

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

DUGUÉ DURET Marie-Louise

Née le 7 Janvier 1984 au Mans.

Présentée et soutenue publiquement le 2 Avril 2013

**Pratique des médecins généralistes du CHER en 2012 en matière de
personnalisation de la contraception.**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur BODY Gilles

**Membres du jury : Monsieur le Professeur MARRET Henri
Monsieur le Professeur MAILLOT François
Madame le Docteur TRIGNOL-VIGUIER Nathalie**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.
BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER -
E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J.
THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence

	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
d'urgence	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et
	HERAULT Olivier	Immunologie clinique)
	HERBRETEAU Denis	Hématologie ; transfusion
Mme	HOMMET Caroline	Radiologie et Imagerie médicale
MM.	HUTEN Noël	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
	LABARTHE François	Chirurgie générale
	LAFFON Marc	Pédiatrie
d'urgence	LARDY Hubert	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
	LASFARGUES Gérard	Chirurgie infantile
	LEBRANCHU Yvon	Médecine et Santé au Travail
	LECOMTE Thierry	Immunologie
	LEMARIE Etienne	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Pneumologie
	LINASSIER Claude	Oto-Rhino-Laryngologie
	LORETTE Gérard	Cancérologie ; Radiothérapie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Dermato-Vénéréologie
	MARCHAND Michel	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Gynécologie et Obstétrique
	MORINIERE Sylvain	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MULLEMAN Denis	O.R.L.
	PAGES Jean-Christophe	Rhumatologie
	PAINTAUD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	PATAT Frédéric	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PERROTIN Dominique	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Franck	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PISELLA Pierre-Jean	Gynécologie et Obstétrique
	QUENTIN Roland	Ophtalmologie
	ROBIER Alain	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROINGEARD Philippe	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROSSET Philippe	Biologie cellulaire
	ROYERE Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	RUSCH Emmanuel	Biologie et Médecine du développement et de la
	SALAME Ephrem	Reproduction
	SALIBA Elie	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Reproduction	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Chirurgie digestive
Mme	SIRINELLI Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la
MM.	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Génétique
Mme	TOUTAIN Annick	Biophysique et Médecine Nucléaire
		Radiologie et Imagerie médicale
		Pédiatrie
		Génétique

MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique :
	addictologie	
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de
	Communication	
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAudeau Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
	Communication	
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la
	reproduction	
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline
RENOUX-JACQUET Cécile
M. ROBERT Jean

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM. BIGOT Yves
BOUAKAZ Ayache

Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930

Mmes BRUNEAU Nicole
930

Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930 CHALON Sylvie

Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

MM. COURTY Yves
GAUDRAY Patrick
GUILLEUX Fabrice

Chargé de Recherche CNRS – U 618
Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

Mmes GOMOT Marie
930

HEUZE-VOURCH Nathalie
MM. LAUMONNIER Frédéric
930

Chargée de Recherche INSERM – U 618
Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM

Mmes LE PAPE Alain
MARTINEAU Joëlle
930

Directeur de Recherche CNRS – U 618
Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

POULIN Ghislaine

Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire
MM. GOUIN Jean-Marie
MONDON Karl
Mme PERRIER Danièle

Orthophoniste
Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier
Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle
M. MAJZOUB Samuel

Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

Remerciements

A Monsieur le Professeur BODY Gilles,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma haute considération.

A Monsieur le Professeur MARRET Henri,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur MAILLOT François,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Vous qui avez participé à ma formation lors de mon premier semestre en tant qu'interne, merci de votre pédagogie.

A Madame le Docteur TRIGNOL-VIGUIER Nathalie,

Je vous remercie tout d'abord d'avoir accepté de diriger ma thèse. J'ai apprécié votre disponibilité et le soutien dont vous avez fait preuve lors de l'élaboration du projet puis de la réalisation de cette thèse. Je vous remercie pour le partage de votre expérience et pour les deux jours passés au centre d'orthogénie qui m'ont apporté une aide pour ma pratique future.

A Madame le Docteur RENOUX Cécile, Madame le Docteur HUAS Caroline et Madame le Docteur DIBAO-DINA Clarisse,

Vous avez accepté de m'aider dans la méthodologie de ma thèse et répondu à mes questions, je vous remercie sincèrement.

