hein, mais c'était très intéressant, euh de se dire que c'est une préoccupation partagée, parce que du coup, après il y a une confiance hein, le biologiste il se dit tiens, moi j'ai plein de gonocoque en ce moment, le pharmacien il dit ben moi j'ai plein de demandes de pilule du lendemain ou bien le distributeur de préservatif était bloqué par le gars qui m'a vendu la pharmacie je comprends pas! etc

Chacun arrive avec son regard sur ce qui se passe dans la vie sexuelle des gens du quartier.

Ah oui le pharmacien était contre les préservatifs donc il avait bloqué la machine !?

Et oui ! et le jeune pharmacien de 30 ans qui achète la pharmacie, il tombe des nues !

C'est incroyable, ah oui c'est des choses qu'on ne peut pas imaginer

Et oui qu'on ne peut pas imaginer ! Donc c'est intéressant de croiser les regards ! Eh c'était une très belle rencontre, c'était très émouvant. Et puis alors dans les sages-femmes il y en avait une qui portait ça vraiment, l'accompagnement des contraceptions complètement naturelles. Et tu vois je pense que c'est plutôt les sages-femmes qui peuvent gérer ça parce qu'elles font que ça ! Nous, dans une consultation médicale, on fait des milliards de choses en même temps. Et puis on fait des consultations plus courtes. D'ailleurs elles le savent, elles se refilent l'adresse, euh voilà, elle a sa patientèle propre. Je pense que c'est plutôt comme ça parce que moi je me vois pas euh je me vois pas faire ça. Je ne me sens pas assez confiante.

Et elle n'a pas trop de grossesse euh…

Non je pense qu'elle a une patientèle très particulière qui viennent la voir pour des choses très particulières, tu vois c'est ça aussi. Nous médecins de quartier on est vraiment dans la diversité humaine, quoi qu'on a quand même des profils de patientèle. Mais elle, pour la contraception, a quand même un profil de patient très particuliers.

Est-ce que tu te souviendrais d'un cas en consultation ou une femme aurait dit qu'elle ne souhaitait pas ou plus, ou qu'elle refusait une contraception hormonale ?

Alors je me souviens avoir rencontré une dame, je lui avais demandé si elle avait une contraception et elle m'a dit non. Parce que c'est une dame qui va être greffée hein tu vois donc il faut pas qu'elle tombe enceinte avec les médicaments ; elle a été greffée d'ailleurs. Qu'elle tombe enceinte avec les médicaments anti rejets. Elle m'a dit non, non non euh j'ai pas besoin de ça on se débrouille, je sais pas comment elle m'a dit mais quelque chose comme ça. Donc ça je me souviens très bien parce que c'est récent.

Et elle n'avait pas donné ses raisons particulièrement ?

Non, non je sentais que c'était un choix, voilà c'est une femme qui est comptable, qui doit avoir une quarantaine d'années, et elle m'a dit ça et je la sentais assez sûre d'elle, donc je ne suis pas allée chercher. Je voyais que c'était affirmatif dans sa manière euh. Donc ce que je lui ai dit c'est que ce qu'il ne faudrait pas c'est de tomber enceinte avec les médicaments, elle m'a dit non non je gère. Okay. Bon tu vois on parle préservatif de temps en temps et il y a des

périodes quoi. Mais ce qu'on voit, je me rappelle d'une femme psychologue qui m'a dit : la pilule baisse ma libido. Donc moi ça m'a laissé un peu rêveuse parce que tu vois je trouve que dans notre société il y a un peu une injonction à avoir une libido. Il faut réussir sa vie sexuelle. Enfin moi je viens d'un milieu catholique assez conventionnel ou on avait plutôt un interdit sexuel ! Et maintenant je vois qu'il y a plutôt une injonction sexuelle. Et il faut avoir de la libido, il faut euh, bon c'est un peu plutôt ça qui m'a interrogé mais bon, elle me dit ça elle veut pas ça euh ça la regarde hein. Et c'est une dame qui avait une grosse euh endométriose, douloureuse, et qui n'arrivait pas à avoir d'autres enfants, donc tu vois c'était un peu mixé, elle ne voulait pas de pilule, elle voulait plus d'enfants, enfin je me souviens plus vraiment mais je me rappelle de sa phrase : ça baisse ma libido et finalement comme son endométriose était très douloureuse elle s'est fait faire une hystérectomie donc tu vois c'est

Radical oui

Assez radical oui, donc tu vois on a des choses comme ça, tu vois c'est pas forcément ça que tu attendais parce que tu as vu peut être au CEGIDD plutôt des gens jeunes en bonne santé.

Bah oui mais après peu importe, moi toutes les expériences m'intéressent, moi j'ai vu de tout c'est sûr.

Alors, ce qu'on fait, à l'autre extrême pour les gens qui ne veulent pas prendre la pilule, ou qui oublient tu vois, j'ai une associée qui pose des stérilets aux nullipares. Donc ça je leur propose.

Mais ça c'est plutôt dans le cadre des filles qui oublient leur pilule tu dis ?

Euh pas forcément, non non pas forcément ! Des femmes qui, des jeunes femmes. Alors moi j'anticipe, je leur dis tu vois la pilule, faut le prendre c'est embêtant, quelquefois les hormones, on aime pas trop ça.. Parce que c'est vrai qu'on l'a quand même entendu ! Donc comme ce que je veux pas c'est qu'elles reviennent pleurer parce qu'elles ont une grossesse pas désirée, ce qui est quand même l'objectif de la contraception ! Hein, c'est de pouvoir euh gérer sa fécondité et de ne pas regretter d'avoir été enceinte ! Enfin pour moi c'est ça, c'est le but ! Je leur dis que si vraiment à un moment la pilule ne te convient pas, il y a plusieurs sortes de pilules différentes, il y a quarante pilules sur le marché. Si cette pilule ne te convient pas, n'arrête pas tout d'un coup, reviens m'en parler, on discute, et on peut même poser des stérilets pour celles qui n'ont pas eu d'enfants. Et tu peux entendre des gynécos qui te disent que ça se fait pas, mais nous ici on a le Dr B qui travaille aussi au centre de planification de l'hôpital, et qui pose des stérilets à des gens comme toi, et je leur montre, et elles me disent : Oh non mais moi je veux pas ça ! Et je leur dis, écoute mais moi je veux pas que tu le veuilles, je veux juste que tu puisses avoir toutes les infos pour que tu puisses choisir. Voilà.

Plus généralement, toi tu as connaissance des motifs de refus des contraceptions hormonales ?

Donc il y a un côté un peu : je prends des hormones, ce côté un peu refus du médicament, ça c'est clair. Euh il y a la baisse de la libido, et il y a l'oubli. Mais sinon il y a le " je prends des hormones tout le temps, tu vois je comprends très très bien ça moi. Ma mère est morte à 50 ans d'un cancer du sein euh qui grossissait de semaine en semaine, tu imagines le truc hein ! Un truc très très foudroyant ! Donc moi je me suis toujours posée la question : est-ce que je suis sujet à risque de faire la même chose, et est-ce que prendre des hormones euh ça pourrait agir comme engrais ? Tu vois on a vu ça, que les traitements de ménopause pendant 20 ans, on a vu que ça favorisait un peu les cancers du sein ! Donc euh quand les gens moi disent olala les hormones tout le temps on ne sait pas trop ce que ça peut donner ! Et beeen je

ferme pas la porte ! Toute intervention médicale c'est une balance bénéfice risque ! Le bénéfice évident c'est de ne pas faire comme ma grand-mère qui avait 5 enfants à 25 ans, mais l'inconvénient c'est quand même que c'est des hormones ! Donc la balance bénéfice risque les gens comprennent très très bien ça, et on peut leur expliquer, je lui explique simplement ! Et je le comprends bien ! Donc quand on propose une contraception, on va toujours dire, ben le stérilet c'est quand même une contraception mécanique, même si on met un stérilet hormonal, c'est quand même des beaucoup plus petites doses, ça je leur explique quand même. Et on voit quand même qu'il y a une grosse augmentation de la demande de stérilet, moi je trouve.

Et toi est ce que tu as l'impression d'avoir déjà eu des patientes qui se sont senties jugées dans le parcours par le corps médical par le refus des hormones.

Alors globalement je trouve qu'on ramasse beaucoup de gens qui se sont senti jugés par les gynéco. Vraiment. Alors peut-être un peu moins maintenant parce qu'il y a plus de gynéco médicaux et puis parce que moi j'oriente beaucoup vers les sages-femmes. C'est comme à La Roche il n'y a pas assez de médecins, on a beau se couper en 1000 et d'avoir des jeunes qui sont très à l'aise en gynéco, euh je ne renvoie pas sur les gynécos. Je me dis les gynécos médicaux il faut vraiment, pffff, euh ils font de la mauvaise médecine, ils ne sont pas sympa avec les gens, euh, oui donc des retours, pas spécialement sur l'hormone mais c'est ce que je te dis, sur la brutalité de l'examen clinique, les mammographies qu'on fait avant 50 ans sans symptômes euh, les examens trop rapprochés alors que maintenant c'est tous les 3 ans et même tous les 5 ans. Euh tu sais maintenant il y a des nouvelles recommandations à partir de 30 ans on fait la recherche de HPV et on fait plus le frottis, on fait le frottis que si le HPV est positif. Ils n'appliquent pas les recommandations. Donc ils emmènent les femmes dans des fausses infos ! Moi je suis très fâchée contre les gynécos médicaux, voilà.

Alors c'est ça que tu as comme retour des patientes ?

Alors les retours des patientes, déjà il y a vraiment peu de gynéco à la Roche, euh donc en fait ils font pratiquement plus de contraception de base, je n'ai pas eu de retour négatif comme ça d'autres médecins généralistes par les patientes, pas trop. Le côté tu vois le gynéco qui engueule sa patiente, euh je trouve que non, pas trop non. De toute façon les gynécos ils font pratiquement plus de contraception puisque c'est impossible de les voir, il y en a pratiquement plus, donc ils font de la médecine de deuxième recours, puis c'est là qu'on les attend, et c'est là qu'on besoin d'eux, c'est-à-dire euh de la stérilité, du cancer, de la contraception difficile, enfin, des endométrioses, c'est là qu'on a besoin d'eux. Mais du premier recours tu vois, je vais voir mon gynéco tous les ans euh. Tu vois quand je dis quand il y a une fille de 16 ans, c'est pas obligé de faire un examen gynéco avant 25 ans mais si ça te fait plaisir, je t'examine pour que ça te rassure sur ta santé, je le fais , mais c'est toi qui décide. Et que la mère les emmène chez le gynéco parce que c'est pas normal de ne pas être examiné. Et que le gynéco les examine et quelque fois les fait revenir tous les 3 mois euh ouai ça m'énerve un peu ouai. Parce qu'on essaye de construire quelque chose de réglo, pas tant par rapport aux hormones, ce n'est pas tellement ressorti quoi.

Du coup tu parlais de la libido tout à l'heure, les femmes elles te parlent d'autres effets secondaires gênants des hormones ou pas ?

Euh il y a les migraines sous pilule, la modification des seins, qui peuvent grossir avec certaines pilules ou au contraire euh diminuer, donc il y a une modification de l'image de soi, donc ça c'est compliqué ! C'est ça surtout je pense.

Quand on a des pilules sans règles ça peut

beaucoup les angoisser pour certaines

Et oui tu disais les femmes qui ne veulent pas d'hormones tu les envoies surtout chez les sages-femmes…

Chez ma collègue qui pose des stérilets, je les mets en première intention. Soit elles se débrouillent toutes seules soit elles demandent un stérilet, je les envoie chez ma collègue qui met des stérilets au nullipares, enfin en général mais aussi aux nullipares, et qui est très euh, très très experimentée. Alors non la sage-femme je l'ai rencontrée, je sais qu'elle fait ça mais je lui envoie pas parce que je n'ai pas tellement ce type de patiente.

Et du coup comment tu penses qu'on pourrait améliorer la prise en charge de ces patientes ou la relation médecin patiente sur ce sujet de ces femmes qui ne veulent plus d'hormones ?

Alors moi je pense qu'il y a quand même un phénomène de génération, hein les jeunes médecins sont plus raccord avec leur jeune patientèle. Les hommes médecins généralistes font quand même de moins en moins de gynéco, euh donc on voit qu'il y a un déplacement de euh une jeune femme va être très à l'aise avec les contraception avec une jeune femme du même âge, ou à peu près, à 4/5 ans près, parce que c'est vraiment son pair au sens P A I R , tu vois, il y a une certaine familiarité, d'aisance, et puis de plus en plus elles vont voir les sages-femmes qui se sont emparées de la dimension gynécologique, avant elle ne faisaient que de l'obstétrique mais elles commencent à s'emparer de la dimension gynécologique, et on voit euh, c'est entrain de se passer sous nos yeux hein , depuis 3 / 4 ans , donc j'ai l'impression que ce problème il va se régler comme ça, par euh par cette orientation vers les jeunes médecins femmes ou les sages-femmes. Les jeunes médecins hommes ce serait intéressant de leur demander comment ils se situent mais j'ai l'impression quand même que les jeunes médecins sont quand même moins dans cette posture d'autorité globalement, les jeunes médecins généralistes, euh que ce qu'on a pu connaître. Pour moi ça va se régler par le fil du temps mais je peux me tromper hein ! Faudrait demander aux patientes !

Oui c'est intéressant le côté avec les sages-femmes..

Puis je te dis les jeunes générations jamais ne parleront comme ça. Oui parce que cette méfiance, je ne dirais pas cette méfiance, mais cette réserve, cette arrière-pensée vis-à-vis des hormones qui est dans la tête de nos patientes, elle est aussi dans la tête de nos jeunes internes ! Elle est aussi dans ta tête d'ailleurs !

Tu vas remplacer, tu vas t'installer, tu vas être sensibilisée à ça ! Mais tu n'es pas la seule j'imagine. Non je crois pas.

Donc je pense qu'il y a un phénomène de génération qui va en partie régler le problème. Et les vieux qui sont persuadés d'avoir raison il n'y a pas beaucoup d'espoirs (rires)

Bon bah du coup, j'ai fini avec mes questions, si tu devais un peu résumer notre entretien, les phrases qui te paraissent pertinentes ?

Euh non bah je pense que tu es un peu à l'image de ta génération? tu t'intéresses à ce sujet et c'est bien voilà !

Numéro 13

Si je te dis contraception hormonale ou défiance envers les hormones, qu'est-ce que ça t'évoque ?

Alors c'est avant tout le risque de cancer du sein que sortent les patientes, euh c'est avant tout en premier lieu je pense la pilule, c'est la demande de ne pas prendre d'hormone, donc globalement avec la notion quand même de dose. Les gens font la part des choses avec les microprogestatifs, enfin quand on leur explique

ça leur parle un peu et les pilules classiques, ça c'est ce qui me vient à l'esprit avant tout ! Après concernant euh comment ça s'appelle, les implant, nexplanon et tout il n'y a pas tellement de crainte alors que moi j'en aurai plus justement euh sur les effets hormonaux sur le bien être des gens, par expérience. Pareil je ne sais pas si ça concerne les trucs euh hormonal mais le stérilet hormonal peut être? Donc les gens n'aiment pas, moi je pose des stérilets de temps en temps, 4 fois par an, quelque chose comme ça, et là souvent, il y a une demande euh assez fréquente d'un stérilet sans hormones donc avec la crainte d'effets, je pense, je creuse pas trop l'affaire parce que moi je suis pareil je les pousse pas trop aux hormones, quand je, je suis assez d'accord de ne pas mettre des mirena à tout le monde, dans certains cas. Donc euh souvent la crainte, elles sont assez informées, elles se renseignent elles même, c'est un peu les effets sur le psyché, euh c'est ça qui les fait craindre je crois. Moi je résumerai pilule c'est souvent le cancer du sein, c'est souvent la crainte qu'elles ont, enfin il me semble, et celle de grossir je ne sais pas, on en parle pas trop mais souvent là c'est voilà. Mais j'ai pas trop de phobie avec ça ! Je trouve que c'est pas, il y a une demande de pas trop monter en gamme dans les hormones mais voilà. Globalement je vois de plus en plus de femmes sous microprogestatifs, euh pas forcément que moi j'ai prescrit, que je renouvelle, en plus c'est facile à renouveler il n'y a pas trop de contrainte clinique sur ce genre de médicament, donc ça m'arrive souvent qu'elles me le demande et que je dise oui, je suis surpris oui de la demande en microprogestatif. Beaucoup plus qu'il y a 20 ans ou c'était réservé à l'allaitement et aux contre-indications absolues, là c'est des gens qui volontairement ont fait le choix de prendre des microprogestatifs, je ne sais pas sur quels arguments mais voilà. Je pense que derrière il y a demande de moins d'hormones.

Oui quand tu parles du psyché avec les microprogestatifs ? tu parles de dépression ?

Oui j'en ai eu euh trois quatre expérience, j'en ai deux je crois de mémoire avec des stérilets aux hormones avec des ouai des côtés un peu déprimants, dépressifs ou autre, attention je n'ai pas fait d'études là-dessus mais c'est une expérience personnelle et en creusant. Bah il y a en a une par exemple on lui a enlevé au bout de 3 jours, je ne compte pas trop la dedans, mais alors elle était effondrée, alors il y a beaucoup de psychologique aussi sans doute, euh voilà. Mais sinon par rapport à l'implanon ouai, moi je préviens toujours les gens, je dirai qu'il y a 10- 15 % ouai 5-10% des gens qui vont avoir des effets quand même sur leur humeur, sur leur sensibilité affective, ça c'est plutôt par expérience ce que me rapportent les gens, et le fait de l'avoir enlevé leur fait des changements et tout et plutôt d'avoir des résultats positifs quand on les arrête quoi. Contrairement à la pilule oestro progestative qui sont plus classique quoi.

Et toi dans ton quotidien tu as l'impression que les femmes elles veulent moins d'hormone, moins d'œstrogène.

Euh oui alors, plus qu'avant en tout cas oui plus qu'avant, et alors je vais pas généraliser mais il y en a qui veulent une pilule efficace qui soit plus sure que la progestative avec les contraintes d'horaires et tout donc il y a un peu de tout quand même mais il y a une plus forte demande aujourd'hui sur les microprogestatifs, voilà plus de demande, après je ne vais pas analyser toujours le pourquoi des peurs, comme je disais il y a une part de cancérophobie et une part d'instinct de moins de médicament, on a l'impression qu'il y a moins de médicament dans les microprogestatifs, plus naturel. Puis moi je pense, c'est un peu la sensation que j'en ai aussi sans m'y connaitre trop, je dirai j'ai ce ressenti là, c'est ce qu'on donne pendant l'allaitement donc à priori pour le bébé, donc pour la femme ça doit pas être mauvais.

Toi si tu peux me raconter une de tes consultations typiques; première prescription ou renouvellement de pilule ?