Un grand merci,

A mon mari, pour son amour, sa présence et son soutien au quotidien.

A mon fils Alexandre, pour le bonheur qu'il m'apporte chaque jour.

A ma fille Elise, qui a grandi en moi pendant la réalisation de cette thèse.

A ma mère et mon père, pour avoir cru en moi et m'avoir soutenue.

A mes sœurs et frère, Anaïs, Lucie et Antoine, pour nos différences qui sont notre force à chacun. Et tout particulièrement à Lucie, pour sa traduction en anglais.

A Hélène, pour son amitié, pour avoir optimisé l'attente d'un heureux événement en me donnant des conseils et en relisant ma thèse.

A ma belle-mère Danielle, pour sa minutieuse relecture.

A mes amis et ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

Aux médecins interrogés, pour leur accueil chaleureux et le temps qu'ils m'ont consacré, sans eux ce travail n'aurait pu être réalisé.

Au médecin du centre de planification familial qui a accepté de faire part de son expérience.

Résumé :

Contexte : Le taux d'IVG reste stable à 200 000 par an depuis de nombreuses années en France malgré la multiplicité des moyens de contraception. Pourtant, 90% des femmes ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent un moyen de contraception. Les échecs sont donc probablement dus à un moyen non adapté. Le médecin généraliste est un des acteurs principaux dans la promotion de la contraception. L'objectif de cette étude a donc été d'explorer la pratique des médecins généralistes en 2012 en matière de personnalisation de la contraception.

Matériel et méthode : Une étude qualitative exploratoire prospective par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes du CHER a été réalisée entre Juillet et Août 2012. L'échantillon était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, des lieux d'exercice, de l'année de thèse, du mode d'exercice et du statut ou non de maître de stage. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des médecins généralistes évoquait des demandes fréquentes de prescription de contraception. Cependant, les patientes banalisant celle-ci, la personnalisation était plus difficile. Ils insistaient sur le fait qu'ils souhaitent respecter les contre-indications mais que le choix se faisait par la patiente. Un manque d'information et des idées reçues persistaient sur les méthodes contraceptives. C'était le cas, particulièrement avec les nouvelles méthodes (patch, anneau et implant) et la contraception d'urgence. D'après les médecins les femmes semblent réticentes au changement de contraception.

Conclusion : Les freins à la personnalisation de la contraception mis en évidence restent le manque d'information des médecins généralistes et des femmes sur les différents moyens de contraception et l'absence de prise en compte des habitudes sexuelles des femmes.

Mots Clés : Contraception, médecin généraliste, comportement en matière de contraception.

Summary :

Title : Practice of primary care physicians from CHER in 2012 regarding the personalization of birth control

Context: The abortion rate, of 200 000 per year, has remained stable for many years in France, despite the numerous types of birth control methods available. And yet 90% of women who do not wish to have a child use birth control. Then, failures are probably due to a birth control that is not suitable. The primary care physician is one of the key figures in the promotion of birth control. The goal of this study was to explore the practice of primary care physicians, in 2012, regarding the personalization of birth control.

Material and method: A prospective qualitative exploratory study, through semi-structured interviews with 11 primary care physicians from Cher, was conducted between July and August 2012. The sample was selected based on sex, age, location of practice, year of thesis, way of practicing, and whether or not the physician is an internship supervisor. A full written transcription and a thematic analysis of content were performed.

Results: A large majority of primary care physicians mentioned frequent demands for birth control prescriptions. However, patients underestimate the importance of birth control, so the personalization was more difficult. The physicians insisted on the fact that they wished to respect contraindications, but that the choice was made by the patient. A lack of information and common misconceptions persist relating to birth control methods. It was the case, particularly with the new methods (patch, ring, implant) and emergency contraception. According to physicians, women seem reluctant to make birth control changes.

Conclusion: The revealed obstacles to the personalization of birth control are still the lack of information for primary care physicians and for women, relating to different birth control methods and the failure to take into account the sexual habits of women.