Bah écoute bah pour une première, si c'est une jeune femme, euh qui peut avoir entre 15-16 ans et 20 ans 25 ans, oui en général c'est un peu dans ce genre-là, euh bah la je fais un peu le classique antécédents familiaux, maladie thromboembolique, je demande le cancer, je demande le diabète, je demande un peu tout. Je les préviens je ne fais pas d'examen gynéco en fait avant quasiment 25 ans, peut être un petit peu, ça dépend de la personne si elle est. C'est vrai que j'essaye de suivre les recommandations et de ne pas trop médicaliser et de faire un examen clinique qui ne rapporte souvent pas grand-chose. C'est vrai que parfois c'est utile si on a notion d'une poitrine euh particulièrement à risque au niveau familial ou bien, que la patiente me dit spontanément qu'elle a peur un petit peu ou qu'elle, bon ça peut arriver ! Mais je ne vais pas faire d'examen avant 21, 22 ans. Voilà je lui explique plutôt l'auto palpation, et euh je l'incite à se palper de temps en temps pour se familiariser avec son corps, pour être aux aguets d'un cancer du sein ! Mais bon ça c'est indépendamment de la pilule ! Voilà. Donc j'essaye de gérer un peu comme ça mais je, pour une première consult je ne vais pas faire comme avant ou il fallait absolument faire l'examen des seins et tout. Bon après à partir de 23 -25 ans je le fais hein mais au début je ne médicalise pas la dessus, je ne fais pas non plus d'examen gynécologique, je ne fais pas de frottis avant 25 ans aussi, on va parler un peu de gardasil, voilà, c'est l'occasion, euh donc prise de tension, prescription d'un bilan à 3 mois en général, voilà c'est ce que je fais, pour se revoir. Si il y a notion d'antécédents thrombo embolique donc la j'écarte la pilule, la pilule oestro progestative. Et dans ces cas-là je peux me poser la question d'un bilan thrombo embolique familial voilà ça peut arriver ! C'est assez rare, ces dernières années je n'ai pas eu d'antécédents de ce type. Voilà le tabac bien sûr, prévention tabac, c'est pas un obstacle absolu, c'est un constat, je veux dire je ne vais pas interdire la pilule à quelqu'un qui prend du tabac. Peut-être l'orienter quand même vers un progestatif peut être, un micro pfff ça dépend un peu, tu vois le profil, si la patiente a l'air sérieuse, organisée euh qui se pose la question, qui ne va pas oublier et tout, parce que sinon si elle le prend pas aux bonnes heures ça risque de , de faire des grossesses non désirées sous microprogestatif et j'en ai eu pas mal, surtout à 17, 18 ans , je préfère la pilule normale pour chez les jeunes. Et puis donc voilà, prise de tension, petit examen cardio vasculaire, c'est plutôt histoire de montrer voilà que je fais un petit examen, mais je trouve que c'est abusé de faire des examens gynécos sans utilité, d'autres diront le contraire, pourtant j'ai été formé à ça, à l'époque faillait euh, toutes les femmes à partir de, fallait les examiner aux urgences, c'était traumatisant pour elles de leur imposer des choses, pas forcément très justifiées. Faut respecter leur intimité, c'est une forme d'abus de pouvoir ou d'abus scientifique, bien sûr qu'on va trouver des cancers du sein à 20ans, on va peut-être en trouver 3 par ans. Mais le risque, la chance de tomber dessus il est tellement faible, ça justifie pas de tous les autres examens un peu abusifs. Le dépistage n'est pas prouvé voilà j'essaie de m'en tenir à ça. Voilà donc ça c'est la première consult. Et après le suivi c'est un peu la même chose : tout va bien, oui. Je remets facilement pour un an. Je fais un bilan biologique tous les 5 ans, et je fais un frottis tous les 3 ans après à partir de 25 ans. Donc vaccin gardasil si possible maintenant. J'y vais assez largement. Euh prévention oui sexuelle en même temps, changement de partenaire, prévention MST, avec bilan MST si besoin, selon le parcours, selon le diagnostic. Et puis un petit cours sur les oublis de pilule, les oublis la conduite à tenir. Que leur dire d'autres. Souvent je leur prescris facilement une pilule du lendemain, quand j'y pense ! Parce qu' il y a beaucoup de choses à penser là. C'est vrai que c'est pas forcément systématique quand j'y pense mais euh souvent ça vient dans la conversation dans le suivi : Ah tiens vous avez

une pilule du lendemain ? Au cas où ? Ben non. Bon ben voilà je vous la marque n'hésitez pas à la prendre. Voilà ! et puis c'est à peu près ça que je fais. Ouai après je pose quelques questions sur justement le moral, j'insiste souvent sur ça va le moral. Je les préviens sur un risque sur le moral notamment lorsque je mets un stérilet hormonal ou un nexplanon. Je les préviens et je leur pose quand même la question. Voilà et après sur le suivi, pour le stérilet ça c'est autre chose, souvent elles ne reviennent pas, elles ne reviennent pas, ou parfois je les vois pour autre chose : vous avez quelqu'un un gynéco ou. Ben non. Alors elles pensent que le stérilet il n'y a pas de problème. Alors j'aime bien voir euh tous les ans, voir si il n'a pas bougé même si je ne sais pas si c'est très utile pareil. Alors ça j'essaie d'insister sur la nécessité d'un suivi. Voilà. Mais je renouvelle souvent aussi entre deux pour des gynéco qui sont absents, je prends la tension. Voilà, c'est avant tout la tension. Le reste je veux dire, pour moi je ne pense pas que je les expose à grand risque en ne faisant que ça.

Et oui tu informes surtout sur l'humeur pour les contraceptifs ? Au niveau des effets secondaires ?

Oui oui pour ce qui est tension mammaire elles vont me dire si c'est trop gênant mais franchement elles ne s'en plaignent pas trop. Prise de poids, je trouve qu' avant on en parlait beaucoup et aujourd'hui on en parle un peu mais je n'ai pas l'impression que ça fasse prendre tant de poids que ça. Après si, on va peser au prochain coup, mais je vais pas les prévenir que ça va leur faire prendre du poids parce que c'est un coup à les faire douter, et dès qu'on met le doute surtout comme ça dans les trucs hormonaux et à cet âge-là, elles vont commencer à se faire des films. A part l'humeur parce que effectivement c'est toujours à connaître. Alors après effectivement je prends le temps, je leur dis qu'on peut avoir un passage à vide et ce n'est pas forcément la pilule mais je les mets un petit peu en garde parce que si je leur donne pour 3 ou 6 mois, elles peuvent éventuellement ne pas s'en apercevoir et mettre ça sur le compte de soucis et. Donc voilà il n'y a que ça sur lequel j'insiste. Plutôt pour les nexplanon, l'implanon, pas trop pour la pilule en général. Je ne préviens pas pour la pilule.

Et du coup est ce que tu te souviens dans une consultation qu'une patiente qui ne souhaitait pas ou plus d'hormones ?

Alors ça a dû arriver, j'en ai pas eu récemment.

Et tu as l'impression que ça t'es déjà arrivé ?

Ah oui ça m'ai déjà arrivé! Beaucoup pour le choix du stérilet, on va le choisir sans hormones si possible, euh, et puis, euh beaucoup enfin ça m'arrive régulièrement après la majorité vont me faire confiance sur le choix. Enfin pour moi il n'y a pas de danger supplémentaire alarmant sur les hormones en elles même. C'est plus pour moi pour l'environnement, c'est tout ce qui est un peu féminisation dans l'eau après les perturbateurs endocriniens, je sais que ça en donne pas mal en fait, donc c'est vrai que j'aurai tendance à, pff c'est difficile de maitriser ça un peu dans son cabinet tout seul. Il faudrait que ce soit une politique globale avec des choses efficaces à côté. Hors la pilule reste quand même quelque chose de très efficace, quoi il faut reconnaître, c'est un bon truc quoi. Enfin je trouve c'est pas mal. Donc euh non j'ai pas un exemple comme ça qui me vienne, ce n'est pas une problématique, c'est une petite tendance qu'on voit peut être plus qu'il y a 20 ans, ça c'est clair. Maintenant je ne trouve pas qu'il y ait de phobie, comme les vaccins, les gens se renseignent ! C'est plutôt une euh une saine question de se poser des questions un petit peu. Moi dans ma patientèle je ne pourrai pas dire qu'il y a une parano ou une peur, je ne le ressens pas comme ça en tout cas.

Oui c'est plutôt des questionnements ?

Oui et c'est très bien! Elles vont prendre ça toute leur vie, un médicament, premier médicament

souvent qu'elles vont prendre régulièrement, effectivement je comprends tout à fait qu'elles souhaitent ne pas nuire euh à leur santé et créer un cancer. Après avec tout ce qu'elles entendent elles mélangent sûrement un petit peu et puis il y a surement des voix qui s'élèvent dans les médias ou autre pour déconseiller formellement mais en tous cas moi je m'en tiens à des preuves hein quand on me demande qu'est-ce que vous en pensez. Je dis ben non, écoutez, les études, il y a peut-être une augmentation, je sais plus les chiffres mais c'est pas vraiment significatifs je crois, enfin il me semble que ça en augmente d'un côté et ça en baisse de l'autre, je sais plus exactement.

Les augmentations de quoi ?

De cancer, je sais plus, je ne saurai même pas dire, tu dois surement savoir. Au final je leur dis non. Autant il y a des risques vasculaires, d'AVC et lié au diabète, mais ça c'est rare à votre âge. Si vous ne voulez pas prendre de risque c'est microprogestatif quoi. Oui c'est ça il y a forcément une crainte vu qu'il y a beaucoup de cancers du sein et puis ils entendent souvent la mamie ou la tante qui dit oui moi j'ai pris la pilule toute ma vie et j'ai eu un cancer du sein donc forcément ils peuvent, il y a un lien de causalité qui est mis dans la tête des gens sur les cas particuliers ou ça n'a pas de sens mais c'est normal, c'est tout à fait humain, tout le monde essaye d'expliquer les cancers à un moment donné, on prend des décisions individuelles, c'est tout à fait logique. Tu vois moi j'ai la fibre, j'essaie de clarifier les choses, je dis vous savez c'est peut être un biais il ne faut pas tirer des conclusions rapides, mais après c'est tout, je voilà, j'essaie de les éclairer tout simplement.

Et oui toi au niveau environnement ? si tu essayais de diminuer la pilule ce serait les questions environnementales ?

Entre autres oui. C'est ça mais la partie environnement. Je suis très sensible à ça, je trouve qu'il y a beaucoup de perturbateurs endocriniens qui incluent beaucoup de choses, donc ça c'est peut-être l'argument principal aujourd'hui. Euh et puis euh, peut-être la notion de prendre un peu moins de pilules magré tout, on sait pas trop, euh. Peut-être l'idée vu que c'est un peu moins nocif comme on le voit par rapport à l'allaitement, je me dis que c'est un peu un réflexe, je me dis que c'est peut-être moins nocif pour la santé parce qu'il y a aura toujours des effets qu'on découvrira un peu plus tard mais je suis pas très inquiet mais comme ça je les pousse pas à, moi si je devais pousser ma fille à prendre la pilule, je lui prescrirai je crois un oestro progestatif. Je suis pas non plus un partisan absolu, j'ai pas trop d'avis sur la question. Il y a des possibilités avec les avantages de l'un et de l'autre avec un peu moins d'hormones d'un côté mais un peu moins de sécurité. J'avoue que quand on est jeune, je recherche avant tout la sécurité. Après je ferai pas du tout la même approche avec quelqu'un qui a 40ans et qui fume hein. C'est clair que là c'est microprogestatif pour des raisons de santé quoi. Passé 30, 35 ans surtout je vais en discuter, selon le profil de la patiente, si elle a des antécédents familiaux, si elle fume, je vais rapidement, elle se connaît, elle sait si elle peut respecter l'horaire des progestatifs, je vais plutôt les orienter vers des microprogestatifs. Là c'est plutôt quand elles sont plus âgées.

Alors dans mes recherches j'ai constaté que certaines patientes pouvaient se sentir jugées dans leur souhait de ne pas vouloir d'hormones, je ne sais pas si tu as constaté ça ?

Euh non ça ne me dit rien non. Après moi je pense que je suis plutôt assez à l'écoute et je me fais peut être plus mené en bateau que je suis ferme. Donc je ne pense pas que j'ai la réputation d'être braqué sur des positions et tout. Donc ma patientèle ils me connaissent maintenant, ils savent que je suis plutôt à discuter et tout, il faut qu'ils tranchent, les gens ils sont grands et je suis pas comment dire autoritaire dans mes décisions donc je n'ai

jamais ressenti, il n'y a jamais eu de blocage, comme je te dis je ne suis pas euh, j'ai pas de conviction absolue et je trouve que tout se discute et tout se comprend, je ne suis pas opposé à l'idée de, voilà ça me dérange pas , j'essaie de m'adapter à la demande, j'essaie de trouver la meilleure solution pour ce que souhaite la patiente mais il n'y a pas de conflit, il n'y a jamais eu de conflit, en refusant tout. Ca m'est peut être arrivé avec une très grande fumeuse, qui fait des migraines en plus, j'ai dit ben non, il faut arrêter la pilule, je lui explique qu'elle peut potentiellement faire un AVC. Pas besoin de trop insister pour la.. Mais pas de jugement non, je ne pense pas qu'on ait remonté comme quoi je les jugeais ou voila

Oui, ou de la part d'autres médecins ?

Non je n'ai pas entendu ça. Dans notre secteur de travail, pas ça. La plupart des médecins on est à peu près tous, je dirai que dans les départements, je dirai que dans mon environnement la plupart sont assez à l'écoute et euh comme médecine, on a du monde mais on est toujours suffisant, on n'est pas à la bourre, il y a du monde mais on arrive à parler avec tout le monde, je pense que ça se passe bien.

Plus généralement pour améliorer la prise en charge de ces patientes qui ne souhaitent pas d'hormones ?

Euh c'est difficile parce que moi j'y vois pas forcément de problème, parce que les autres médecins ils avaient des problèmes ?

Non ce n'est pas une problématique pour moi, j'attends rien de soutien, pas besoin de formation ou autre

Bon ben si devais un peu résumer notre conversation ?

Ouai moi je dirai une petite prise de conscience et un questionnement qui m'a l'air assez sain contrairement à d'autres domaines de la santé ou à la limite les patients sont assez perdus, euh dans tout ce qu'on leur propose. Donc il me semble que ça raisonne un peu dans ce domaine-là et volonté de prendre en charge ses choix de santé donc c'est bien, comme je disais pas trop de difficulté parce que comme je le disais il y a encore une notion de confiance par rapport au médecin. Euh et voilà grosso modo, quelque chose qui monte un peu depuis une vingtaine d'années, légèrement mais euh mais ça reste, c'est une question qui monte doucement.

Numéro 14

.**Que pouvez-vous me dire sur le refus de certaines patientes des contraceptions hormonales ?**

Alors, ça évoque 2 versants, j'allais dire un versant idéologique mais ce n'est pas ça, c'est un versant de principe, ou les gens sont dans une interrogation par rapport à la nocivité éventuelle d'une, de quelque chose qui ne serait pas naturel entre guillemet, donc c'est les interrogations que l'on voit émerger, moi je le vois émerger depuis une dizaine d'année à peu près, je dis ça en vrac, je n'y ai pas réfléchi. Et après, un autre versant c'est un refus qui est plutôt en rapport avec une expérience difficile avec la contraception, c'est-à-dire un oubli, avec l'expérience d'IVG, une mauvaise tolérance de la contraception oestro progestative, ou bien carrément une contre-indication par rapport à des antécédents familiaux ou personnels. Alors là, est ce que le sujet porte sur un refus, un frein, une contre-indication ? Est-ce que c'est quelque chose que l'on doit axer la discussion doit surtout s'axer sur le ressenti du patient ou sur ce que le médecin peut discuter avec le patient par rapport à une consultation…

Alors là c'était plutôt sur les patientes qui ne souhaitent pas de contraception hormonale

D'accord, d'accord. Alors c'est plutôt quand on fait une proposition, c'est un refus du patient.

Oui ou alors des patientes qui expriment d'elles même qu'elles n'en veulent pas, quand on leur demande par exemple : avez-vous une contraception, alors moi je ne fais rien parce que …

D'accord donc ça regroupe à peu près tout ce que j'ai évoqué.

Oui. Donc d'après vous, qui cela touche t'il, avez-vous identifié une certaine population ?

Non, je pense que le refus idéologique, qui se dit idéologique, parce qu'en fait c'est lié, pas sur une doctrine, mais par rapport aux idées que peuvent se faire certaines personnes, certaines patientes, de ce que c'est qu'une contraception hormonale. Pour moi c'est idéologique dans le sens idée reçue, pas dans le sens idéologie doctrine, c'est plutôt une idée, un fantasme, adhérer à un courant de pensée du tout naturel, il y a ça aussi hein, voilà, donc ça c'est par exemple. Donc ça par exemple, ça ne concerne que les femmes, enfin de base, je parle pour cette catégorie de personne, qui refusent d'emblée sans avoir testé. Après, on aura une autre catégorie de personne qui ont déjà testé ou mal toléré ou qui ont eu des accidents de parcours avec des contraceptions mal prises, voilà, bon ça c'est autre chose, c'est-à-dire celles qui n'ont jamais eu l'expérience de contraception, donc là c'est sur le plan des idées hein, enfin des idées reçues ou ce qu'elles s'en font comme idée hein, après il y a l'expérience vécue qui fait qu'il y a un refus, moi je mettrai ces 2 catégories. Dans le sens des idées, il y a les femmes qui disent : Ah non moi je ne veux pas prendre d'hormones, c'est-à-dire de contraception non naturelle. C'est-à-dire qu'elles pensent que avoir une influence sur leur corps d'un produit chimique, c'est surtout ça, c'est la chimie qui risque de dérégler leur fonctionnement, donc ça c'est une chose, et elles veulent, et certaines c'est le courant du tout naturel, on voilà. Ensuite il y en a certaines qui craignent d'avoir des anomalies de fertilité, ça existe encore beaucoup ça c'est chez les très jeunes, les premières demandes de contraception, les premières questions sont : ah oui mais ça va me rendre stérile, donc il y en a certaines qui sont accessibles à un discours de rééquilibrage des données actuelles de la sciences, et d'autres qui sont dans un refus catégorique car elles ont déjà leur idées reçues. Et la alors si on parle du refus, pour moi un refus, c'est une fin de non-recevoir. C'est dire non, non de toute manière non. Et on a à peu près les même types de refus pour les contraceptions non hormonales à type de stérilet, enfin de DIU, qui en fait , certaines femmes disent exactement, émettent un refus aussi pour les DIU pour d'autres raisons qui ne sont pas les même évidemment de la contraception hormonale, mais qui sont aussi péremptoires voilà.

Donc voilà le sujet sur le reste ça peut être intéressant, parce qu'on entend plein de choses sur les DIU, sur ce que ça fait ce que ça fait pas. Alors si on revient sur le hormonal, alors il y a à la fois les idées reçues et qui sont parfois chez certaines personnalités difficiles à mettre en perspective, pour faire bouger les lignes, et puis il y a des fausses croyances qui sont parfois , on peut faire bouger les lignes de ces fausses croyances par rapport à la relation qu'on peut avoir avec la personne et comment dire l'alliance thérapeutique qu'on peut avoir avec la personne pendant la consultation, voilà, par exemple certains qui croient que ça rend stérile ben on arrive à débloquer les choses, on y arrive plus

Et vous, vous en pensez quoi du côté idéologique, la des femmes qui refusent pour le côté idée/ idée reçue ?

Ce que je pense, c'est que chacun fait comme il veut, et par contre le but de la consultation, c'est d'arriver à obtenir une contraception euh satisfaisante et efficace pour la patiente. Moi je pense que vouloir, je ne souhaite pas faire changer d'avis des gens qui sont trop arc boutés dans leur croyance, parce que ça sert à rien, on

perd du temps, à vouloir convaincre et moi je ne suis pas convaincue du bien, enfin chacun doit s'approprier sa propre santé, sa propre contraception du moment qu'elle soit bien vécue et qu'elle soit surtout efficace. Voilà l'efficacité c'est s'y tenir, voilà, enfin le but c'est quand même d'éviter, d'abord d'avoir une vie sexuelle harmonieuse, d'éviter les IVG, pouvoir avoir un enfant quand on en a envie, c'est ça une contraception enfin voilà. Donc moi après sur le plan médical, enfin je cherche l'alliance thérapeutique, je ne cherche pas forcément à démontrer la bêtise de certaines idées parce qu'en fait, même si moi je n'en pense pas moi mais enfin ça c'est personnel. Je ne vais pas m'immiscer moi, je ne vais pas mettre mon ressenti personnel dans la consultation. Par contre ce que je vais essayer de faire c'est d'étayer mon propos avec les données de la science. Voila. Comme pour les vaccins …

Et en général quelles méthodes privilégient ces femmes ?

Alors là, il y a de tout. Il y a soit les fameuses applications ou on voit là, où elles peuvent repérer leur ovulation. Alors là c'est un gros travail, là c'est le plus dangereux, c'est un travail d'information au niveau de la fertilité, enfin, c'est un gros travail d'information, on prend du temps dans ces consultations pour informer du, du fait que c'est une méthode de contraception qui n'a pas fait ses preuves, parce que chacune a son vécu, chacun a ses idées. Parce que certaines ont eu un premier enfant et elles ont mis 7 ans à avoir le second et elles disent, ou qui ont mis très longtemps à avoir le premier enfant, et qui disent : de toute manière ça sert à rien, je risque rien, je suis pas fertile, je suis très peu fertile. Donc il y a toutes les idées reçues sur la fertilité personnelle, ça il faut arriver à démonter ces mécanismes-là, ces schémas, ces fantasmes, en fait ce sont des fantasmes! Pour arriver à faire accepter une sécurité dans la contraception. Alors celles qui refusent systématiquement le principe hormonal, ben euh, je propose d'autres types de contraception ! En sachant que je vais bien sûr parler du préservatif, en sachant que le préservatif a ses limites que j'explique à la patiente et en orientant vers une contraception mécanique plutôt.

Vous détaillez quoi ?

Ben mécanique je propose les DIU, parce que les contraceptions mécaniques avec les spermicides, les ovules spermicides tout ça, ça dépend à qui je m'adresse, c'est sûr que je le conseille pas chez les jeunes filles tout ça en fait. En fait quand on explore le refus des contraceptions oestro progestatives on explore plein de champs et ça dépend vraiment de l'âge de la personne. Par exemple, si c'est une personne qui vit en couple, j'évoque la possibilité d'avoir un désir de grossesse dessous, est ce qu'il y a pas un désir caché de grossesse qui va pouvoir être conservé si finalement ça arrive. Parce que voilà, qu'est-ce qui sous-tend. Parce que les refus de contraceptions hormonales sont des désirs de grossesses dessous. Donc il faut finalement faire éclaircir ce qui sous-tend ce refus ! Voilà, ce qui sous-tend ce refus, ça peut être des idéologies ! Parfois, c'est pur et dur parce qu'on a des croyances et puis aussi on fait émerger ces choses qui, effectivement qui peut être un désir de grossesse qui n'est pas forcément euh toujours, qui n'émerge pas. Alors ça dépend le type de configuration, du couple, du type de partenaire, si une personne qui a de multiples partenaires, si c'est une jeune fille qui a ses premiers rapports, si c'est une personne qui est déjà en activité sexuelle depuis un moment, enfin c'est vraiment très très varié et il faut quand même se poser la question du risque, de ce risque de grossesse, et quand on évalue ce risque de grossesse avec une contraception non hormonale, qui est quand même une sécurité qui est démontrée au niveau de la contraception, et bien quand on a ce refus on évalue ben le risque de grossesse, et puis qu'est-ce qu'on fait si la grossesse arrive et voilà, Et puis il y a aussi, enfin je livre en vrac. Il

y a aussi un refus donc soit par croyance personnelle, soit par poids familial : ma mère m'a dit qu' on risquait d'être stérile, que elle, elle a eu ca comme expérience, que si que mi, et donc ma mère refuse que je prenne une contraception oestro progestative. Ça c'est les jeunes filles hein : 16 ans, ou bien elles viennent en cachette ou bien elles viennent avec la mère qui les a envoyées mais la mère est pas pour la contraception hormonale : pourquoi parce qu'elle ne veut peut être pas voir que leur fille grandit nininin, fou, c'est beaucoup de chose, normalement ça prend beaucoup de temps, normalement. Voilà, parce qu'il faut expliquer, c'est pas rien, il faut démonter certains mécanismes, parfois c'est pas forcément une seule consultation qui peuvent suffire parce qu'on ouvre des portes de questionnement.

Vous avez l'impression que ça impacte votre pratique ce refus ?

J'avoue que c'est quelque chose, ce refus lié aux idées reçues, aux idées de " le tout naturel ", le tout bio, tout ça c'est récent, je dirai que ça a 5 à 8 ans, après les peurs que la contraception empêche la fertilité future, ça c'est ancien, ça c'est ancré. Je suis d'ailleurs étonnée de voir des jeunes filles qui continuent, qui me parlent de ça. Et quand je démonte les mécanismes, je demande mais vous avez entendu ça, tu as entendu ça : Ah ben mes copines ! Ah bon tes copines elles pensent ça ? Bah oui elle, elle prend la pilule mais sa mère lui a dit que euh nininin donc cette peur cette crainte de la stérilité elle est ancrée, elle est ancienne. Elle est ancrée et ça ça change pas c'est intergénérationnel, ça ne change pas depuis 20 ans. Mais le refus pour des idées euh de euh pas de produit chimique dans mon corps, ça c'est récent.

Quelle est votre vision de la contraception hormonale ?

Alors j'ai oublié de dire une chose aussi : C'est toutes les questions que l'on se pose. Alors je ne sais pas par quel bout commencer mais je vais les livrer en vrac. Il y a eu toutes ces polémiques sur les 3 ème et 4me génération avec l'arrivée dans les médias des explications , enfin des explications, l'émergence de débats de société, que je trouve très bien d'ailleurs, à partir de difficultés, de problèmes, d'effets indésirables sur des AVC, des comment dire, les risques de contraception hormonale. Alors, je trouve que mettre dans le débat public des choses qui sont du domaine de la santé, c'est très bien quand c'est bien fait parce que les gens doivent s'approprier leur santé, ce ne sont pas les médecins, les médecins sont au service de la santé des gens, on n'est qu'une petite partie de ce qui est leur santé. Leur santé c'est aussi le sport, leur alimentation, ben, tout ce qui est notre environnement également. Parce qu'on le voit émerger actuellement avec tous les perturbateurs endocriniens, ça ça fait beaucoup de mal aussi à l'image de la chimie. Également parce que c'est une réalité, c'est une réalité et je crois qu'il faut vraiment en tenir compte. Donc, ce qui a surtout été, ça a été surtout le débat dans les années 2010, 2015, c'était le débat autour des risques d'AVC avec les pilules de 4ème génération, enfin les risques thrombo emboliques avec les pilules de 3ème-4ème génération. Ou il y a eu tout un pataques, ou on a demandé de faire attention, de se rapprocher du médecine, il y a eu toute une partie de la population qui a stoppé presque du jour au lendemain les contraception de 3 ème et 4eme génération et la pilule à part qui était donnée pour les, la cyprotérone, la Diane , et je ne sais pas en quantité d'IVG, je ne sais pas quel est le boom d'IVG dans ces années la, moi je me rappelle, d'une de mes jeunes patientes qui travaillait un an en Australie, qui m'avait appelé de là bas, je lui avais marqué Diane car elle avait une acné importante et elle avait aussi utilisé Diane pour la contraception, elle m'avait rappelé, avec le décalage horaire je me souviens très bien : qu'est-ce que je fais Docteur, je l'arrête? je l'arrête? et j'avais dit non non non surtout pas! Donc il y a eu toute une information avec son corollaire qui est la

désinformation au sujet de ces pilules ce qui fait qu'il y a eu une méfiance autour de ça. Alors nous avons rectifié le tir, c'est-à-dire, nous, c'est-à-dire les médecins généralistes, les médecins de premier plan hein, on a utilisé comment dire adapté notre discours, réévaluer les indications, puisque à chaque renouvellement de pilule les femmes revenaient nous voir, les jeunes : est-ce que je risque de ça, est ce que je risque de ça, donc on a repris de façon claire les indications les indications, avec tous les bemols hein avec toutes les interrogatoires qu'ils faut faire hein quand on fait une prescription de pilule. Donc on a recadré les choses en redonnant confiance, et on a aussi diminué la prescription des pilules de 3ème et 4ème génération. Que moi personnellement je laisse à l'appréciation des gynéco, c'est-à-dire que si jamais on a un problème, enfin moi personnellement je suis en première ligne pour faire de la contraception classique, pour faire du suivi gynécologique et des frottis tout ça, si jamais il y a un problème de tolérance de pilule de 1ère, 2ème génération, 3eme génération, de maltolérance, ben la je prends un avis spécialisé. Voilà je travaille avec des gynécologues effecteurs qui sont d'accord pour travailler comme ça. On fait le premier débrouillage et après eux voient les cas compliqués ou voilà. Et quand c'est compliqué, si il y a un problème de maltolérance, j'avoue que pour décider du bénéfice risque, de quelle pilule, j'avoue que souvent c'est l'avis d'un spécialiste. Voila. Donc mais et effectivement il y a eu tout ce travail de réassurance et de garder l'alliance thérapeutique, et c'est là que c'est important la médecine générale. Ou toutes ces jeunes femmes, ou plus ou moins jeunes viennent nous demander un avis d'expert, par rapport à tout ce qui se passe, tout ce qu'on sait dans les médias. Donc bon alors ça j'allais dire le refus de contraception par rapport à ces difficultés , ces risques de contraception, il est bien expliqué maintenant, on a eu une période qui a été difficile pendant 5 ans, il a fallu regagner la confiance dans la pilule, mais je veux dire que la maintenant ca fait 5 ans que ça roule. Les pilules sont demandées, enfin je veux dire elles ne sont pas craintes pour les effets d' AVC, parce qu'on évalue les risques, le tabac, voilà comme on fait pour toutes les pilules. Donc ce qui veut dire que moi, actuellement en 2020 ce qui reste au refus, reste dans le domaine de l'idée, du fantasme ou de la doctrine personnelle, on est plus dans la peur de la pilule, on est dans la peur de la chimie. Je veux dire une femme qui va fumer ou qui a des antécédents, qui a des risques, à qui on peut marquer une pilule de 2eme génération, elle, elle va l'accepter la pilule, c'est pas tellement que ce soit une 2eme , 3eme génération. J'ai très peu de refus de pilule ou de demande de pilule de 2ème génération en me disant c'est celle-là, je veux la pilule qui fait le moins de risque possible, nininin au niveau thrombo embolique. Ça c'est une vague qui a, qui est passée, euh je me fais comprendre ?

Donc finalement on reste sur les mêmes mécanismes de réticence.

Vous avez beaucoup d'effets secondaires identifiés personnellement ou en retour de la part des patientes ?

Alors effets secondaires pas tellement mais mal tolérance, enfin effets secondaires oui on peut dire, c'est-à-dire euh soit euuuuh, soit au niveau de l'apparition de l'acné, augmentation des migraines quand il y en avait. Alors l'histoire des prises de poids je mets une parenthèse parce que ça peut faire partie d'un début de consultation, d'un refus de contraception par le fantasme de la prise de poids liée à la contraception hormonale. Et ça c'est un fantasme que je démonte, en expliquant aux jeunes filles qu'on peut faire un essai, que c'est pas obligé que ça dépend des physiologies, nininin. Ça fait partie des motifs de refus, bien sûr, la prise de poids. Mais ça c'est facilement démonté. J'ai plus de difficulté à démonter un refus mal argumenté de contraception hormonale, chez une personne, enfin quand je dis mal argumenté c'est de mon point de vue

hein attention, c'est-à-dire sur le plan idéologique. Chez une trentenaire, quarantenaire, en plus les quarantenaire moi j'arrête les pilules, je leur dis à partir de 35-36 ans on essaye de faire une contraception par DIU quoi. J'essaye d'orienter progressivement ma patientèle vers plus de DIU. Voilà ça c'est encore difficile. Voila. Et donc j'ai plus de difficulté à faire accepter une contraception hormonale chez une trentenaire, que chez une jeune fille. La trentenaire elle va pas avoir envie d'avoir un DIU, elle va pas avoir envie d'avoir une contraception hormonale, et il y a le problème du préservatif avec la mauvaise utilisation ou la non utilisation et c'est là qu'on a les contraceptions qui sont mal fichue avec les recherches d'ovulation, les applications pour les recherches d'ovulation tout ça. Finalement je dirai que c'est autour des trentenaires 23-25-35 ans, c'est celles-là qui sont plutôt, qui sont plus difficiles.

Et quand vous disiez que votre avis était négatif pour le côté idéologie ?

C'est pas forcément négatif, en fait, il est négatif, enfin négatif j'aime pas ce mot. Je dis à chaque femme sa contraception. Bon ça c'est les logos qui sont bateau mais c'est vrai, c'est une réalité. En fait, la contraception est bien acceptée. Enfin le point négatif c'est le risque de grossesse sous contraception non hormonale, enfin de contraception mécanique quoi. Et il existe aussi des risques de grossesse sous contraception par DIU. Et la contraception mécanique je parle du préservatif. C'est-à-dire que là, la question elle est posée bien clairement : êtes vous prête à une grossesse ? Parce que pour moi l'IVG c'est pas une option de contraception. Parce que les femmes souvent, enfin j'en ai certaines qui me disent : ben c'est pas grave il y a l'IVG. Et pour moi, enfin idéologiquement je suis pas contre du tout l'IVG mais j'en fais recours d'urgence et pas du tout un moyen de contraception. Et il y a certaines femmes qui minimisent complètement l'impact d'une IVG. Et ça on le voit encore. Et finalement je ne sais pas si finalement globalement ca a changé depuis 20 ans, enfin même 30 ans, ça fait 30 ans que j'ai commencé à faire des remplacements. Je ne sais pas si la vision d'une IVG parmi les femmes, il faudrait comparer ça avec d'autres recrutements de contraception, sur les plannings familial par exemple. Je ne sais si le recours à l'IVG est vu vraiment comme un dernier recours pour les femmes, je ne sais pas si ça a changé. Et parce qu'il y a beaucoup beaucoup, la pareil ca dépend des tranches d'âge il y a en a certaines, des jeunes, mais vraiment toutes jeunes, qui ont sous tendu vers ça le désir de grossesse, qui font qu'elles se mettent en danger sur le plan de la contraception, on va dire elles sont inconscientes mais elles sont pas du tout inconscientes, on va dire qu'il y a l'inconscient qui parle en fait par rapport à ça. On va dire c'est des oublis de pilule, elles ont une première IVG, elles reviennent en disant non je ne veux pas de DIU, et en fait mettre un DIU sur de multiples partenaires c'est pas bien non plus, c'est très compliqué, là c'est une frange de la population très compliquée. Après il y a ces trentenaires qui vont, quand je dis trentenaire c'est autour de 25, 35 bon. Qui vont prévoir une IVG comme un recours possible et pas comme un dernier recours à éviter absolument, et moi mon discours c'est de dire ben non, l'IVG c'est vraiment pas une contraception. Voilà, il y a quelqu'un, j'ai quand même fait des formations continues sur l'adolescence, le suivi de la grossesse, la contraception, des formations là-dessus, j'ai auto entretenu mes connaissances sur comment placer un DIU, les nouveautés, enfin j'entretiens mes connaissances. Et notamment sur cette fameuse consultation de contraception, avec des ados, enfin avec les ado c'est très particulier, les attentes ne sont pas les mêmes, les expériences ne sont pas les même que chez quelqu'un qui a une vie sexuelle déjà, enfin chez une trentenaire ! C'est pas pareil, on doit adapter notre discours, c'est pas la même chose. Il y a une dame qui est très très bien pour ça c'est Carole Durand qui est médecin

généraliste, qui s'occupe d'orthogénie et qui s'occupe beaucoup de contraception chez les ados. Elle travaille beaucoup en planning familial et elle est responsable d'une association AFPSA. Et qui fait vraiment la promotion de la contraception dans les lycées.

Pour moi la contraception hormonale n'existe pas après 40 ans, enfin il faut la rendre en pourcentage extrêmement faible, à cause des effets. Alors il y a le cancer du sein mais je dirai les effets cardio vasculaires. Moi je pense que ce n'est pas approprié ! à chaque âge sa contraception, c'est pour ça que j'essaye de mettre des DIU sur les femmes, même les nullipares. J'en ai une la en tête, la, que jai vu hier soir, elle est nullipare, ca fait plusieurs fois qu'elle a un DIU d'ailleurs, c'est sa gynéco précédente, elle a changé de région, moi j'en ai mis un autre.

Bon en tout cas il faut absolument interroger Carole Durand. Elle a un vécu et une expérience, parce qu ' elle voit l'envers du décor. Vous, vous avez vu au centre de dépistage les avant grossesse, refus de contraception, et elle, elle voit les IVG après grossesse par refus de contraception, entre autres, ou par conduite à risque, et donc elle peut vous donner un éclairage. Je vous dis ça comme on en avait parlé lors d'un séminaire. Elle disait que les jeunes qui refusent la contraception ou qui se mettent en danger au niveau fertilité enfin grossesse c'est que parfois elle, elle nous avait parlé parfois de ce désir caché parfois de grossesse et j'avoue que c'est quelque chose que je n'avais pas mesuré. Quand on le sait pas, qu'on a pas travaillé avec ces jeunes, à 16 ans, 14 ans, 15 ans elle dit qu'il y a un désir inconscient de savoir qu'on est bien fertile. Quelque chose, si on le sait pas ça on peut pas l'inventer, il y a des gens comme elle qui peuvent le savoir car ils travaillent enfin voilà. Moi j'ai une expérience douloureuse, enfin douloureuse pas personnelle, mais dans mon travail, d'une jeune fille de 14 ans et demi, sa mère vient me voir pour une discuter de contraception, et déjà des rapports. Alors la gamine déjà qui ne comprenait rien du tout, à ce que c'était que la pilule, et comment il fallait la prendre et pourquoi il faut mettre l'alarme à 8h du soir pour la prendre : Ah bon et pourquoi, enfin, bref. Il y a eu un problème c'est que la maman me l'a amené trop tard, elle a dû faire une IVG, elle était déjà enceinte quand elle était venue, et à 14 ans et demi. Moi je me suis dit mince il y a quelque chose qui est pas passé, j'ai mal fait quelque chose, je me suis remise en cause, mon discours est mal passé. En fait la gamine elle avait très certainement, j'avais fait le séminaire avant avec madame Durand et, j'avais en tête cette histoire que en fait parfois on aura beau dire ce qu'on veut, le discours aura beau être bien étayé tout ça, l'ado il va comprendre ou entendre ce qu'il veut parce qu'il est dans sa croyance et c'est un moment de bouleversement hormonal, il y a des tas de choses qui se mettent en place et je pense que les jeunes que vous avez dû voir pour les mises en danger pour les MST ils avaient tous les âges, ils étaient jeunes aussi. En pleine poussée d'adolescence, en pleine croissance, en pleine poussée hormonale. Alors la poussée hormonale modifie la perception des choses au niveau du cerveau aussi ça on le sait, ça on l'a travaillé, j'ai fait une formation avec des psychiatres d'adolescents qui disaient justement combien le bouleversement hormonal de l'adolescence, de la puberté, influence toutes les zones du cerveau. Ca provoque par exemple des fausses reconnaissances, des visages, c'est-à-dire qu'on se sent agressé facilement parce qu'on reconnaît pas que, enfin l'expression du visage on la prend pour hostile. Enfin on dévie là. Et c'est pour ça qu'il y a une spécificité de la contraception chez l'ado, du refus des hormones et tout ça. Et ça ça me parait vraiment important à signaler parce que nous en tant que généraliste on y est, on y est confronté ! Nos petites jeunes a qui commencent la puberté, on les informées par rapport au gardasil, enfin c'est plutôt avec la mère qu'on en a parlé, parce qu'elle a 11 ans moi je commence à aborder l'histoire avec les

garçons, elle me regarde avec des grands yeux : comment les garçons ? Non euh. Enfin j'y vais doucement bien sûr. Enfin je pense qu'il y a quand même une grande spécificité de cet âge là.

Comment se sentent-elles considérées du corps médical ces patientes ?

Non ça je ne sais pas. Et surtout elles ne m'ont pas dit alors ça peut vous paraître bizarre ou bien c'est pas politiquement correct … entre guillemet.

Non, mon recrutement ce sont des patients que je connais. Elles savent qu'elles ne sont pas jugées quand elles viennent me voir.

Et donc vous parliez de perturbateurs endocriniens tout à l'heure, vous faites un lien pilule et perturbateur endocrinien ?

Non, non. Enfin quand je dis non dans le sens du perturbateur endocrinien. Non (rires) c'est une grande question. Enfin non dans le sens ou ca a une action endocrinienne mais ce n'est pas un perturbateur endocrinien au sens de la définition du perturbateur endocrinien qui est pris à des doses infinitésimales et qui va provoquer quand c'est pris à des doses minimes et répétées une modification sur l'organisme, qui n'est pas attendue, une perturbation intra cellulaire. Par contre le plus grand perturbateur endocrinien connu pour l'environnement, c'est la pilule. Avec le rejet urinaire de toutes les hormones que rejettent les femmes qui prennent la pilule, ça c'est clair. Ca le rejet environnemental de ces hormones par le biais des urines il faut arriver à les traiter, bon ça c'est une parenthèse.

Et vous auriez une piste sur l'amélioration de la prise en charge de ces patientes en refus?