Key-words: contraception, general practitioner, contraception behavior

Table des matières :

INTRODUCTION	p 13
MATERIEL ET METHODE	p 14
RESULTATS	p 17
DISCUSSION	p 30
CONCLUSION	p 40
BIBLIOGRAPHIE	p 41
ANNEXES :	
Annexe 1 : La contraception : Comment mieux la personnaliser ? (INPES)	p 43
Annexe 2 : Trame d'entretien	p 44
Annexe 3 : Caractéristiques des médecins interrogés	p 45
Annexe 4 : Entretiens	p 46
Annexe 5 : Arborescence des verbatim	p 82

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Introduction :

Le taux d'IVG est stable à 200 000 par an en France depuis de nombreuses années. Cependant, 91% des femmes ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent un moyen de contraception (1). Les grossesses non prévues surviennent dans 2/3 des cas chez des femmes utilisant une méthode contraceptive (2). Chaque femme connaît en moyenne une grossesse accidentelle dans sa vie (3).

Malgré la diversité des moyens de contraception, celui-ci n'est pas toujours adaptée à la patiente, ce qui pourrait favoriser les échecs. Seulement 34% des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier (4).

Le médecin généraliste est un des acteurs principaux avec les pouvoirs publics et les gynécologues dans la promotion de la contraception. Environ 45% des prescriptions initiales et 58 % des renouvellements de contraceptifs sont rédigés par un médecin généraliste (5). L'effectif des gynécologues devrait en 2020 subir une baisse de 27%, soit 5000 praticiens en France métropolitaine (6). Les actions de dépistage et de contraception seront donc assurées en grande partie par les médecins généralistes.

Des campagnes d'information sont adressées au grand public. La première campagne sur la contraception a eu lieu en 1981 « Pouvoir choisir ».

La dernière, réalisée par l'INPES en octobre 2011 (renouvelée en 2012) a sensibilisé le monde médical et le grand public à la personnalisation de la contraception. Ceci à l'aide de spots publicitaires, d'affiches et d'une fiche de repères adressée aux médecins.

Cependant, d'après L'enquête INPES-BVA. « Les français et la contraception ». 2 Mars 2007 : 55% des français déclarent que c'est au monde médical qu'ils font le plus confiance par rapport aux informations sur la contraception.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander comment les médecins gèrent dans leur pratique quotidienne cette adaptation de la contraception à la patiente.

L'objectif de cette étude était d'explorer la pratique des médecins généralistes du CHER en 2012 en matière de personnalisation de la contraception.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une enquête prospective qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon des médecins généralistes du Cher.

L'enquête qualitative a été choisie car elle permet de rendre compte des effets de connaissance particuliers, elle fait apparaître les processus, les «Pourquoi», les «Comment» et révèle la logique d'une action.

L'entretien fait produire un discours, il révèle le prolongement d'une expérience concrète ou imaginaire. L'entretien ne préjuge ni de la hiérarchie ni du caractère discontinu des domaines d'action. L'enquête par entretien est pertinente pour analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique et sera susceptible de produire des effets de connaissance particuliers (7). Il a été choisi des entretiens semi-dirigés afin de canaliser le discours dans le domaine de la contraception qui est très vaste.

Les médecins généralistes ont été recrutés dans l'annuaire du département du Cher. Ils ont été contactés par téléphone. Il leur était demandé leur accord pour participer à une étude par entretien semi-dirigé dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur la contraception.

Les différents critères de sélection étaient :

- . Etre médecin généraliste
- . Exercer en cabinet.
- . Exercer dans le département du Cher.
- . Accepter de participer à l'étude
- . Avoir dans sa patientèle des femmes demandant une prescription de contraception.

L'échantillon était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain), de l'année de thèse, du statut de maître de stage ou non, du type d'exercice (seul ou groupement médical) des différents médecins généralistes dans le département afin d'obtenir un panel le plus diversifié possible.

Dans une étude qualitative, une information donnée a un poids équivalent à une information répétée. Un petit échantillon peut donc suffire pour obtenir la diversité d'opinion recherchée.

Les entretiens doivent être effectués jusqu'à saturation des données (= aucune idée nouvelle n'apparaît dans le discours). Pour cette étude, dix à douze entretiens ont été établis comme base de départ satisfaisante et possiblement suffisante.

Ces entretiens semi-dirigés ont eu lieu majoritairement au cabinet des médecins interrogés afin de favoriser la discussion sur leur pratique. Un seul médecin fut interrogé à son domicile, son cabinet étant occupé par un autre médecin. Après accord des médecins, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique.

L'entretien commençait avec des questions renseignant sur le profil général des médecins : Age, sexe, année de thèse, lieux d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), type d'exercice (cabinet de groupe ou seul) et statut de maître de stage ou non.

La trame d'entretien a été réalisée à l'aide de la fiche de l'INPES : La contraception : Comment mieux la personnaliser ? (Annexe 1).

Celle-ci (Annexe 2) comportait huit questions en rapport avec la personnalisation de la contraception et des questions de relance prévues si les médecins avaient des difficultés à initier des propos sur un thème.

Elle commençait par une question ouverte et standardisée afin d'entamer le dialogue et de mettre à l'aise le médecin : Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour contraception ?

Ensuite, venaient des questions majoritairement ouvertes qui pouvaient être posées de façon flexible (sans ordre défini) afin de s'adapter au discours spontané du médecin. Parfois, une question fermée était nécessaire pour amener un nouveau thème.

Les différents thèmes pour explorer la personnalisation de la contraception étaient :

- L'exploration de la tolérance (Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?),
- Les changements de moyen de contraception (Qu'est-ce qui peut-vous amener à proposer un changement de moyen de contraception ?),
- Les situations difficiles dans ces consultations (Existe-t-il des situations compliquées, lesquelles ?),
- Les différents moyens de contraception dont la contraception d'urgence,
- Les infections sexuellement transmissibles (IST) (Les IST, les consultations pour contraception sont-elles l'occasion d'en parler ?)
- Les supports utilisés (Avez-vous des supports lors de ces consultations, lesquels ?)

En fonction du déroulement de l'entretien, le but de la trame était aussi de recentrer la discussion sur les thèmes n'ayant pas été abordés spontanément.

Cette trame a été enrichie au cours des premiers entretiens comme il est fréquent dans les études qualitatives. Cela a permis de mieux explorer leurs avis sur les différents moyens de contraception qui spontanément n'étaient pas développés par les médecins. Mais aussi leur sentiment sur les consultations à motifs multiples qui n'apparaissaient pas dans la trame de départ mais qui étaient un sujet récurrent.

Les verbatim (= discours spontané) ont été intégralement retranscrits, à la fin de chaque entretien, entretien par entretien afin de ne pas perdre d'information. Les données non verbales n'ont pas été recueillies, ni analysées.

Une analyse thématique du contenu a été réalisée en plusieurs étapes :

- . Appréhension globale du contenu du premier entretien afin d'en dégager les premiers thèmes et affiner la trame d'entretien.
- . Découpage du texte de chaque entretien avec relevé systématique des citations et des thèmes auxquels elles se rapportaient (ou codage). Ce travail a été réalisé au fur et à mesure de l'étude pour : perdre le moins d'informations possible, adapter la trame d'entretien et observer la saturation des données.
- . Classement des thèmes en quatre grandes parties,

. Réalisation d'un plan dégageant l'interprétation des concepts abordés (ou arborescence), celui-ci ne partant pas de la trame d'entretien mais adapté aux thèmes relevés.

J'ai réalisé le recueil (les entretiens et la retranscription) et l'analyse des données (le codage) dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.

Résultats :

I- Caractéristiques de la population et des entretiens :

La population étudiée était constituée de onze médecins : quatre femmes et sept hommes âgés de 31 à 66 ans. Trois médecins exerçaient en milieu urbain, quatre en milieu semi-rural et quatre en milieu rural. Les années de thèse allaient de 1974 à 2010. Sept médecins sur les onze étaient maîtres de stage. Six médecins exerçaient dans un cabinet de groupe (trois ou plus), quatre dans un cabinet de 2 médecins et un exerçait seul. (Annexe 3).

Deux médecins ont refusé de participer à l'étude :

- Un médecin en fin d'exercice disait ne pas être confronté à la prescription de contraception.
- L'autre, n'avait pas le temps nécessaire pour l'entretien.

Les entretiens ont duré de 11 à 30 minutes et ont eu lieu du 26 Juillet au 31 Août 2012. Dix entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé et un au domicile de celui-ci. La retranscription (Annexe 4) et un codage par items ont été réalisés au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Une saturation des données a été observée lors du 11^{ème} entretien.