Alors une piste je ne sais pas parce que c'est vraiment très problématique. Non il faudrait effectivement arriver à démonter les mécanismes mais moi je voudrais bien, moi je suis tout à fait à l'écoute d'un discours adapté si on arrive, à comprendre ce ressort, ce ressort d'un refus à 16 ans, à 20 ans, à 30 ans. Si on arrive à faire émerger, à comprendre ce qui se passe dessous, et bien si je peux avoir un contre discours, je serai partant pour avoir une information pour démonter le mécanisme. Enfin c'est difficile de le démonter. Enfin entre ce qui est dit verbalement et ce qui est pensé non verbalement, parfois même par forcément à la connaissance de la personne qui refuse, ben parfois c'est difficile. Donc pour pouvoir adapter le discours, pour avoir une impact sur le refus, il faut arriver à comprendre ce que sont les ressorts de ce refus. Et alors là on a discuté de ça, ce qui nous ai dit par les patientes pour le refus, mais est ce qu'il y a pas inconsciemment d'autres ressorts, d'autres choses, d'autres fantasmes qui n'ont pas émergé à la conscience, et ça peut être que ça peut être intéressant, peut-être qu'il y a d'autres personnes qui ont déjà travaillé dessus. Notamment Madame Durand qui nous expliquait pas mal de choses sur le fonctionnement du cerveau, enfin du ressenti d'un ado. Voilà est ce qu'il y a d'autres ressort, je parle en se détachant du cas de la puberté pour les sens quand on est des jeunes plutôt entre 24 25 35 ans, qu'est ce qui a. Il y a tout un discours environnemental certes, qu'est-ce qu'on pourrait avoir comme effet je ne sais pas . Moi je suis ouverte à tout parce que je pense que chaque personne a le droit à son libre arbitre.

Et si on devait résumer l'entretien que diriez-vous ?

C'est un sujet qui me paraît extrêmement intéressant et pertinent. En fait, notre but en tant que médecin généraliste, c'est d'arriver à faire adhérer un patient à une solution qui paraît raisonnable, et là à une contraception efficace puisque c'est ça la demande. Mais si en résumé le médecin peut avoir un élément de recours percutant dans le discours pour démonter certains mécanismes et pour permettre d'éviter une IVG enfin voilà, d'éviter les fausses

croyances, ben voilà moi je suis assez partante. Maintenant je pense que rien ne remplacera la confiance et la relation médecin malade avec une bonne alliance thérapeutique.

Numéro 15

Je suis dans l'orthogénie en fait, des interruptions de grossesses, les dépistages et les suivis gynéco et les contraceptions.

Que pouvez-vous me dire sur le refus des patientes dans votre pratique, des contraceptions hormonales ?

Ben ce que je peux vous dire c'est qu'il n'y a pas de refus en fait. C'est-à-dire que lors d'une consultation de contraception en fait, la patiente vient avec des informations ou pas, on lui donne en tout cas nous, des informations bien ciblées normalement ciblées sur les méthodes efficaces de contraception. Après on essaye quand même de donner les avantages inconvénients de chaque méthode, la patiente s'empare de certaines choses, trouve celle qui lui convient le mieux et elle part sur la méthode qu'elle désire le plus ! Donc il n'y a pas forcément de refus en fait. Soit la patiente on trouve des accords et elle puis elle voit les choses un petit peu en accord avec nous, d'une prescription possible, peut-être d'une hormone, puis si jamais elle est sur autre chose, qu'elle ne veut pas de contraception classique, d'hormones, ben on lui explique quelle est l'efficacité de ces méthodes la et si c'est possible pour elle de gérer comme ça, ben pourquoi pas partir sur autre chose ! Donc il n'y a pas de refus, c'est-à-dire que les patientes elles choisissent plus ou moins après avoir été informée des contraceptions de choisir telle ou telle méthode en fait. Donc moi je n'ai pas de refus. Oui il y a des patientes qui ne veulent pas de méthodes hormonales et ben elles partent sur autre chose !

Avez-vous l'impression qu'il y a une défiance envers les contraceptions hormonales ?

Ben c'est le jour et la nuit on va dire. Depuis les problèmes des hormones en fait pour la ménopause, toutes les problématiques qu'il y a eu, avec des traitements américains d'ailleurs, les études étaient faites avec les méthodes hormonales américaines en fait, bien sûr qu'il y a une défiance envers les hormones, et ça a abouti à une défiance envers les pilules, surtout avec les problèmes des pilules des 2ème et 3ème générations, et donc voilà les choses sont très différentes de il y a quelques années donc euh les patientes veulent rester avec des méthodes naturelles, veulent éviter la plupart du temps les hormones en fait, donc c'est vrai qu'il y a juste : donner les informations qu'il faut, on prend pas les hormones par plaisir, on les prend par rapport à un but : de trouver des méthodes contraceptives efficaces. Si il n'y a pas de contre-indications, si les choses sont possibles, les méthodes de contraception hormonales sont tout à fait justifiées pour beaucoup de patientes.

Et parfois elles vous disent leurs raisons ?

Oui ! Ben les raisons principales c'est : je veux rester à quelque chose de naturel, les hormones ont une influence sur, quand elles ont essayé, sur ma libido, mon humeur sur, la contrainte de prise, pourquoi c'est la femme qui assure la contraception par rapport à l'hommes… voilà il y a des raisons multiples qui font que voilà, on ne veut plus prendre de contraception, et les contraception hormonale en particulier, maintenant, on peut les entendre plus ou moins, mais il y a quand même beaucoup de réponses pour dire que bah voilà globalement ça se passe bien, que si on est dans des bons critères il n'y a aucun conséquences aux contraceptions hormonales, c'est surtout qu'on évite une grossesse et les situations à risque bien sûr.

Globalement ce que vous en pensez de ce refus ?

Ben moi je suis persuadé qu'il y a des méthodes de contraception efficaces c'est : les pilules, les patchs, les anneaux, les implants et les stérilets, cuivre ou hormonal en fait. Que tout le reste, ce

sont des méthodes qui peuvent être jugées comme contraceptives, mais avec un taux d'efficacité qui n'est pas du tout du même ordre, et donc les patientes voilà, le prennent en compte, juste qu'elles peuvent accepter de gérer autrement la contraception; et si elles se retrouvent dans des situations qu'on leur avait annoncé en fait, elles seront peut être capables de le prendre en charge! Soit elles garderont une grossesse même si c'était pas tout à fait le bon moment, parce qu'elles ont pris des risques avec quelque chose de moins efficace, ou alors elles feront une interruption de grossesse mais avec bien sûr des choses pas forcément faciles à vivre, des choix un peu compliqués. Donc voilà, il faut mettre toutes les choses sur la table et voir vers où on va. Il n'y a pas de méthode idéale, il n'y a pas de choses idéales, en fait il faut faire en fonction de ce qu'on a comme projection de ce qu'on veut voilà, éviter comme risque ou pas en fait, et accepter certaines contraintes. Tout peut se discuter en fait

Oui ça vous pose des problèmes en termes de prise en charge ?

Ah ben moi ça me pose des problèmes parce que je suis dans un centre d'orthogénie et je vois des patientes qui viennent pour des IVG et que on a beau dire et répéter, et c'est vrai, que les situations de grossesse non désirée ne sont pas dues que à la contraception, il y a aussi d'autres problématiques bien sûr mais la contraception fait partie de la problématique et que il y a de plus en plus de patientes qui viennent et qui n'ont pas de contraception. Donc quand on va faire des études dans quelques années, parce qu'il faut un peu de recul, parce que jusqu'à maintenant il y avait quand même beaucoup de méthodes de contraceptions censées être efficaces, proche de 100%, on se rendra compte qu'il y a quand même des défaillances avec d'autre méthodes et que c'est peut être bien de penser à des méthodes efficaces. Oui ça me pose un petit peu soucis parce que je fais les IVG d'un autre côté et que je vois les conséquences que ça a un peu rapidement donc juste l'histoire de patientes qui ont une grossesse, qui veulent rester sur les méthodes naturelles et qu'on revoit 3 mois après avec la même situation par exemple! Des patientes qui accouchent en fait et qui dans les 6 mois se retrouvent à nouveau enceinte parce qu' elles avaient décidé de ne pas reprendre une contraception efficace. Donc juste pour dire que voilà, il y a une multiplication de situations qui fait que, c'est évident qu'il faut essayer de trouver des méthodes efficaces de contraception, malheureusement ça passe souvent par une hormone, il y a quand même le stérilet au cuivre, si il n'y a pas de contre-indication, on peut passer au stérilet au cuivre si on veut vraiment pas d'hormone, mais à condition que ce soit bien supporté, qu'il y ai des règles correctes, qu'il y ait pas de douleurs, que ça gêne pas dans la vie de tous les jours. Ben voilà, il y a encore cette solution là mais c'est la seule! Bien sûr, pour moi c'est la seule sans hormones, c'est ça pour moi la problématique.

Vous avez l'impression que ça touche une patientèle particulière ou c'est en général ?

Non, non c'est en général, il n'y a pas de catégorie, il n'y a pas d'âge en fait, j'ai une patiente encore aujourd'hui qui a 48 ans et qui fait une IVG médicamenteuse ! 48 ans hein! on est bien d'accord! et puis il y a des jeunes de 15, 16 ans qui démarrent leur sexualité, qui n'ont pas forcément les bonnes informations, donc là c'est pas du tout le même contexte hein! Et puis qui se retrouvent dès les premiers rapports avec une grossesse parce qu'elles ont entendu qu'on pouvait faire autrement, calculer, une application, enfin plein de choses qui font que … mais c'est pas fiables ces méthodes la! Il faut bien savoir que c'est pas suffisamment fiable! Ça limite les choses bien sûr, mais on peut rapidement se trouver en situation compliquée.

Et en général ce sont des gens qui ne sont pas assez informés ?

Bah non, ce que je peux vous dire c'est que j'ai des infirmières, des médecins qui font des IVG! Donc qui se retrouvent avec des grossesses non désirées parce qu'elles n'avaient pas entre autres de contraceptions efficaces! Donc non non il y a des gens qui sont très très bien informés ! ce n'est pas le problème de la mauvaise information en fait, au jour d'aujourd'hui on ne peut pas dire ça, l'information elle est accessible pour tout le monde en fait, via internet, les réseaux, les professionnels, le problème c'est que on peut trouver tout et n'importe quoi comme information et forcément, si on a une certaine non objectivité, on va vers des choses qui sont satisfaisantes mais qui sont pas efficaces ou suffisamment correcte pour gérer les situations. C'est ça le risque : c'est la surinformation plutôt que le manque d'information, ou alors l'information un peu tronquée qui va dans le sens qu'on attend hein pour X raisons mais qui ne sont pas les bonnes solutions pour gérer des situations comme le risque de grossesse bien sûr.

Et je ne sais pas si vous avez des chiffres au niveau des IVG ? Ils augmentent ?

Alors non, parce qu'on a pas assez de recul, on dit que depuis des années les IVG en France sont stables, c'est vrai mais c'est pas tout à fait ce qu'il faudrait dire. On peut dire que les IVG sont stables en nombre absolu, c'est 220 000 plus ou moins tous les ans, le soucis c'est qu'on a une population qui augmente à risque, une population qui augmente les risques de grossesse, parce que les rapports commencent assez jeunes des fois, sont peut-être plus fréquents, les femmes d'un certain âge ont aussi plus de rapports peut être , donc on a une population plus large avec un chiffre qui reste stable donc c'est quand même plutôt bénéfique, c'est qu'on a réussi à juguler un petit peu les demandes. On a pas diminué mais on a pas augmenté alors que la population à risque a augmenté donc c'est plutôt satisfaisant. Mais il va falloir voir je vous dis dans les 5 ans à venir ce qu'il en est des chiffres parce que on pourrait avoir l'impression qu'on va échapper un petit peu à cette efficacité qu'on avait auparavant. A cause des contraceptions qui partent sur des méthodes naturelles, des calculs, des retraits, enfin des méthodes anciennes hein ! Qu'on a toujours connues de tout temps et qui faisaient, ce qu'on peut rappeler quand même, avant les contraceptions efficaces il y avait des grossesses, il y avait plus d'avortements avant en fait sauf que c'était dans de mauvaises conditions donc il faut dire que la contraception a amené quelque chose, que ce soit par rapport au risque de grossesse ou par rapport à la sexualité humaine parce qu'on voit bien qu'il y a des patientes qui sont angoissées, quand elles ne gèrent pas bien avec quelque chose d'efficace. Elles surveillent les règles, elles sont un peu angoissées quand il y a un décalage de règle, donc ça fait que la sexualité n'est pas forcément si sereine que ça sous prétexte que l'on ne veut pas d'hormone. Mais à un moment donné, voilà on est dans d'autres problématiques, donc il faut regarder les choses et puis voilà que chacun trouve sa réponse, son chemin, mais voilà pas de choses parfaites c'est ça qu'il faut bien entendre.

Vous, si vous deviez dire votre vision, ce que vous en pensez de la contraception hormonale ?

Ben moi je vous dis, si c'est bien ciblé, qu'on a fait longtemps pas forcément bien les choses! Entre autres avec les pilules de 3ème génération, ou on pensait que c'étaient les dernières pilules qui étaient les meilleures! Que les médecins partaient là-dessus en fait ! Moi ce que je peux vous dire c'est que au centre de planification familiale de (…) ou je travaille depuis 25 ans, depuis longtemps on est avec des 2ème générations. Alors il y avait des petits biais, c'est que c'étaient les seules pilules remboursées alors nous ça nous facilitait les choses hein mais n'empêche que après de multiples études en fait et après avec des choses qui n'étaient pas forcément bien nettes

sur les pilules, on s'est aperçu que les pilules de 2ème génération étaient à faible risque en fait même si elles étaient plus anciennes, mais elles avaient des hormones à moindre risque vasculaire entre autre, puisqu'on parle de ça en fait, et que si on ciblait bien les patientes en fait, en éliminant certaines patientes à risques, risques personnels ou familial, il n'y avait aucun soucis, il n'y avait aucun soucis. Donc voilà. Donc on ne prescrit pas des choses à l'aveugle, on fait en fonction des particularités de chaque personne.

Est-ce que vous pensez qu'il y aurait une amélioration possible des patientes qui ne souhaitent plus de contraceptions hormonales ?

Ben oui après il faut consulter, voir avec des médecins, des médecins qui sont quand même spécialisés dans ces questions de contraception! et d'avoir les bonnes informations ! Après une fois qu'elles ont eu les bonnes informations réelles, elles font leur choix par elle-même en fait. Donc moi je ne pousse jamais quelqu'un à prendre une pilule ou une contraception quelle qu'elle soit en fait. Simplement je l'informe des avantages et inconvénients de chaque méthode et des méthodes autres qui sont plus ou moins aléatoires. Après, à elle de choisir vers quoi elle veut se diriger pour avoir sa vie la plus épanouie, la plus saine, et euh c'est globalement qu'il faut voir les choses. Vous savez par rapport à la contraception moi je pose toujours la question aux patients qui disent : " ah non moi je veux pas d'hormones !" j'en entends bien sûr, régulièrement ! Et quand je vois dans mon questionnaire qu'elle fume 20 cigarettes par jour et qu'elle fume du cannabis et autres toxiques, je me dis, il faut quand même regarder globalement les choses! On peut pas simplement dire je ne veux pas d'hormones parce que c'est pas naturel et c'est à risque pour ma santé quand à côté on a une consommation de tabac, de cannabis ou d'autres toxiques! Donc euh voilà, c'est d'être honnête avec soi-même, de regarder globalement les choses! Bon on peut, mais si on préfère fumer que prendre la pilule ben ça regarde chacun ! Maintenant, on prend plus de risques à fumer que prendre n'importe quelle pilule! Même à haute dose pendant 20 ans. Ça c'est sûr au niveau des études médicales. C'est sûr que le tabac est plus à risque au niveau vasculaire que n'importe quelle pilule qui est sur le marché. Il faut bien avoir conscience de ça.

Et vous avez l'impression que les patientes qui ont des méthodes naturelles se rapprochent du corps médical pour faire ça ?

Non bien sûr que non ! Elles se rapprochent d'autres milieux qui ne sont pas forcément médicalisés, pas forcément scientifiques. On voit de tout hein, des gens qui n'ont aucune qualification d'ailleurs! Hein pour donner des conseils hein ? Parce que justement c'est l'attente d'une partie de femmes qui voudraient ça, elles trouvent un écho avec des gens qui leur proposent autre chose, que ce soit sur internet ou ailleurs d'ailleurs hein ! Mais voilà après il faut voir globalement les choses et prendre en charge globalement les situations! bien sûr que oui. Parce que je vous dis après c'est de voir les conséquences des contraceptions qui sont pas suffisamment efficaces et bah ce qui rend les choses difficiles pour beaucoup de femmes d'être en situation de grossesse non désirée, il y a des choix difficiles à faire, des choses difficiles à vivre, soit des complications ! Donc oui il faut avoir ça en tête! Donc il ne faut pas rester sur les choses négatives mais il faut évoquer ça sinon on est dans un monde virtuel en fait qui ne correspond pas à la réalité. Donc il faut avoir tous les paramètres et bien être informé, choisir et trouver la bonne solution. Donc c'est d'aller voir et d'écouter! Parce que vous savez bien que maintenant en tant que médecin on est un peu décrédibilisé en fait, je ne parle même pas du covid là, mais même auparavant. Tout se vaut en fait hein. C'est-à-dire que moi j'entends des patientes qui osent me dire, c'est la première

fois que je les vois : " Ah ben je ne comprends pas on m'a dit que… " Alors moi je leur dis un message et en fait elles me rapportent un autre message d'une autre personne et alors quand je demande c'est qui ? : " ben c'est mon chef de service ! Ou c'est mon ostéopathe ! Ou c'est euh… Ah ben je suis désolé mais moi je ne vais pas me permettre de donner des conseils en restauration ou alors en ostéopathie ! Mais ces personnes-là feraient bien de s'abstenir de donner des conseils au niveau contraception quoi.

Vous avez l'impression que les gens mélangent un peu

Ce n'est pas " mélangent ", c'est que tout se vaut hein, on est arrivé à une époque où tout se vaut. Quel que soit le message, d'où ça vient, ben c'est au même niveau en fait. Je ne pense pas que ce soit comme ça, il y a des gens qui ont aucun intérêt, moi j'ai aucun intérêt à prescrire des pilules, à proposer des méthodes de contraception efficaces, enfin c'est simplement pour le bien être des patientes et qu'elles trouvent un épanouissement en ayant une sexualité normale, sans avoir de risque de grossesse et puis que les choses soient simples pour elles. Donc moi je pars de ce principe-là. S'écouter, il y a des personnes qui pourraient ne pas entendre mon message hein mais ça regarde chacune après hein c'est plus mon problème en fait.

Si l'on devait résumer l'entretien ?

Si on devait résumer voilà, j'ai du mal à comprendre que l'on revienne en arrière. En fait j'ai l'impression qu'il y a un retour en arrière sur ce qu'il y avait avant d'avoir ces contraceptions faciles remboursables. Les femmes se sont battues pour avoir des contraceptions, des femmes se sont battues pour qu'elles soient remboursées, pour qu'il y ait le suivi qui va avec en fait! Puis la aujourd'hui on a l'impression qu'on est en train de déconstruire les choses en fait. Parce que ce qu'il y a derrière hein les méthodes naturelles tout ça c'est aussi pas de suivi gynéco! Donc c'est ça ce qu'on entend en fait! c'est que les patientes disent " on a pas besoin de voir de médecins", c'est ça hein qui est sous-jacent à cette méfiance de la médecine et des traitements, hormonaux en particulier, bah oui il faut faire attention à ça parce que ça se mesurera dans quelques années, sans doute loin pour certaines conséquences, mais il y a aura des conséquences c'est sûr sur la santé des femmes. Donc ce n'est pas bon, je pense que c'est pas bon

Vous pensez que ce sont des femmes qui se détournent de la médecine ?