Un dernier entretien avec un médecin généraliste exerçant en centre de planification familial a été réalisé. Celui-ci n'a pas été inclus dans l'étude car les critères d'inclusion n'étaient pas remplis (exercice en cabinet). Il a permis d'approfondir à la fin de l'étude la réflexion sur la personnalisation de la contraception.

II- Analyse des entretiens :

Les différents thèmes dégagés par le codage des verbatim ont été regroupés en quatre grands chapitres. Au sein de ceux-ci une arborescence a été réalisée afin de présenter les résultats de l'étude (Annexe 5). Nous reprendrons donc dans ce paragraphe résultat, les différents thèmes ainsi que les citations les plus pertinentes.

A- Place de la consultation de contraception dans la pratique des médecins généralistes :

1) Banalisation de la consultation pour contraception :

Les médecins soulignaient une banalisation de la prescription de contraception de la part des patientes. Tout d'abord avec des consultations à motifs multiples dont la contraception (T5 : « En général, ils viennent pour pleins d'autres trucs en plus, alors c'est mélangé. », T11 : « C'est 80% noyé dans d'autres motifs et 20% que pour cela. »).

Les demandes étaient exprimées en fin de consultation (T5 : « La prescription de pilule sur un coin de table en fin de consultation : Ben en fait est ce que vous pouvez me renouveler la pilule ? C'est très très souvent. »)

Enfin, les patientes pensaient que la consultation allait être rapide, voir qu'elles n'avaient pas besoin de se déplacer au cabinet pour être examinées (T1 : « *Elles vous disent en arrivant cela va aller vite, c'est juste pour ma pilule, cela va vous prendre 30 secondes.* », T11 : « *Ou qui laissent un message à la secrétaire, il faudrait me renouveler la pilule.* »).

Cependant, certains médecins exprimaient aussi que la prescription de contraception était rapide et ne nécessitait pas forcément un examen et un interrogatoire longs (T5 : « *Et puis voilà, renouvellement, en fait c'est assez rapide un renouvellement.* », T6 : « *Quand il n'y a pas de problème, ce n'est pas bien ce que je fais. Je fais le renouvellement. (Sans examen clinique).* »).

2) La prescription de contraception était fréquente en médecine générale :

La plupart des médecins généralistes avaient le sentiment de souvent prescrire des contraceptifs, qu'ils se définissaient comme compétent ou non en contraception (T1 : « *Oui, pas mal.* », T2 : « *Hormis tous les dépannages de pilule. Beaucoup plus par semaine.* »).

3) Personnalisation de la contraception chez la jeune fille :

Les médecins généralistes insistaient sur le caractère riche et long de la consultation pour initiation d'une contraception. Cette consultation était souvent chez les jeunes filles. (T3 : « *C'est une consultation qui est dense.* », T6 : « *Chez les jeunes filles, les premières prescriptions de pilule sont beaucoup plus longues bien sûr, c'est clair. On part dans toutes les directions.* »).

Une autre particularité de ces consultations, la présence de la mère qui était signalée par certains médecins interrogés. De plus, c'était fréquemment la mère qui faisait la demande de mise en place d'une contraception pour leur fille (T4 : « *La majorité des jeunes filles que je vois, c'est les parents qui veulent qu'il y ait une pilule.* », « *Cela m'arrive souvent que les mères me disent : Bon je vais vous amener ma fille pour contraception dans tant de temps.* », T5 : « *Elles viennent souvent avec leur maman.* »).

Le sujet des IST était plus souvent abordé par les médecins avec les jeunes filles.