De la science en général, de la médecine, des médicaments, bien sûr! Donc on peut être méfiant! Moi il n'y a pas de soucis, je peux entendre ça! On a tous entendu des histoires aberrantes! Mais après il faut quand même regarder globalement les choses sans prendre trop de risque, avec des méthodes qui ont été quand même évaluées, qui sont là depuis un certain temps, qui sont prescrites dans de bonnes conditions, qui ne posent pas de problème, sauf problème de contrainte, bien sûr des contraintes des petites choses, mais c'est globalement des choses acceptables, c'est vrai que c'est plutôt bien d'être dans ces méthodes la! Après il ne faut pas se retrouver dans des impasses contraceptives, parce qu' il y a quand même des patientes qui ont tout essayé et c'est vrai, rien ne leur va. Alors moi je ne suis pas à leur place ! Alors c'est réel! Mais est ce qu'elles ont bien essayé, est ce que les choses ont été bien mis en place? Voilà c'était à une certaine époque, peut être que ça vaudrait le coup d'essayer quelque temps après, voilà ! Mais en tout cas il y a sûrement des façons de trouver la méthode la moins négative pour elle. Dans les méthodes efficaces, bien sûr.

Numéro 16

Je suis donc, j'ai 58 ans et je travaille en orthogénie depuis 1995. A l'hôpital. Mais par

ailleurs je ne fais pas que ça! Je m'occupe d'une association depuis 22 ans qui s'occupe de parler de la sexualité avec les adolescents. Et je suis aussi médecin de PMI et responsable d'un centre de planification sur (...), avec des consultations, avec des gens de tout venant, mais surtout avec des mineurs et des jeunes aussi qui ont un handicap. J'ai développé un accueil particulier pour ces jeunes-là. Et notamment j'enseigne aussi à l'école des sages-femmes sur la contraception.

Que pouvez-vous me dire sur le refus des patientes des contraceptions hormonales dans votre pratique ?

Alors le refus de la contraception hormonale, il est, pour moi il y a plusieurs raisons. Il y a d'abord le fait que ça fait 60 ans que la pilule existe et que la contraception hormonale quand elle est arrivée dans les années 60, elle arrivait dans un temps où les femmes étaient enceintes de façon importante, 15 à 20 fois dans leur vie, que la question de la mort était très présente, puisqu'il y avait beaucoup de fausse couche et aussi beaucoup de morts maternelles, et que la sexualité des femmes était très reliée à la mort. Et quand on leur a proposé la pilule, tout à coup on leur a permis de choisir entre des grossesses qui survenaient pas toujours de façon heureuse et plutôt d'échapper à une inquiétude qui était terrifiante parce que ça se voyait quand même beaucoup. Les contes parlent beaucoup de ça parce que ça se voyait beaucoup ! Tous les contes parlent de belle-mère. Ça veut dire que pendant des années, euh et des centaines d'années, les gens n'ont pas connu des mères mais ont connu des belles mères ! Ça veut dire qu'il y avait énormément de morts à la naissance, de femmes ! Et quand la médecine est arrivée et a dit : vous allez pouvoir choisir le nombre de grossesse et comme on choisit le nombre de grossesse, il y aura moins de risque d'être enceinte quand vous ne le souhaitez pas et il y aura moins de risque maternel parce qu'on va mieux s'occuper des grossesses, et ben on a sauvé les femmes! Donc l'accès à la contraception s'est fait vers un bénéfice qui était considérable! Considérable. 60 ans après, les femmes ont moins de grossesses, la mortalité infantile a considérablement baissé et donc quand on dit aux femmes : maintenant vous pouvez choisir! Le bénéfice par rapport à l'absence de contraception, il est beaucoup plus faible! Donc du coup ce qui va rester c'est tous les inconvénients, c'est-à-dire les effets secondaires. La contrainte d'une prise orale, et un certain nombre d'effets secondaires, très mal compris parce que très mal accompagnés, puisque en général la contraception se fait sur prescription et que la prescription ne nécessite pas forcément un accompagnement. On ne se rend pas compte que les femmes ont besoin de comprendre. Une jeune fille peut dire : moi ce comprimé, je ne peux pas l'avaler. Qu'est-ce qu'elle ne peut pas avaler ? Et finalement on a donné la contraception aux médecins alors que ça n'est pas une médecine, et que ce n'est pas un soin qui répare, mais que c'est un accompagnement à un choix et probablement que ça positionne le médecin et le prescripteur, qui peut être une sage-femme, dans une position tout à fait différente que les prescriptions ordinaires. Pas du tout préparé, pas du tout enseigné et ne se rend pas absolument pas compte de l'enjeu qu'il y a derrière la contraception. Ça, c'est la première chose. La deuxième chose, c'est que quand une femme a pris la pilule, quand elle prenait la pilule dans les années 60, elle avait déjà eu des enfants. Et elle faisait le choix d'en avoir plus ou moins. Actuellement on commence la contraception à 14, 15,16 ans, on n'a pas eu d'enfant, elle est vécu comme une obligation à partir du moment où on a des relations sexuelles, et la question va se poser si la conséquence sur la fertilité elle y est ou pas. Elle n'avait absolument pas cette question là quand elle avait déjà eu des enfants. Par contre elle apparaît d'emblée, quand on en a pas et on va se poser la question. Et comme l'âge de la maternité est à peu près de 29 ans, et elles vont passer 10 à 15 ans à se poser la question si elles pourront faire des enfants ou pas. Ça

change considérablement l'accès à la contraception. Après l'outil contraceptif est une réponse, à des questions : est-ce que j'ai envie de faire un bébé, est ce que j'ai envie de le faire avec cet homme-là, est ce que j'ai envie de faire comme ma mère, est ce que ma mère qui n'arrête pas de me dire que c'est à cause de la pilule qu'elle a ceci, qu'elle a cela. C'est-à-dire que la question de la contraception il y a un avant, c'est-à-dire que les femmes portent des références sur la contraception avant de la prendre. Ce qui n'existait pas avant. Donc la façon de prendre la contraception maintenant, elle est orientée par un choix qu'il faut faire, mais à partir de quoi, des modèles, une éducation, Etc. Et actuellement avec des modèles dans la société qui sont très méfiants! vis-à-vis des laboratoires, des prescriptions médicales! Et la contraception fait complètement partie du truc! Et comme quelque chose qui est un peu nébuleux; qu'on n'a absolument pas expliqué aux femmes, et quand on leur explique d'ailleurs elles disent : mais pourquoi on m'a pas dit, pourquoi on m'a pas expliqué que la pilule ça a un effet très physiologique sur le corps. Et pas du tout un médicament qui venait transformer quelque chose qui préexistait. Voilà ça c'est aussi un des arguments qui me parait majeur. Et que la question du choix contraceptif est faite sur des questions très existentielles, et qui ne sont pas absolument pas accompagnées dans le domaine dans la santé. Et l'outil n'est qu'une réponse à des questions alors qu'en fait il est souvent proposé comme une solution alors que les questions n'ont pas été posées. Voilà, je vous résume

Et du coup vous vous faites un accompagnement différent auprès des jeunes ?

Des jeunes et des moins jeunes ! Quand on dit à une jeune fille : tu prends la pilule, est ce qu'on se pose la question de savoir qu'est-ce qu'elle prend ? Quand on lui montre des plaquettes de pilule : dans quel sens ça se prend, pourquoi il y en a des bleus, des vertes, pourquoi il y a une flèche avec des jours dessus, pourquoi cet outil-là est cet outil-là ? Un outil a toujours une représentation symbolique. Et ça on s'en fout. On fait comme si elle avait tout compris, qu'elle devait nous obéir, et qu'elle avance. Dans ce domaine-là, c'est impossible. Impossible. Donc globalement dans les études de médecine on n'apprend pas ce que peut représenter un traitement pour les gens. Or tous nos actes sont guidés par nos représentations et par nos croyances. Et en médecine, on fait comme si le savoir pouvait suffire et que la confiance pouvait suffire. Mais ça c'est une autre époque, ça n'est plus. Et actuellement les patients ont un accès à l'information tout azimut mais sont incapables de pouvoir mesurer l'information qui leur convient ou pas. Donc on est obligé de faire ça, avec ça. Voila. Et ça je pense que c'est une éducation des médecins qui n'est absolument pas faite. Moi quand je suis en formation avec des médecins généralistes, et que je leur raconte des histoires de patientes, que je leur raconte ce qu'elles me disent de la contraception, ils ouvrent des yeux effarés mais pfff jamais j'ai entendu ça ! Mais ils ne l'ont pas entendu parce qu'ils ne l'ont pas questionné, sinon ils l'entendraient. D'ailleurs souvent après les formations les médecins repartent sur le terrain et de temps en temps on a des discussions et ils me disent : Ah c'est marrant parce que oui il y en a une elle a raconté exactement ce que vous m'aviez raconté. Mais ça il faut ouvrir la porte! si elle n'est pas ouverte… Combien de médecins masculins par exemple prescrivent trinordiol ? qui est une pilule la plus complexe qui soit à prendre, et pourtant c'est une de celle qui est la plus prescrite en médecine générale. Pourquoi ? Ben parce qu'ils ne se rendent pas compte de ce que c'est de prendre une pilule tous les jours ! Et d'être repéré dans cette pilule, et d'être rassuré dans le fait de bien la prendre ou pas ! c'est dommage ! un outil est un outil, c'est pas un traitement ou un médicament. Or la contraception c'est un outil de contraception, qui répond à des questions ou qu'on ne se pose pas ou alors on se les pose quand il y a un accident de contraception.

Parce que quand vous parlez de la trinordiol c'est du fait qu'elle soit triphasique ?

Il y a pas les jours marqués dessus, il y a des couleurs différentes, il y a des trous au milieu. Enfin déjà regardez comment est faite la plaquette, si vous regardez un peu la logique de la plaquette, il y a plusieurs logique ! Et ce n'est pas tout à fait étonnant que certaines femmes puissent la prendre à l'envers par exemple !

Et quand vous deviez dire un de vos exemples dont vous parlez quand vous êtes en séminaire ?

Alors une jeune fille me dit après un certain moment :

- " moi je ne prends pas la pilule ".
- Pourquoi ?
- Madame je ne sais pas si vous vous rendez compte mais ce si petit comprimé qui a autant d'effets ! Il y a bien un truc là dedans !

Là, il y a tout, il y a tout l'imaginaire, il y a toutes ses croyances, il y a toutes ses peurs. Il y a toutes ses frayeurs. Il y a tout l'abandon qu'on a fait avec un outil qui est non maîtrisable. Par exemple. Après il y a aussi des filles qui me disent : depuis que j'ai la pilule, j'ai des cystites. Le médecin m'a dit qu'il n'y avait pas de rapport. Sauf que moi j'ai des cystites. Alors il m'a redonné la même ! Alors je lui dis : Et alors ? Et elle me dit : j'ai toujours des cystites! Donc j'ai arrêté la pilule ! Et je dis : Et alors ? Elle : Eh ben j'avais beaucoup moins de cystite ! Ah ! Donc c'est à cause de la pilule, donc je me retrouve enceinte! Et du coup cette jeune femme me disait qu'il était impossible pour elle de reprendre une contraception ! Parce qu'elle était persuadée que ça lui donnait des cystites. Et il a fallu que je remonte toute l'histoire en disant : mais alors, qui était assez compliquée par ailleurs, mais elle avait déjà eu des pilule qui n'avaient pas donné de cystites. Et donc elle a pu me dire : Ah ! mais c'est peut être cette pilule là et pas toutes les pilules! Ah ! j'ai dit ah ben ça c'est vous qui le dites. Et à partir de là on avait cassé l'opposition globale à la contraception orale. Mais pour ça, il fallait écouter la réalité de ce que disait cette jeune femme! et quand le médecin a dit non non il n'y a pas de rapport je represcris la même! Lui il est persuadé de son savoir! J'entends tout à fait! Mais il ne s'est pas mis à la place de la patiente qui n'a pas le même savoir et qui elle dans son ignorance inventée. Donc si nous on ne fait pas avec ça, le domaine de la fertilité de la vie et de la mort, puisque c'est ça la contraception, on contre la conception donc on est dans le domaine de la vie et de la mort. Dans ce domaine-là, les fantasmes sont absolument incroyables ! Incroyables ! Et ça si on ne sait pas faire avec pfff on passe à côté.

Quand vous dites fantasme ? vous les raisons que vous entendez du refus des hormones ?

Bah d'abord déjà le mot hormone qu'est-ce qu'on y met derrière? Enfin c'est hallucinant! Si vous interrogez : qu'est-ce que c'est que les hormones? pff la plupart vous disent je sais pas! Donc ça veut dire que j'utilise un mot qui est chargé euh probablement de fantasmes haaan un peu effarants ! et ils utilisent ça comme un bouc émissaire pour dire toutes leurs peurs ! au pluriel. Donc déjà ça! Soit on parle des hormones et on en parle vraiment : ce sont des substances dans notre corps qui nous permettent d'être en équilibre avec le reste, enfin dans le quotidien, dans le contexte et l'environnement ! Et ça c'est ce qui définit une hormone! Et ça à ce moment-là on essaie de transmettre un savoir! Et qu'est-ce que c'est une hormone pour elle et ou c'est fabriqué, et comment c'est fabriqué et qu'est-ce que ça fait, il y en a pas pour longtemps hein! Voilà, et à ce moment-là on peut utiliser le mot! Mais qu'est-ce qu'est une hormone : quand vous vous utilisez hormone et quand une femme utilise le mot hormone, vous n'utilisez pas la même chose !

Voila ! ça commence comme ça! En fait, ça commence par la question de l'écoute. Quand on dit quelque chose. Ce que l'on comprend, n'est pas ce que l'autre dit. Et là, on est au coeur du métier. Tel que je le considère.

Alors selon vous il faudrait améliorer la formation des médecins ?

Largement! Bah de toute façon je le vois bien ici quand je suis en consultation et qu'on a les internes et qu'on commence à discuter avec les patientes et qu'on fait une petite formation entre nous, elles disent : mais on ne comprend pas quoi, on arrive en fin de cursus et on découvre tout ! et on découvre beaucoup plus que ce que je vais vous dire en 20 minutes ! Mais là j'ouvre les portes que vous m'avez demandé d'ouvrir ! Mais c'est vrai que moi je peux vous tenir 3 heures ! (rires)

Globalement comment prenez-vous en charge ces patientes qui sont en refus ? la déconstruction…

Alors la déconstruction d'idées reçues elle passera par le récit. Alors il faut qu'elles me racontent. Et qu'elles aient compris que moi, quand elles vont me raconter, je vais pas me moquer, je vais pas juger et je vais juste essayer de comprendre ce qu'elles m'amènent. On ne peut pas se passer des mots, même s'ils sont faux, et à condition que les mots puissent nous permettre de penser. Que le récit très simple, de ce qu'elles pensent, de ce qu'elles ont entendu dire, de ce qu'elles portent, permettra d'apporter un matériel qu'elles vont déposer, et qu'on pourra après questionner. Alors voilà on vous a dit, vous vous avez pensé ça, qu'est-ce qui vous a fait penser ça. Votre ami vous a dit ça, pourquoi votre ami vous dit ça, votre pharmacien vous a dit ça, a votre avis pourquoi un pharmacien vous dit ça ? Etc… on va questionner, questionner jusqu'à un moment donné en effet par ce questionnement on ouvre des failles. Et là c'est elle qui va commencer à questionner. Mais alors si les femmes elles prennent des hormones pendant toute leur vie et que vous venez de me dire que… Parce que par exemple à un moment donné elles me disent oui mais dans notre pays il y a beaucoup de femmes qui arrêtent la pilule! et puis de toute façon elles sont pas plus mal ! Alors moi je viens dire, alors j'apporte autre chose : oui mais les femmes dans les pays en voie de développement ou on a apporté la pilule, la santé des femmes s'est améliorée, parce qu'elles étaient moins souvent enceinte, puis la grossesse c'est pas toujours simple pour le corps des femmes. C'est tout, j'amène ça. Et je m'aperçois que 3 phrases plus loin, elles le reprennent! Donc en fait je ne peux pas déconstruire comme ça. Surtout que ce qu'elles pensent, justifie la peur! ça justifie une peur mais une peur qui est beaucoup plus archaïque! Qui est la peur de ne pas pouvoir faire d'enfant, de ne pas pouvoir être une bonne mère, de pas faire comme sa mère, de pas être dans la suite logique de la culture familiale! Enfin j'en sais rien moi! Des trucs très très existentiels! Et puis tout d'un coup la pilule elle porte tout ça sur le dos! donc on va débarrasser au fur et à mesure, mais pour ça il faut qu'elles m'amènent, donc moi je leur fait raconter tout ça tout simplement. Et puis il y a des fois quand elles me disent

- oui mais la pilule c'est un poison !

- Ah c'est un poison !

Alors je leur dis gentiment :

- Alors je suis une empoisonneuse !

- Ah ben non madame pas du tout pas vous!

- (rires) Ah ben non pas moi pourquoi ? Si je donne quelque chose qui est un poison, je dois être une empoisonneuse !

- Mais non !

- Alors il y a quelque chose qui ne va pas

Alors on va essayer de voir ce qui ne va pas. Et

on y va ! Mais on ne peut pas apporter une information sans qu'elle soit adaptée à la patiente. Donc il faut d'abord qu'elle puisse nous poser des questions. Donc tout est fait pour qu'elle puisse nous raconter, qu'on puisse questionner jusqu'à un moment donné elle ait envie de savoir quelque chose de précis. A ce moment-là, notre information est valable. Mais tant qu'on fait de l'info en débitant notre savoir en étant persuadé que ce qui nous permet de comprendre à nous les choses c'est absolument universel et que ça va permettre de comprendre, ben là on se plante. Mais c'est tout notre métier hein.

Et vous avez l'impression que ça impacte votre pratique ?

Ah moi j'ai l'impression surtout que maintenant je passe mon temps à ça ! C'est-à-dire que je passe mon temps à déconstruire les conneries qu'on est entrain de raconter, mais parce qu'elles justifient les peurs. Je vous l'ai dit tout à l'heure c'est 60 ans! Et 60 ans dans la vie des humains! On ne prend plus la pilule maintenant comme on la prenait il y a 60 ans! Le bénéfice s'est amenuisé donc les maléfices ont augmenté! Bénéfice risque! si on a plus les bénéfices, on y va pas ! Et c'est ça qui a changé. Profondément! Plus l'accès à l'information tout azimut et notamment à une information qui est très délétère parce que finalement on ne raconte que ce qui ne va pas et on ne raconte pas ce qui va. Sur internet, vous lisez des gens qui racontent pour expulser quelque chose qui s'est mal passé, ils se réparent en racontant! Sauf que c'est entendu comme une information! Et c'est pas entendu comme une réparation! Ca aussi j'essaye d'aider les gens à me dire ce qu'ils ont lu et interroger ce qu'ils lisent! Et pourquoi ça a été dit comme ça! Et les gens le comprennent d'emblée! En disant ben c'est sûr, si moi ça m'était arrivé j'aurai fait pareil! Sauf que vous ça vous est arrivé comme ça mais celle d'à côté ça lui va très très bien. Est-ce qu' elle va raconter ça en disant c'est génial. Ben non elle s'en fout, c'est bon! C'est fini, elle n'a pas besoin de réparer donc elle a pas besoin de raconter. Donc l'information tout azimut, si on n'apprend pas à la lire, ben elle nous envahit! on le voit bien avec le covid !

Et vous vous parlez surtout de celles qui ont une mauvaise vision liée à une mauvaise information et il y a aussi des gens qui ont un refus profond de la pilule non lié ?

Alors oui il y a des choix qui vont vers la question de, d'être plus naturel, etc mais quand on sait que quand on est enceinte, il y a aussi des risques! il y a aussi un bombardement hormonal! Donc en fait les gens comparent quelqu'un qui n'est pas sous contraception et quelqu'un qui est sous contraception. Mais ce n'est pas une bonne comparaison ! Une femme qui n'est pas sous contraception, c'est une femme enceinte! Donc il faut comparer une femme enceinte et une femme sous contraception! Voilà, et ça aussi on le fait très spontanément! En disant mais finalement est ce qu'on a envie d'être enceinte comme l'étaient les femmes avant! Parce que c'est ça la destinée des femmes! Même si les féministes nous disent qu'il faut plus que ce soit comme ça! Le corps lui, il est comme ça !

Et oui alors la aussi c'est très idéologique! Mais la réalité n'est pas dans l'idéologie, elle est dans le corps! Jusqu'à preuve du contraire ! Et nous, les médecins, on est près du corps ! On est pas au niveau des idées, même si parfois il faut faire un peu des deux. Je vous renvoie à Cynthia Fleury, philosophe qui a ouvert une chair humanité et santé et où vous trouverez la des conférences qui vont éclairer tout ce que je viens de dire.

Ces patientes, elles voient comment le corps médical et la médecine ?

Il y a beaucoup de méfiance hein maintenant.Ca c'est vrai, c'est quelque chose de nouveau. Par contre, quand on remet la confiance, et notamment dans la question de miser sur leur

intelligence. Moi je dis aux femmes que c'est elles qui vont prendre la pilule, c'est pas moi, c'est elles qui vont faire un choix de contraception, c'est pas moi, par contre moi je me mets au service, j'ai pas besoin de leur dire en fait c'est juste une histoire de présence et là les médecins généralistes sont très forts ! Moi je suis médecin généraliste au départ, je ne suis pas gynéco. Et ça j'ai vite appris, ou alors je m'en suis rendu compte que le patient nous aide à être médecin et finalement à partir du moment où on s'appuie sur le patient, pfff le métier est tellement plus facile. Et globalement, il faut que ce soit, enfin moi j'ai besoin d'elle pour prescrire, pour leur expliquer les choses, et ça, ça les met au centre, enfin au centre, je sais pas si ca les met au centre, ça c'est un vœu pieux, mais ça les met dans la capacité à intervenir sur leur propre choix. Et ça ça change tout dans le rapport médecin patient. Et du coup elles se mettent à penser. Et à la fin de la consultation il y a un bénéfice qui est accessible d'emblée, qui est que la prescription c'est elle qui l'ont fait. Et ça globalement je leur fait relire la prescription et je leur dis : c'est bon ? Et elles disent ben oui, c'est ce qu'on a décidé. Voilà et il faut arriver à ça. Surtout dans le domaine de la contraception. Peut-être dans d'autres domaines aussi. Moi je fais beaucoup de dermatologie, et je trouve que la dermato c'est pareil. La peau, c'est le reflet de l'âme. On est très vite sur les questions existentielles. On a oublié que la médecine était née de la philosophie. Et alors là, dans le domaine de la contraception, si t'es pas là-dedans, ben t'es à coté.

Vous ne vous attendiez pas à ces réponses hein ?

A ben c'est très intéressant pour moi ! En fait ça n'a rien à voir avec les réponses des autres médecins qui étaient finalement beaucoup plus terre à terre

Technique !

Oui beaucoup plus technique. Alors j'en pense ça ou si, les risques de la pilule…mais beaucoup moins dans la relationnel et ce qu'ils imaginent des représentations des patientes de la pilule

Alors que la représentation, c'est ce qui fonde tous nos actes. Ce n'est pas le savoir. Le savoir en fait partie, mais il n'est qu'une partie. Voila. Ca, ça devrait être appris… Enfin bref j'arrête là. Mais il faut faire des cours d'éducation à la santé, et là on apprend. On apprend tout ce qui peut se jouer, on apprend ce que c'est que la santé. La santé ce n'est pas l'absence de maladie, ça on le sait. Mais la santé c'est quelque chose qui touche à tout ce qui fait notre humanité. Mais ce n'est pas que le corps! C'est la façon de voir le corps, la façon dont on nous a livré notre corps, la façon dont est pensé notre corps dans une société, une politique, etc ! On ne peut pas s'empêcher.. et là dans le domaine de la contraception c'est flagrant ! c'est flagrant ! Parce qu'on est justement plus dans la maladie, on est plus dans la pathologie, on est dans le soin. On est pas dans la pathologie, voila. C'est ce qui change le positionnement.

Et il y a des refus que vous trouveriez justifié ? Vous en pensez quoi ?

Alors pour vous dire très rapidement le fond de ma pensée : C'est que dans l'histoire de l'humanité, c'est la première fois, il y a 60 ans qu'on a trouvé un moyen de contraception efficace. C'est-à-dire que depuis la nuit des temps, maitriser sa fertilité était impossible aux humains. Et puis tout d'un coup on fait. Je ne sais pas si vous imaginez la puissance. Et probablement, c'est probablement, c'est une hypothèse que je fais, que c'est au-delà des capacités humaines.(rires) . D'où les échappatoires, d'où les oublis, d'où les intolérances, d'où la multitude d'effets secondaires. Il y a des femmes qui ont été enceinte trois fois avec qui ça s'est très bien passé qui me disent : je ne supporte aucune pilule! C'est beau ça! Elles ont bouffé des hormones je vous dis pas combien, par contre la

toute petite dose qu'il y a dans une pilule, elles ne la supportent pas. Me dites pas que c'est physiologique.

Et comment prenez-vous en charge les symptômes de ces femmes ? les effets secondaires ?

Alors je vais commencer à remettre en question votre question. Et bien la réponse elle est dans la remise en question de votre question. Alors comment je fais pour accueillir tout ce que les femmes disent de leurs effets secondaires ? Alors je ne fais jamais la même chose. C'est justement ce que viennent me dire les femmes, la singularité de leur parcours qu'elles ont quand elles parlent de contraception. Il n'y en a pas une qui va dire la même chose que l'autre. Et en fait il n'y a pas d'information globale à donner aux femmes. C'est justement la question de la contraception : elle ramène à l'unicité de chacun. On est jamais les mêmes face à cette question-là. Jamais. C'est tout ce que je peux te dire. Et là pour le coup c'est impossible de faire autrement, et c'est justement l'erreur qu'on fait : c'est d'apporter une réponse globale à une histoire singulière. C'est impossible. Donc on est dans un accompagnement complètement paradoxal.

Est-ce qu'elles vous parlent de la façon dont elles se sentent considérées du corps médical les patientes ?

Hélas oui ! Vous savez quelles sont les origines étymologiques du mot considéré ?

Non

Ça veut dire, ça vient de l'origine latine : le mot sidéré, etc c'est la même origine : c'est le mot étoile. Ça veut dire que c'est le mot. C'est ce qui a donné le mot désir, ce qui a donné le mot sidéré, et ce qui a donné le mot considéré. C'est-à-dire que la question de considérer l'autre, c'est de désirer l'autre. Non pas dans un désir qui serait dans la relation mais dans le soucis de l'autre, dans le fait que l'on peut désirer quelque chose pour l'autre, en tout cas considérer l'autre, c'est aussi considérer que l'autre a un désir. Que la question de la considération c'est central. C'est ce qui permet à l'autre d'exister en face de vous. Et peut-être là, et même j'en suis sûre, c'est là qu'on participe aux soins. Donc là, dans le domaine de la contraception, si on veut pas faire du mal, et si l'autre ne doit pas penser qu'on lui fait du mal, il faut en effet le considérer. Et ça demande en effet d'apprendre. Moi j'ai 58 ans, j'arrive en fin de carrière, j'ai appris tout ça au fur et à mesure, je n'ai pas appris ça pendant mes études. J'ai appris ça en me remettant aux études à l'âge de 40 ans et en recherchant des réponses à des intuitions. Je savais que j'étais à côté de la plaque et je n'arrivais pas à comprendre pourquoi. Et je me suis remis à des études d'éducation à la santé et là j'ai rencontré des philosophes, des ethnologues, etc. bon il y a aussi que dans mon aventure personnelle, j'ai traversé la maladie longuement et qu'elle m'a beaucoup formé aussi c'est sûr et que ça a fait de moi quelqu'un qui savait un peu de quel médecin j'avais eu besoin, et qui a probablement orienté le médecin que je suis devenue. Ça c'est sûr. Mais globalement la philosophie m'a beaucoup aidé, l'ethnologie m'a beaucoup aidé, l'anthropologie m'a beaucoup aidé. Et quand je me suis intéressée un peu à l'IVG et la contraception, je me suis intéressée un peu à ce qui se passait dans les autres cultures. Et là je me suis dit mais pourquoi eux ils y arrivent alors qu'ils n'ont pas du tout la même culture que nous ? Ils n'ont pas le même savoir et pourtant ils se démerdent vachement bien ! Donc ça veut dire que ça dépasse la culture. Et que notre culture a nous, notre savoir médical ne peut pas répondre à toutes ces questions-là. Dommage que les sciences humaines se soient arrêtées! On aurait considérablement besoin de ça, elles nous sensibilisent à ça.

A l'étranger les médecins sont-ils plus formés au relationnel ?

Non non, je ne parle pas de la formation, mais je parle par exemple si vous lisez tout ce que les anthropologues racontent dans les sociétés très différentes de la nôtre, de la prise en charge de la maternité par exemple, bah on s'aperçoit qu'il font les choses très différentes de nous : Et pourtant, et pourtant ils se démerdent! Ils ont des enfants quand ils le souhaitent ou pas, ils font des bébés et ils mettent au monde et parfois ça se passe vachement bien. Mais ils ont des systèmes pour le faire! ils ont des systèmes! Ils ont mis au point des systèmes de santé qui leur permettent de vérifier tout ça! Mais ce n'est pas les mêmes que les nôtres! Nous on veut absolument expliquer aux femmes, l'action de l'ovulation, l'action de l'utérus des trompes, etc …pffff est ce que c'est utile? Mais on ne se pose même pas la question! On le fait ! Parce que ça a été notre moyen à nous de comprendre! Et on ne se pose pas la question de savoir si c'est utile pour un autre. C'est ça qui ne va pas. Peut-être que pour certains ça va être génial ! Mais pour d'autres ….pfff parfaitement inutile! mais en fait on ne se pose pas la question ! On déverse notre savoir, comme si c'était parfaitement à l'autre! Et on s'épuise pour rien! Et l'autre en face il dit : " il se fout de ma gueule, il écoute pas " ils ont raison ! Mais ce n'est pas de la mauvaise intention ! c'est le fait juste de n'avoir pas pensé que l'autre pouvait amener quelque chose d'autre que toi tu pouvais lui amener. Voila ! C'est tout ! C'est tout!

Est-ce que vous avez encore beaucoup de questions parce qu'il va me falloir quitter le bureau dans lequel je suis !

Non non. Alors peut être sûr améliorer la prise en charge de ces patientes ?

La prise en charge de ces patientes, alors on pourrait rentrer dans le concret hein, de se donner un peu de temps! Mais surtout de se questionner sur ce qui les fait se questionner, plutôt ça et comment on peut sensibiliser les médecins ? Alors moi je fais beaucoup de formations avec les médecins et souvent je leur raconte des histoires. Et puis à la fin je leur demande de me dire ce qu'ils ont pensé de l'histoire ! C'est la meilleure des formations! Alors par contre si je commence à faire un diaporama avec tous les outils de contraception, ce qui se fait en général tout le temps, n'est-ce pas? Et bien je ne leur ai rien appris.

Résumer l'entretien ?

Je crois que je vous ai transmis, oui je me suis un peu rapprochée de l'essentiel !

Numéro 17

Que pouvez-vous me dire sur le refus des patientes des contraceptions hormonales ?

Donc euh moi j'ai pas, euh, les patientes que je reçois moi, vu que c'est dans un centre de planif, une population très précaire, des femmes assez jeunes, je dirai que elles sont assez peu informées, on est assez peu touché par la vague médiatique sur la contraception hormonale, l'impact cardio vasculaire, évidemment elles en ont pas entendu parler. Elles sont plus touchées par ce que disent les copines, les réseaux sociaux donc je ne rencontre pas beaucoup de femmes qui par principe sont opposées aux hormones donc voilà.

Est-ce que tu as l'impression d'être confrontée à une défiance, de part ce que disent les copines ou autres ?

Un peu mais pas plus que ça, pas plus que pour le stérilet, qui rendrait stérile, pas plus que sur l'implant, que sur le Mirena qui donne des dépressions, voilà ce qu'on a pu entendre. Les patientes que je reçois moi, voilà je vais plus, avant j'avais une pratique qui était plus diversifiée sur la population car je travaillais aussi dans un autre centre qui est à Paris dans le (…) c'était quand même une population plus âgée globalement et plus favorisée, sur le plan socio-économique et j'avais des femmes qui disaient que par principe elles ne voulaient pas d'hormones, car elle voulait quelque chose de

plus naturel, donc plus de dispositif intra utérin au cuivre. De ça on en rencontre beaucoup moins. Ou alors les femmes qui refusent les hormones ce sont les femmes qui ont déjà essayé et qui ont mal toléré niveau appétit, prise de poids, peau , humeur, libido bref les choses comme ça, donc bref par exemple elles savent que ça ne leur convient pas. Mais par principe, des femmes qui arrivent en disant : bonjour, je voudrais une contraception non hormonale, franchement à (…) on en a pas.

Du coup tu as l'impression qu'il y a un critère social ?

Oui, oui oui.

C'est une question d'accès à l'information ?

Je ne sais pas très bien, il faudrait demander à des gens qui vivent ça de plus près. Mais si tu veux, moi j'ai l'impression que l'idée de pas hormonal ça va aussi avec l'idée du bio, de vivre de manière plus saine, et ça colle pas du tout avec les gens qui ont peu de moyens! enfin les jeunes qui ont peu de moyens, a (…) , ils ont d'autres préoccupations.

Et du coup quand tu as rencontré dans ta pratique un refus dans ton autre boulot, ça te posait des problèmes de prise en charge ?

Non, non quel genre de problème ?

Non, pour moi c'est pas un problème, ce n'est pas comme si j'avais, on parlait d'un traitement curatif d'une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternative quoi, ou là les personnes refusent et c'est compliqué. La contraception, le but de la contraception, c'est d'avoir des relations sexuelles. Le but de la contraception c'est pas de ne pas avoir d'enfants. Si tu ne veux pas d'enfants, il suffit de ne pas avoir de rapport. Donc le but de la contraception c'est d'avoir des relations sexuelles donc c'est pas… Effectivement parfois on est un peu embêté parce qu'on ne trouve rien qui convienne à une personne. Mais si tu veux c'est vrai du DIU, c'est vrai de l'implant, de la contraception hormonale par voie orale, je dirais que oui parfois on est un peu embêté parce qu'on sait pas quoi proposer à quelqu'un, mais c'est pas parce que il y a un refus de la contraception hormonale, c'est pas ça qui nous met en difficulté régulièrement, c'est juste que il y a un refus parce qu'elles tolèrent pas bien, euh la pilule ça va pas parce qu'elles oublient, ou la pilule ça va pas parce que leur parents fouillent leur chambre et du coup c'est pas assez discret, euh voilà

Toi tu as quelle vision de la contraception hormonale au niveau risques, ou effets secondaires, tu as l'impression que c'est très courant ?

Ouai il y a beaucoup de femmes qui disent : moi depuis que je prends la pilule j'ai des boutons, j'ai plus envie d'avoir des relations sexuelles donc voilà, c'est une réalité quoi, c'est un fait de la contraception hormonale, de la même manière qu'il y a des femmes qui lors de leur cycle naturel sans contraception hormonale, elles ont une variation de leur humeur, de leur appétit, de l'état de leur peau lors de leur cycle naturel, ben il y en a qui sont sensibles ben voilà ! Hum c'était quoi ta question déjà ?

Ta vision de la contraception hormonale !

Moi la vision que j'en ai c'est sur le plan du confort, ce qui est du confort, ça peut être plus ou moins bien toléré et ça ça va être leur expérience elle-même pour savoir si elle en a ou pas. Sur le plan du risque cardio vasculaire, c'est une réalité et on l'explique, parfois c'est une peu compliqué. Il y a des femmes, si on prend le temps d'expliquer l'impact cardio vasculaire de la contraception hormonale et elles comprennent, et elles décident de prendre ou pas! Il y a des jeunes femmes pour qui si tu commences à rentrer la dedans ça va être compliqué de comprendre. Des fois tu fais un peu les pré requis en fonction de ce qui se passe, si tu as quelqu'un en face de toi qui n'a pas d'endroit pour dormir, qui subit des

violences conjugales, et que si tu lui rajoutes : " bon la pilule ça va peut être augmenter votre risque de faire un AVC ", alors qu'elle a pas de facteur de risque et je sais pas quoi, c'est pas que je suis entrain de dire, parce que évidemment c'est pas du tout politiquement correct, bien sûr que tout le monde, quelle que soit sa situation il a le droit d'être informé pareil, mais on fait aussi comme on peut, parfois c'est pas du tout la priorité du jour, parce que la priorité du jour c'est que la dame qui ne choisit pas d'avoir des relations sexuelles, parce que chez elle c'est monsieur qui décide, ben elle soit protégée quoi. Qu'elle ait une contraception, qui lui fasse pas des règles n'importe comment, parce que la microprogestative c'est bien, il n'y a pas d'impact cardio vasculaire, okay, mais des fois t'as pas tes règles donc tu es en panique, parce que tu te demandes si tu n'es pas enceinte, donc la dame quand sa priorité c'est : pas de grossesse parce qu'elle ne choisit pas quand elle a des relations sexuelles, forcément la prise en charge, tu vois ce que je veux dire ?

Oui Oui

Donc tu vois les effets indésirables potentiellement graves, les patients il est important qu'ils soient informés, mais avec, en s'adaptant à la situation. Ça peut être mis en place un peu rapidement sans qu'elle ait l'information totale mais parce que l'urgence c'est pas de grossesse et euh puis reprendre ca de manière plus tranquille la fois d'après. Voilà mais c'est une réalité

Oui Oui j'ai l'impression que ça c'est ta réalité du quotidien, on n'est pas dans le refus d'hormone, mais plutôt dans le besoin de contraception, parce que situation sociale compliquée

Ben oui, ben tu sais les femmes quand elles veulent une contraception c'est toujours un truc important quoi. Et ca c'est un truc qui m'agace beaucoup, parce que je vois toute la journée des femmes qui viennent avorter et combien te disent * : Bah oui je voulais mettre un stérilet mais le gynéco, et puis vu que j'avais pas mes règles, et puis comme j'avais pas fait de frottis, et puis comme mon frottis était anormal, ben il l'a pas mis parce qu'il attendait, enfin tu vois. Donc moi je suis quand même très très très pro active pour que quand une femme veut une contraception, elle ait une contraception efficace le plus rapidement possible, et qu'on arrête de tergiverser 107 ans donc, c'est ça la réalité.

Oui donc plus considérer le risque d'IVG

Ben le risque IVG, non! c'est le risque de grossesse non prévue. Parce que l'IVG en soit, désolé je suis un peu tatillonne sur les termes, l'IVG en soit ce n'est pas un problème, c'est une solution, une solution rapportée à une grossesse non prévue. C'est pour ça qu'on essaye d'éviter, enfin ce n'est pas l'IVG. L'IVG heureusement qu'on l'a et ça se passe pas forcément mal.

Donc finalement le refus des hormones, est ce que tu dirais que ça impacte ta pratique ?

Non

Quand tu as des femmes en refus, quelles méthodes elles privilégient ?

Ben le stérilet au cuivre, si vraiment l'idée c'est de ne pas avoir d'hormones, si c'est pour avoir quelque chose de naturel ou plus physiologique. Mais ça ne convient pas à tout le monde parce que si tu ne veux pas d'hormones mais que tu as des règles hémorragiques, des règles longues, des règles douloureuses, le stérilet au cuivre ça va peut-être pas aller ! Peut-être qu'elles le porteront quand même si elles sont très motivées, il y a même des femmes qui remettent un stérilet après une grossesse sous stérilet parce qu'elles sont vraiment motivées, mais ça convient pas à tout le monde donc parfois elles reviennent aux hormones quand même.

Est-ce que tu vois des pistes pour améliorer la prise en charge de ces femmes en refus ?

Ben encore une fois je ne comprends pas bien l'idée : si elles refusent, elles refusent quoi! on a pas à, je suis pas du tout parano mais il y aurait bien un petit coté de : ça intéresserait bien les labo de savoir comment faire pour convaincre les femmes de mettre des stérilets au cuivre. Si elles en veulent pas je suis plutôt d'avis pour dire qu'on leur foute la paix! Et qu'on trouve des solutions plutôt qu'essayer de les convaincre d'un truc. Tu donnes une information, tu essayes qu'elle soit le plus compréhensible possible, déjà ils en font ce qu'il veulent, ils en disposent comme ils veulent, ils ont compris ils sont d'accord, ils ont compris, ils n'y croient pas, ils ont compris mais ils croient quand même plus la copine parce qu'il ont vu sur les réseaux sociaux enfin voila, ca c'est la vie on est pas là pour être plus malin que tout le monde et leur faire comprendre quelque chose. Moi je suis convaincue que les hormones c'est bien pour celles qui en veulent et c'est pas bien pour celles qui la supportent pas quoi, c'est tout. Moi j'aime bien manger bio et enfin j'en sais rien et ca me fait pas plaisir si t'essayes de me convaincre que tel aliment est aussi bien. Si par principe j'ai décidé ça, ben tu me laisses tranquille quoi. C'est pas un problème parce qu'il y a des alternatives, c'est pas un problème parce que les gens ils sont libres quoi. Si la femme elle a envie de croire n'importe quoi, que tu l'informes et que elle continue a pas être convaincue, tu sais pas pourquoi mais peut être qu'il y a un truc que tu n'as pas compris ! Elles te disent souvent ça oui ben je vais enlever mon implant pour telle raison et en fait tu comprends que dans le fond la raison c'était pas ça c'était autre chose. Ben ok, je suis pas là pour gratter jusqu'à ce que j'ai tout compris parce que on a jamais tout compris. Tu vois ce que je veux dire ? On est un peu formé comme ça genre… moi je ne sais pas pourquoi ça ne me parle pas genre quand on me demande des statistiques, sur telle contraception, les femmes après l'IVG : je m'en fous moi ce qu'ils font les gens! Ce qui compte c'est la femme en face de moi, elle a les infos, elle décide pour elle quoi ! Ça me sert à rien de savoir que 20% des femmes vont prendre ça, donc pour moi les femmes qui veulent pas d'hormones elles mettent en danger personne quoi ! C'est leur affaire! Moi je veux dire c'est comme si on disait : qu'est-ce qu'on fait pour les parents qui refusent de faire vacciner leur enfants ? Ben là c'est un problème tu vois ! Mais les femmes qui refusent de prendre de la contraception hormonale on leur fou la paix c'est tout.

Si elles te disent : j'en prends pas parce que ça me donne tel ou tel truc et que c'est n'importe quoi ben tu peux dire : les études scientifiques, machin, on sait qu' on donne les infos ! Mais après elle prend pas, elle prend pas ! Elle ne veut pas, elle veut pas !

C'est important de comprendre le problème de la patiente : pourquoi elle est là aujourd'hui, de quoi elle a besoin, elle a besoin de ne pas être enceinte. Les femmes qui veulent utiliser une contraception pas efficace ben elles ont le droit ! Une fois qu'elles savent. Il y en a qui te disent : ça fait 1O ans qu'on pratique le retrait, voilà c'est la première fois qu'on a une grossesse, et moi je dis ben la prochaine fois ça pourrait très bien être dans 3 mois. Si ils acceptent, enfin à qui ça fait du tord? enfin elle est libre de choisir!

Numéro 18

Que pouvez-vous me dire sur le refus des contraceptions hormonales ?

Alors souvent, elles considèrent qu'elles ne les tolèrent pas. Et même chez les petites jeunes hein. Alors il y en a qui ont des nausées, euh se sentent pas bien avec la pilule, des baisses de libido, donc voilà, ensuite il y a le choix de vouloir sentir son corps fonctionner. Ma fille elle dit qu'on est des êtres cycliques les femmes et elle aimerait bien sentir ça. Elle, elle prend la pilule depuis l'âge de 15 ans et elle aimerait sentir son corps fonctionner le plus naturellement possible sans qu'elle soit soumise aux hormones. Après peut être qu'elle se fait des fausses idées hein ! mais elle veut

l'expérimenter dans tous les cas. Bon après c'est aussi la tendance.

Et vous vous en pensez quoi ?

Ah moi je comprends bien ça, sentir son corps, tout ça, ça me parle ! Après euh, j'espère qu'on est pas sur un retour en arrière des méthodes contraceptives ! Mais moi je ne suis pas opposée, on en discute avec mes patientes de toute façon. Et puis moi souvent mes patientes on parle des alternatives en particulier les DIU. Mais c'est souvent parce qu'elles la tolèrent pas ou c'est parce qu'elle l'ont pris longtemps et que elles sont aussi soucieuses de leur santé et que prendre des hormones au quotidien euh elles pensent que c'est pas bon voilà, et qu'il y a toutes ces arrières pensées la.

Et pour vous du coup les alternatives c'est le DIU ?

Alors euh (rires). Mais ma fille me dit : Il n'y a rien ! Moi : Mais quand même ! (rires). Euh le DIU bah le DIU en méthode non hormonale, après on peut discuter la contraception masculine, on en a discuté avec ma fille, c'est elle qui a lancé le sujet et ça c'est plutôt intéressant parce que du coup j'ai appris certaines choses et puis elle m'a fait connaître des DIU que je ne connais pas comme le ballerine la ? C'est un DIU, ce n'est pas du tout comme les DIU classiques avec les deux petits crochets, c'est un peu à mémoire de forme. Et puis les méthodes masculines avec les anneaux remonte testicule pour chauffer. Donc ça, ça se répand pas mal sur les réseaux sociaux. Bon le préservatif, donc bon moi je ne sais pas si c'est vraiment un bon moyen de contraception. Mais j'ai pas mal de patientes qui n'ont pas de contraception hormonale et qui utilisent le préservatif régulièrement. Je pense ça, si elles sont matures, qu'elles savent l'utiliser, que ça fonctionne bien, elles ont confiance. Mais bon, des fois quand même il y a des accidents (rires). Et voilà bah les alternatives sinon les méthodes naturelles, mais là les méthodes naturelles euh pfffff, je trouve que euh ça limite quoi ! Ça limite les moments déjà ! Euh et puis euh il faut quand même pour une très jeune femme bien connaître son corps, aller analyser la glaire cervicale tout ces trucs là, moi ça me dépasse un peu. Mais en même temps , moi je sais que des fois j'ai été catégorique sur certaines choses et finalement en vieillissant je m'aperçois qu'il y a des choses qui me choquent moins, je suis plus à les écouter donc euh pourquoi pas hein… Et puis c'est toujours ce qu'on dit la contraception, il faut que la femme, la contraception qu'elle a c'est celle qui lui convient!

Vous avez l'impression qu'il y a une défiance envers les hormones ?

Euh oui aussi, alors ça c'est pareil ça circule beaucoup dans les réseaux sociaux. Et il y a parfois des jeunes femmes qui nous parlent des risques de cancer ! aussi. Avec la pilule. Donc la on a quand même du recul donc voilà ! Euh après il y a peut-être celles, bon en général elles la prennent quand même la pilule : les fumeuses. On arrête pas de leur dire qu'il faut pas mais bon, si elles ont vraiment trop peur elles font autrement mais, sinon elles fument quand même un peu avec la pilule. Mais la défiance euuh, méfiance euh oui bah c'est quand on prend quelque chose, n'importe quoi on prend des risques… Mais après j'essaye de les rassurer puisque par rapport au cancer, par rapport à tout ça, maintenant on a quand même du recul. Mais euh oui c'est ça elles se méfient quand même de prendre des hormones quoi, qui empêche leur corps de fonctionner naturellement.

Est-ce que vous avez l'impression que c'est un type de patientèle ?

Pas toujours! Parce que voilà moi je suis un peu étonnée que ma fille veuille passer à autre chose. Elle est pas du tout babacool, euh non non, je pense que les jeunes filles elles veulent être euh bah sentir leur corps fonctionner, libre

de choisir aussi. Et ne plus être, oui voilà : Tu veux avoir des rapports ? bah pilule et voilà. Donc finalement il y en a pas mal qui se tournent vers les DIU hein, même les très jeunes filles qui n'ont jamais eu d'enfants.

Et vous vous en rencontrez souvent dans votre patientèle ? des refus ou des manifestations de ne plus vouloir prendre d'hormones ?

Bah souvent euh pas forcément souvent ! Bah quand même, quand même, quand même pas mal… Après les femmes vieillissantes ça c'est sur, elles veulent passer à autre chose, elles disent j'ai assez pris d'hormone dans ma vie, je veux passer à autre chose, et c'est aussi le fait que ce soit astreignant quand même de prendre euh un comprimé tous les jours quoi. Et que il y a celles qui oublient c'est sûr mais il y en a qui veulent se sentir plus libres quoi. Donc souvent les femmes qui vieillissent et qui sentent qu'elles ont déjà eu, enfin qui sentent entre guillemet, qui ont déjà eu des enfants et qui savent qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants euh elles choisissent autre chose en général. Celles qui ne veulent plus d'enfant il y en a quand même quelques-unes qui se tournent vers les méthodes définitives hein, moi j'en ai certaines ! même très tôt des fois, ça arrive de temps en temps des femmes qui n'ont pas d'enfants, euh et après euh oui voilà elles choisissent soit le DIU soit la méthode définitive.

Et vous avez l'impression que vous en voyez plus ? Si vous êtes installée depuis 2008 vous avez vu une évolution ?

Oui, oui, oh oui, globalement oui. Alors c'est vrai que moi j'ai peut-être un biais de sélection c'est vrai parce que moi quand même, comme je fais les consultations d'allaitement je vois quand même beaucoup de mères qui sont très nature, mais euh quand même c'est pas des babacool. Après les babacool oui elles fonctionnent méthode naturelle, préservatif, elles se débrouillent, elles font leur truc nature, parce que après, non euh voilà, les femmes matures qui ont déjà eu des enfants, non elles veulent plus prendre tout ça. Parce que je ne sais pas ouai surement elles pensent que c'est néfaste pour leur santé.

Est-ce que vous ça vous pose des problèmes de prise en charge ? des impasses ?

Euh des impasses, oui on peut être dans des impasses, parce que par exemple je vais reprendre l'exemple de ma fille (rires), par exemple elle ne veut plus prendre d'hormones mais préservatif euhh, bon elle a essayé l'implant aussi et ça n'allait pas du tout ! Euh donc euh elle est entrain de se pencher, je crois qu'elle va se faire mettre un stérilet, un DIU. Après il y en a qui ne veulent pas non plus de corps étranger, elles parlent de corps étranger dans leur corps, enfin dans tous les cas dans leur utérus (rires) et la du coup on a vite fait le tour après! pas d'hormones, pas de DIU, ça limite les choses

Et vous c'est quoi votre vision de la contraception hormonale

Ben moi comme je disais tout à l'heure c'est celle qui convient à la femme ! Après euh pour celles qui ne tolèrent pas ni la pilule, ni le DIU, ou certaines qui ont des contre-indication, ou celles qui ont fait des grossesses. J'en connais une la fille d'une amie, elle a pris la pilule elle l'a tolérait pas , elle avait des nausées, elle avait des changement d'humeur, oui il y a tout ça d'ailleurs les dysphorie, quoi, hum et finalement elle a eu un stérilet et finalement elle a fait une grossesse sous stérilet, elle a fait une septicémie liée au stérilet, alors qu'elle était enceinte sous stérilet, elle a été hospitalisée, antibio, ils ont enlevé le stérilet, ils ont fait une aspiration parce que l'embryon n'était pas viable. Donc pour elle la suite je ne sais pas comment ca va se passer.

Avez-vous l'impression que ces patientes ont un rapport particulier avec le corps

médical ? Elles peuvent se sentir jugées ?

Oui c'est possible, pas plus que ça. Moi je sens qu'elles se prennent en main et elles savent ce qu'elles veulent ou ce qu'elles ne veulent pas. Enfin plutôt ce qu'elles ne veulent pas (rires) parce que ce qu'elle veulent c'est peut-être moins évident, mais, elles s'affirment, après elles ont peut-être du mal à le dire, mais peut être au gynécologue.. en général à nous, on est plus proche, on les connait bien. Bon après moi j'ai aucune arrière-pensée, enfin elles sont libres, elles font ce qu'elles veulent ! Mais je les comprends en même temps, les hormones euh .. on est plus sur les même génération. Il y a les générations 68, moi je suis née en 67, on était euh l'époque post 68 ou la pilule ça a été la libration pour la femme, maintenant, on en est plus sur les même choses systématiques. La pilule évidemment à l'époque ça a été beaucoup prescrit, ça a été beaucoup pris, euh enfin plus tard parce que je vois ma mère je pense qu'elle l'a pas pris ou très peu, mais pas je pense, mais euh ouai ça a été synonyme vraiment de libération sexuelle, là on est plus tout à fait sur le même truc, bien que la libération sexuelle elle y soit et je vois bien sur les réseaux sociaux ça circule. Euh elles se prennent en charge en fait, elles sont actrices de leur corps et de leur contraception. Ça je le perçois.

Et tout à l'heure vous parliez de la contraception masculine, il y en a beaucoup qui vous en parlent dans le cabinet ?

Contraception masculine sur l'anneau, ça non on ne m'en a jamais parlé. Là j'ai eu des demandes, j'ai eu peut être 3 ou 4 patients qui vont, ou qui ont déjà fait la vasectomie. Ca c'est pour (rires) des patients qui ont déjà eu des enfants. Qui prennent le relais de leur femme justement. Qui disent bon ma femme elle a donné jusque-là , maintenant c'est un peu à moi de donner, et puis de toute façon je veux plus d'enfant. Mais c'est rare, ça reste quand même une minorité.

Et là, l'ami de votre fille il voudrait bien faire le slip chauffant ?

Ben ils en ont discuté (rires) c'est rigolo parce que je ne pensais pas qu'on en viendrait à ce genre de discussion ! Mais c'est tout à fait intéressant ! Il ne peut pas utiliser un anneau parce que sinon je pense qu'il aurait essayé, il a eu une torsion de testicule et une orchidopexie bilatérale du coup il y a des risques de nécrose ou ischémie. Mais sinon oui il était prêt à essayer la chose. Mais c'est pas simple ce truc là parce que j'ai regardé, il faut quand même faire des spermogrammes, pendant 3 mois pour être sur, et faire quand même attention sur les trois premiers mois, il y a une histoire d'atypie sur les spermatozoïdes avec des risques de mutation, enfin on sait pas trop. Oui d'atypie dans les noyaux des spermatozoïdes avec le fait de chauffer mais surtout les trois premiers mois. Et du coup voilà, et comme il n'y a pas eu d'études! Et au niveau réversibilité, il y a des études qui montrent que voilà il semblerait que ça puisse fonctionner mais après moi je me posais la question est-ce qu'il y a pas un risque de cancérisation ? Vu que les cryptorchidies il y a des risques ? Mais le problème c'est que c'est pas étudié. Et puis bon c'est quand même plusieurs heures dans la journée! Et puis elle réfléchissait à ça aussi ma fille : mais quand même, lui imposer ça ! Voilà quoi, mettre un truc plusieurs heures dans la journée, et puis voilà il faut s'y habituer, et puis physiquement je pense qu'on doit le sentir enfin je sais pas j'imagine (rires)

Est que vous ça vous pose des problèmes de prise en charge au quotidien ?

Ben on essaye de trouver une solution ! Alors moi les stérilets je ne les pose pas. Les DIU. Mais je les informe qu'il y a des gynéco qui les pose, même les très jeunes femmes qui n'ont pas eu d'enfant et j'essaye de leur donner des coordonnées qui vont dans ce sens la !

Est-ce que vous avez des améliorations , des

pistes pour mieux prendre en charge ces patientes en refus?

Ben se pencher peut être un peu plus sur la contraception masculine ! Parce que c'est vrai que c'est toujours les femmes qui donnent hein. Contraception, fertilité, tout ça! Alors oui c'est vrai c'est nous qui portons la vie mais quand même, c'est vrai hein ! On parle de la charge mentale, on parle de tout ça. Après je sais pas , faut voir, moi je me suis gérée. Ouai la contraception masculine c'est pas mal ! Mais ils ont trop peur (rires). De leur puissance, qu'on altère leur puissance (rires)

Mais c'est vrai que, en discutant avec ma fille, qui me disait qu' il n'y a pas grand-chose en contraception, je crois que presque elle est déçue, alors je dis ben n'exagère pas quand même il y a beaucoup beaucoup de choses, alors c'est vrai qu' il y a différent type de pilules, euh les DIU c'est pareil on arrive à faire de tous petits DIU qui conviennent au nullipares, euh donc tout ca a quand même beaucoup évolué, après on a quand même l'implant, les DIU hormonaux, on a le nuvaring, les patchs, il y a quand même beaucoup de chose, mais oui c'est vrai la plupart du temps c'est quand même hormonal. Après par contre ce dont on parle pas et ca j'aimerais bien quand même qu'il y ait des études la dessus et qu'on arrive à évaluer ca : c'est l'impact des hormones sur la libido des femmes, parce que ça c'est quand même complètement tu, c'est-à-dire que personne en parle de ce truc la , il y a que les patientes qui en parlent. Et on en parle jamais dans les effets secondaires, enfin si c'est mentionné surement dans les effets secondaires, dans les pilules, mais euh finalement c'est quand même hyper important (rires) et ça circule beaucoup sur les réseaux sociaux, il y a quand même beaucoup de jeunes femmes qui parlent de ca , qui trouvent qu'il y a une conséquence importante, alors est ce qu'elle est psychologique, est ce que , j'en sais rien , j'aimerais vraiment qu'il y ait des études dans ce sens-là, ce serait vraiment intéressant pour savoir si il y a un impact quoi . Parce que pourquoi euh en post 68 toutes les femmes ont pris la pilule et il y a eu une libération sexuelle donc la libido elle devait bien être la quand même (rires) ou alors ca a permis une libération sexuelle et après elles sont un peu restées sur leur fin et maintenant on a le retour de la médaille. J'en sais rien mais c'est vrai qu' en terme de contraception, les femmes, autant ça les concerne euh sur leur fertilité, leur vie gynécologique. Mais après tout ce qu'est autour de la sexualité des consultation euh c'est très peu évoqué, c'est très très peu évoqué. Et je vois les hommes il vont venir chercher des traitements pour traiter l'impuissance mais les femmes elles vont rarement pour leur libido, alors que ca devrait être un tout. On parle du clitoris maintenant, sur les réseaux sociaux ça circule beaucoup l'anatomie du clitoris, mois j'ai été étonnée parce que je n'ai jamais appris ça pendant mes études, et que j'ai découvert ça il y a très peu de temps sur les réseaux sociaux et la je suis, mais c'est pas vrai ! mais je ne connais pas ça quoi! et je suis restée sur le cul c'est incroyable! mmmh et qu'est-ce que je voulais dire. On devrait en parler parce que c'est de ça dont on parle quand on parle contraception! puis surtout on a aucune formation dessus, donc après si on veut aider nos patientes ils faut arriver à leur tendre la perche, arriver à en parler de temps en temps, arriver à bien écouter ce qu'elle ont à nous dire parce que des fois c'est caché et c'est une part importante pour le couple, et pour le coup sur les réseaux sociaux il y a quand même des petites nanas qui se bougent, qui sont féministes, et la parole se libère c'est vraiment intéressant. Enfin voilà ! Et la méthode d'aménorrhée lactationnelle c'est pas répandu justement parce que c'est naturel et que forcément il y a plein de professionnels qui sont suspicieux justement par rapport à ça. Et euh donc les conditions. L'efficacité c'est autant que la pilule ou le stérilet a condition que ce soit bien pris hein parce que la pilule c'est pareil 'indice de pearl il est annoncé mais les oublis c'est fréquent. Donc il faut s'occuper de son bébé nuit et jour, qu'il tète au sein euh régulièrement, au

moins toutes les 4 heures dans la journée, et ne pas espacer plus de 6 heures la nuit, ensuite il faut pas de retour de couche, il faut que le bébé ne prenne que le lait maternel, nuit et jour évidemment et la on a des pourcentages qui sont excellents. Tout ça jusqu'à l'âge de 6 mois. A partir de 6 mois l'enfant il va commencer à s'alimenter, forcément il va y avoir un moindre blocage hypothalamo hypophysaire, euh et du coup les chiffres sont moins bon amis ça peut continuer à fonctionner et les grands mères elles le savaient car elles gardaient le bébé longtemps dans le lit conjugal, ca régulait les naissances pendant les 2-3 ans qui suivaient. Les femmes que je vois en consultation, mois même l'ayant expérimenté, le retour de couche il est très tardif hein ! Euh des fois c'est 13 mois hein le post partum, alors des fois il faut se méfier il y a des femmes qui vont tomber enceinte alors qu'elles n'ont pas eu le retour de couche, parce que elles ont ovulé mais elles n'ont pas encore saigné, mais euh sinon ca marche bien, a condition de bien l'appliquer. Et en formation je me souviens que j'en avais parlé et il y a un médecin qui s'était foutu de ma gueule et qui m'avait dit : nan mais tu sais pourquoi l'indice de Pearl il est comme ça c'est que en post partum euh il se passe rien quoi ! oui mais pendant 6 mois ! 6 mois les couples reprennent une activité sexuelle, alors peut être qu'elle est moins intense qu'avant mais je suis pas certaine!

Numéro 19

Que peux-tu me dire sur le refus de la part des patientes des contraceptions hormonales ?

(rires) J'adore les questions larges. Euh bah je crois que je vais dire un peu comme tout le monde. Bah en ce moment il y a de plus en plus de patientes qui viennent pour avoir une contraception non hormonale c'est-à-dire le dispositif intra utérin au cuivre et notamment des patientes jeunes. Enfin de plus en plus c'est difficile de dire ça parce que j'exerce la médecine générale depuis, on va dire si on compte le saspas depuis 2014, donc euh, puis avec une sensibilité de plus en plus grande pour la gynéco, mais j'ai quand même l'impression que j'avais pas de demande de renseignement sur les dispositifs intra utérin. Mais en même temps avant les médecins en France ne le proposaient pas trop et maintenant on le propose de plus en plus et moi-même au cabinet je le propose très facilement aux jeunes donc il y a du bouche à oreille etc. Et pour les patientes plus âgées qui sont pas très loin de la ménopause on a aussi un peu cette demande et après j'hésite pas à proposer à partir de l'âge de 40, 45 ans si la patiente n'ai pas très motivée pour une contraception non hormonale ou ce n'est pas indiqué parce qu'elles ont des règles très abondantes ou X raisons, j'hésite pas à proposer le préservatif. La contraception mécanique a un indice de Pearl qui n'est pas assez efficace pour les personnes jeunes mais j'avais lu que à partir de 40/ 45 ans c'était tout à fait acceptable l'indice de Pearl de la contraception mécanique.

Et elles te disent pourquoi elles veulent une contraception non hormonale ?

Ah ben il y a des millions de cas de figure ! Non il y a beaucoup de femmes qui sont assez décidées, elles rentrent, elles demandent une contraception, elles demandent un dispositif intra utérin. Bah je sais pas j'en ai plein alors je sais pas si c'est qu'elles se passent le mot parce qu' elles savent que j'en pose chez des femmes jeunes ou je pense qu'elles discutent entre elles aussi. Parce que quand j'avais fait mon stage en gynéco il y avait aussi beaucoup de femmes qui venaient chez ce gynéco pour se faire poser des DIU, je pense que les femmes elles sont plus renseignées avec internet et tout ça, ou alors elles ont des copines qui en ont eu un alors elles sont motivées pour en avoir un. Et euh après vu que c'est quand même plus efficace que la pilule, moi je refuse jamais enfin pour moi c'est une très bonne chose. Et alors concernant ta thèse, je sais que c'est sur l'hormonophobie…

Oui en fait moi c'est sur le refus des contraceptions hormonales au sens large !

Euh c'est vrai que par contre il y a l'autre cas de figure où les femmes elles viennent en demandant une contraception non hormonale mais qui sont pas très au courant de ce qui existe, et le plus compliqué c'est quand elles ne veulent pas d'hormones et un truc dans l'utérus ça ne les motive pas non plus , alors la c'est des consultations bien plus complexes parce que c'est bien plus difficile de travailler la dessus quoi hum, qu'est ce qui vous plait pas dans les hormones, etc… Alors en plus quand elles disent euh que forcément il y a plein de cas de figure mais quand elles disent qu'elles ont peur que ça les fasse grossir, bon il y a bon ne pas y avoir d'études fiables qui montrent que les hormones enfin que prendre la pilule ça fait pas grossir, en pratique euh on a quand même l'impression qu'il y a quand même des femmes qui sont plus sensibles à ça que d'autres, sauf que c'est pas très, je pense que ca doit faire partie de la discussion et quand on parle de la discussion, consentement éclairé du patient euh bah je trouve que c'est pas très fairplay de pas leur en parler alors du coup j'essaye de leur en parler en disant vraiment que ça dépend des femmes euh, que c'est tout à fait possible que elles ça ne les fasse pas du tout grossir, de dire si ça vous fait grossir on passe à autre chose on arrête, je trouve qu'on peut pas leur mentir en disant que ça les fera pas grossir. Même s' il n'y a pas d'études. C'est toujours pareil les études en médecine, enfin pour avoir une étude vraiment de bonne puissance sur : est ce que la pilule fait grossir les femmes ? enfin j'ai pas lu toutes les études sur le sujet mais est ce que les études sont vraiment puissantes, je suis pas sûre, je pense qu'il y a potentiellement un petit truc.

Et du coup tu as l'impression que c'est surtout le poids la raison pour laquelle ça repousse les hormones ?

Alors il y a le poids, il y a la peur des hormones de manière générale, un peu le cancer, beaucoup aussi la libido euh, j'ai des femmes qui sont euh, qui pensent que ça modifie leur humeur et quelque fois ca semble tout à fait logique sur le plan temporalité, genre on pose le dispositif intra utérin et quelques jours ou semaines plus tard elle commence à avoir des troubles de l'humeur, on le retire les troubles de l'humeur s'améliorent, et il n'y a rien d'autre qui a pu causer enfin il n'y a pas de changement dans la vie etc. Et alors quelques fois c'est complètement irrationnel, le dispositif intra utérin aux hormones il est là depuis, enfin j'ai une patiente le dispositif intra utérin il est là depuis des années et là apparition de troubles paniques. Donc cette patiente c'était un peu irrationnel et j'ai fini par lui enlever parce qu' il y avait que ça, enfin si je lui enlevais pas la crise panique prenait des proportions pas possible, et évidemment ça n'allait pas mieux après, mais elle a toujours été persuadée que c'était a cause de ce dispositif intra utérin. C'était vraiment super bizarre. Enfin je pense qu'il fallait juste trouver un bouc émissaire. Et sinon il y des patientes qui euh décrivent une perturbation de la thymie, surtout des progestatives, ou le mirena et euh comme c'est assez constant sur les progestative je trouve que c'est assez significatif. Je crois que j'avais lu un truc comme ça, que c'est possible quoi. Et sinon euh bah pour les jeunes filles c'est toujours un peu problématique parce que nous on a toujours peur qu'il y ait une grossesse non désirée, donc j'essaye de discuter, discuter , discuter c'est pas toujours évident. Heureusement qu'il y a le dispositif intra utérin quand même qui nous sauve quand même pas mal de situation. J'essaye de leur dire qu'un IVG il y a quand même pas mal de, enfin beaucoup d'hormones en jeu, même si c'est des hormones naturelles. Je crois que ça ne les convainc pas trop. Mais voilà

Pour celles qui ne veulent pas le stérilet au cuivre elles te parlent de ce qu'elles font ?

J'ai l'impression que souvent on arrive à trouver

une solution. Ou alors elles vont reconsulter, je leur explique tout euh je leur donne des document et elles disent qu'elles réfléchissent et qu'elles vont reconsulter. Est-ce qu' elles reconsultent vraiment je pourrais pas te dire. Il y en a une que j'ai en tête elle n'a pas reconsulté, elle a dit que ça la fait grossir, je lui ai proposé plusieurs trucs euh. En fait elles a réussi à perdre du poids avec un régime et elle a trop peur de prendre du poids avec les hormones, elle est jeune, je crois que pour le moment elle n'a pas de rapport, enfin elle en a déjà eu mais j'essaie de voir avec elle enfin, de lui expliquer qu'il valait mieux avoir une contraception avant d'avoir un copain et que c'était plus simple dans ce sens, je les vu 2 fois et puis je l'ai pas revu donc est ce que ça a porté ses fruits ?

Et donc elles ne te parlent pas des méthodes naturelles ?

Alors les méthodes naturelles c'est plutôt les femmes plus âgées qui en parlent. J'avoue que les jeunes pas trop et quand elles commencent à en parler j'essaye vraiment d'expliquer le pourquoi du comment. Alors déjà le préservatif chez les femmes jeunes je leur dis systématiquement que c'est un très bon moyen de lutter contre les infections sexuellement transmissibles mais que euh c'est pas assez contraceptif à cet âge là. Je leur dis qu'elles sont ultra fertiles et qu' il y a quand même euh. J'ai les indices de Pearl la sur mon petit visuel, je crois que c'est. En général ça leur parle parce que j'ai tous les indices de Pearl j'ai un visuel donc je leur dis sur 100 femmes qui utilisent un préservatif pendant un an il y a en a 15 qui tombent enceinte. Avec la pilule, il y en a plus que 8 et avec un DIU c'est magique il y en a plus que 8 pour 1000. Donc ça c'est pas mal ça les fait réfléchir quand même . J'ai mis des petits chiffres (rire) avec des petites étiquettes sinon je ne me rappelle jamais. L'indice de Pearl c'est très bien mais c'est très dur à retenir ! Et donc ça ça marche pas mal. Le seul fait d'avoir le visuel. Et d'ailleurs j'ai aussi la boite a contraception pour leur expliquer parce quand elles disent que ça leur fait peur le DIU je leur montre que c'est pas si gros, je leur montre comment ça se met, je leur montre j'ai même le machin, je leur montre on fait comme ça comme ça. Euh voilà. Moi ça me fait flipper les jeunes femmes qui n'ont pas de contraception, ça me fait flipper. J'en ai quand même plein, j'en ai vu plein pour des IVG hein, en fait de tous les âges pour les IVG. Du coup j'essaye d'expliquer.

Et tu as l'impression que c'est lié au refus d'hormones les IVG ?

Ah ben oui il y en a quand même, je trouve qu'il y en a quand même pas mal, enfin c'est subjectif la ce que je dis mais euh de mémoire il me semble qu'il y en a pas mal par refus de contraception notamment par hormono phobie oui

Et du coup en général toi tu en penses quoi de ce refus d'hormones ?

Ah ben moi mon avis personnel c'est que, c'est que il y a tellement de moyen de contraceptions qu'il y en a forcément un qui va aller à la patiente, et que c'est une affaire de point de vue et j'aimerais bien arriver à convaincre mes patientes qu'il y a bien un moyen de contraception qui va leur convenir. Alors après j'essaye d'en discuter, j'essaye toujours de faire l'entretien motivationnel, c'est pas toujours facile en médecine générale parce que on manque de temps, euh on est toujours pressé, on est fatigué, on a trop de retard dans les consultations, donc ce qui est difficile c'est de comprendre pourquoi la patiente ne veut pas prendre d'hormones. Une fois qu'on a compris c'est de, d'aller expliquer à la patiente avec les bons arguments qui vont la toucher, pourquoi c'est enfin, c'est faux, c'est pas forcément faux mais comment on peur faire! mais si j'ai du temps, que je suis en forme etc, j'ai l'impression qu'il y a moyen que j'y arrive (rires) ! C'est comme tout, avec des techniques d'entretien motivationnel, de reformulation, etc, en principe, on arrive assez rapidement à savoir pourquoi la

patiente elle n'en veut pas, enfin pourquoi vraiment elle en veut pas. Et si on a vraiment du temps après on peut essayer de lutter contre les idées reçues mais c'est vrai que en un quart d'heure c'est pas possible quoi.

Et tu disais que les femmes âgées elles te parlent des méthodes naturelles ? Tu leur dis quoi ?

Alors euh pour les femmes plus âgées, les méthodes naturelles, j'avais vu sur une étude que à partir de 45 ans ça va. Les méthodes naturelles commencent à avoir un indice de Pearl vraiment intéressant. Entre 40 et 45 ans, il faut associer le préservatif. J'essaye d'estimer avec la patiente le niveau de risque, et d'expliquer ce qu'il faudrait faire, et évidemment si elle est d'accord pour un moyen de contraception, je préfère toujours le moyen de contraception hein ! Mais je suis déjà plus relaxe à partir de 45 ans.

Et tu es formée aux méthodes naturelles ?

Euh pas du tout . Alors déjà entre 40 et 45 ans je préconise le préservatif donc euh je préconise pas les méthodes naturelles, ou alors il faut que la femme elle soit hyper renseignée, qu'elle ait eu vachement de mal à concevoir enfin elle a des cycles hyper enfin que tous les feux soient au vert ! Sinon je recommande toujours le préservatif entre 40 et 45 ans. Il y a des femmes qui sont super contentes du préservatif hein ! Et à partir de 45 ans la je me prend plus trop la tête, j'explique qu'il y a quand même encore un risque, que voila ca arrive, nananinananin, mais que si c'est leur choix qu'elles veulent absolument pas de contraception pour une raison ou pour une autre c'est pas la que je vais me prendre la tête pour euh convaincre la patiente, je me bat sur d'autres fronts.

Et parfois tu as l'impression que ça te pose des problèmes de prise en charge ?

Bah chez les jeunes filles ça arrive quand même qu'on soit confronté. Bah comme je disais la dernièrement j'en ai une qui a perdu du poids et qui veut pas en reprendre et pour l'instant elle m'a promis qu'elle reconsulterait pour en discuter mais pour l'instant je ne l'ai pas revue. Pour l'instant elle n'a pas de copain mais…

Et tu as l'impression qu'elles ont du mal à t'en parler les femmes qui ne veulent pas d'hormones ?

Ah non j'ai l'impression qu'on en discute assez librement.

Elles rapportent qu'elles se sont senties jugées du corps médical ?

Non, elles ne me l'ont pas dit à moi

Tu aurais des pistes pour améliorer la prise en charge de ces patientes qui ne veulent plus d'hormones ?

Euh… bah des pistes, … bah on manque de temps, je suis sûre que je suis pas la première à dire ça ! (rires) Bah en fait je vais enfoncer des portes ouvertes mais la consultation de contraception c'est une consultation comme les autres, à 25 euros, euh théoriquement j'ai 20 minutes pour la faire dans mon planning. C'est sur que si la patiente ne veut pas de contraception hormonale et qu'elle ne veut pas non plus de dispositif intra utérin au cuivre, c'est-à-dire qu'il va falloir passer du temps à comprendre, expliquer, convaincre, c'est sur que ça prend plus que 20 minutes, plus qu'une consultation. Bon il y a la fameuse CCP à 46 euros entre 15 et 18 ans je crois, il y a droit à une seule consultation de contraception. Mais en général c'est pas forcément pour la première contraception qu'elles ne veulent pas d'hormones, c'est plutôt après 18 ans, alors du coup ben c'est de la vocation, on fait appel à sa vocation et on fait une consultation de 30 minutes au lieu de un quart d'heure et après on est fatigué parce que émotionnellement c'était super compliqué de se concentrer pour expliquer comprendre convaincre, enfin bon l'entretien motivationnel c'est super mais c'est

fatiguant. Moi j'ai fait le DU d'entretien motivationnel il y a quelques années et c'était super etc mais au final c'est difficile à appliquer en médecine générale. Alors ça donne quelques techniques, notamment pour ce genre de consultations. C'est sûr que sans ça je pense que je serai pas le même médecin mais ça prend tellement de temps, de concentration! Enfin si on veut vraiment être bon, faire tout bien l'entretien, c'est vraiment crevant ! Et puis ce n'est pas un quart d'heure.

Et quand tu instaures les contraceptions, tu parles des effets secondaires ?

Alors j'essaye. Si la femme elle est vraiment, enfin elle me dit oui bonjour je viens pour avoir la pilule. Ca en général c'est pour les premières pilules. J'essaie de savoir ce que la patiente sait des effets secondaires etc mais je ne vais pas forcément la liste des effets secondaires dans ce cas là. Mais par contre vu que j'essaie de peser les patientes dans ce cas la, je leur explique quand même au moment ou je pèse les patientes, enfin c'est un moyen pour moi de, d'avoir le poids au moment de la consultation et d'avoir une valeur objective parce que parfois elles me disent qu'elles ont pris du poids mais c'est pas vrai. Ou alors elles avaient déjà pris du poids avant et j'essaie d'expliquer que parfois les patientes disent que ca leur fait prendre du poids mais que c'est difficile de dire si c'est la pilule ou un changement du mode de vie parce que parfois la prise de la pilule ça coïncide avec un changement du mode de vie, j'essaye d'expliquer tout ça. En général quand je parle des effets secondaires je dis ce que je viens de dire sur le poids, qu' on est pas sur mais que ça peut arriver. Je parle de la modification des profils de saignement. Pour les oestro progestatifs, bon c'est plutôt positif, pour les progestatives pures, je leur dis qu'il peut y avoir une modification les 6 premiers mois mais qu'il ne faut pas désespérer les 6 mois et que en général ça s'améliore! Parce que j'ai lu des études aussi qui disaient que si on le disait à la patiente avant en général c'est mieux accepté! Et puis de toute façon vu que j'ai vérifié tous les facteurs de risque cardio vasculaires, les antécédents etc ca permet aussi de vérifier tous les sujets, d'aborder voila. Après c'est pareil si la patiente elle vient que pour ca c'est hyper facile! Parce que ça on en a pas parlé de la multiplication des motifs ! si la patiente vient que pour ça c'est royal ! la on a 20 minutes pour parler que de la contraception ! La en général j'ai le temps de tout aborder : les effets secondaires , les alternatives… bon si elle vient pour un autre truc et qu' à la fin elle demande une contraception. Alors par contre je fais partie des médecins qui pensent qu'il vaut mieux que la patiente ait une contraception même si on ne lui a pas tout expliqué. Et parce que si elle demande une contraception, potentiellement elle en a besoin! Je préfère lui donner la contraception et la revoir 3 mois plus tard et lui expliquer tout plus tard. Plutôt que de lui dire de reconsulter, elle va pas forcément reconsulter et puis on sait jamais si elle a des rapports… donc moi je prescris en général pour une durée plus courte. Mais du coup dans ces cas de multiples motifs de consultation c'est possible que je n'explique pas tout. En fait, ça arrive fréquemment. Et je les revois dans 3 à 6 mois et sinon je fais une ordonnance pour un an d'habitude.

Et l'humeur aussi tu en parles ?

J'en parle pour la progestative, j'en parle quand on me demande les effets secondaires. Ce n'est pas le truc que je vais aborder spontanément. C'est vrai que je fais un peu au cas par cas. Si on ne me demande pas, je vais parler de la modification du profil de saignement. Euh de l'acné s' il y a un risque, si il y a une tendance à l'acné et du poids en prévenant que ca peut arriver mais que les études n'ont pas vraiment prouvé qu'il pouvait y avoir un lien. Et après l'humeur c'est pas le truc dont je parle spontanément . Par contre si la patiente me demande : "quels sont les effets secondaires?" c'est vrai que je rajoute aussi l'humeur.

Ta vision des femmes qui ne veulent pas de contraception hormonale ? Comment tu vois ce refus ?

Moi ma peur en tant que médecin, je suis un peu contaminée par ma propre peur, j'ai peur en tant que médecin qu'elle tombe enceinte, qu' elle soit dans un situation compliquée à cause de ça! et donc du coup j'essaye quand même de rester tranquille en consultation et de pas trop les contaminer avec mes peurs parce que je pense que c'est pas vraiment comme ça le meilleur moyen de parvenir à ses fins! Mais j'essaye, je pense qu' on est au XXIème siècle, elles ont des renseignements sur internet, il y a des informations qui sont vrais, des informations qui sont fausses, il y aussi eu toutes les histoires sur les pilules qui ont été très médiatisées, bah les femmes elles ont raison de se poser des questions. Qui ne s'en pose pas ? Je pense que c'est tout à fait légitime et je suis tout à fait ravie qu' on en parle, je préfère que mes patientes m'en parlent plutôt qu'elles ne m'en parlent pas. Quelquefois c'est un petit peu dure parce que il y a des patientes avec qui c'est très facile d'en parler, qui sont assez posées, qui sont contentes d'avoir des explications et il y en a d'autres qui sont assez catégoriques et la c'est beaucoup plus difficile de rester zen etc, en disant on va y arriver, il faut essayer de pas juger cette patiente et de continuer à explorer pour savoir pourquoi elle en veut pas, parce que il y a des patientes, des petites jeunes un petit peu cash direct : " ah non mais moi je veux pas d'hormones ! " et le dispositif intra utérin " ah non moi je veux pas de truc dans mon utérus ! " okay et euh est ce que il y a un désir de grossesse euh? " ah non non non !! " Okay comment vous allez faire alors? J'essaie de poser des questions ouvertes pour faire cheminer un peu, je vois pas ce que je peux faire de plus que ça alors je fais de mon mieux (rires) il y a des patientes avec qui c'est simple de parler et d'autres, la jeune post adolescente hyper cash c'est vrai que c'est pas le plus simple ! C'est challenge !