Cependant, certains médecins disaient ne pas aborder le sujet par manque de temps pendant ces consultations (T2 : « *C'est vrai que le temps manque...on ne peut en parler longtemps pendant les consultations pour contraception.* ») ou parce qu'elles étaient déjà informées (T8 : « *Alors plutôt que le préservatif car maintenant tout le monde est parfaitement au courant. L'utilité du préservatif est assez reconnue et utilisée. Elles savent bien pourquoi. On leur a bien dit qu'il fallait trois mois et de faire le test. Bon maintenant, elles se protègent sûrement mieux. Cela a tellement été rabâché. Je pense que le message est passé.* »)

La plupart des médecins disaient parler des IST avec les jeunes patientes (T10 : *«Surtout quand on donne la pilule pour la première fois, après c'est vrai je n'en parle pas. La première fois toujours. Surtout chez les jeunes. »*). La première consultation étant décrite comme dense et longue par les médecins, certains disaient parler de sexualité plutôt lors de la deuxième consultation (T3 : *« Pour la deuxième consultation, où là on parle...un peu sexualité. »*).

Un seul médecin avait souligné le fait qu'il parle aussi sexualité avec les plus âgées (T9 : *« C'est vraiment presque le maître mot de mon discours quand je débute, tout le temps. Même chez les plus âgées. Chez les sujets de 50, 60 ans, mais on n'est plus dans la contraception. On se retrouve avec des comportements à haut risque. »*)

4) Tentative du médecin pour une consultation dédiée à la contraception :

Sept médecins soulignaient le fait qu'ils essayaient de faire venir leur patiente pour une consultation dédiée à la contraception, ce qui permettait de prendre plus de temps (T3 : *« Donc en un an, cela commence à porter ses fruits car j'ai moins de consultations multi-problèmes, dont la pilule. Donc il faut se laisser un peu de temps mais ça marche. En plus, je leur dis que quand je fais une consultation gynéco, je fais une consultation qui est un peu plus longue, je prends une demi-heure, alors il faut l'anticiper sur le planning...Ça commence à marcher. Elles ne viennent que pour cela, on prend un peu plus de temps. »*, T9 : *« La plupart du temps on se fâche avec ça, on essaie de faire revenir mais c'est quand même compliqué. »*).

5) Déroulement de la consultation :

Au niveau de l'interrogatoire : un médecin exprimait le fait que l'entretien était différent si il connaissait la patiente ou non (T1 : *« Cela dépend si je les connais ou pas. »* *« Si je les connais je ne leur demande pas leurs antécédents familiaux etc.... »*), Un autre posait des questions sur le parcours contraceptif (T3 : *« On a parlé contraception, oublié de pilule,...elle sait quoi faire quand cela arrive. »*, *« J'ai beaucoup de nouvelles patientes, et donc je leur demande l'histoire qu'elles ont avec leur contraception. Si elles ont essayé d'autres choses, s'il y a eu des changements, pourquoi il y a eu des changements, si elles connaissent d'autres contraceptions. »*), Un troisième parlait du tabac et du mode de vie (T7 : *« Je demande ce qu'elles font, leurs habitudes tabagiques et puis tout cela. »*).

Tous les médecins vérifiaient si les examens complémentaires obligatoires étaient à jour (bilan sanguin et frottis) et parfois parlaient de l'examen clinique (poids, tension artérielle) (T7 : *« Donc à la fois le bilan sanguin et le frottis. Je fais toujours un examen clinique, tension etc..., je vérifie toujours le poids. »*).

Trois médecins évoquaient l'occasion de poser d'autres questions sur la santé de leur patiente au cours de ces consultations : infections urinaires ou génitales, vaccinations, pathologies intercurrentes... (T2 : *« Pas forcément en rapport avec leur contraception, si*

il n'y a pas d'autres pathologies intercurrentes qui ont pu intervenir depuis la dernière fois qu'on les a vues. »).

6) Etre une femme médecin, biais de recrutement dans la contraception :

Deux femmes médecins disaient que certaines patientes venaient les voir seulement pour la contraception et se faisaient suivre par un autre médecin généraliste (T1 : « *J'ai investi dans une table de gynéco, je faisais les frottis mais les femmes venaient me voir que pour cela et je ne voulais pas faire que de la gynéco. Elles venaient faire leur frottis puis se faisaient prescrire la pilule par leur médecin. Je ne les voyais que pour cela. Elles se faisaient suivre par leur médecin pour le reste. Parce que je suis une femme et cela attire la gynéco.* »). Un autre médecin conseillait à ses patientes de revenir pour l'examen gynécologique lorsque sa femme ou l'interne (femme) venait le remplacer au cabinet (T11 : « *Je leur dit, cela fait longtemps que je ne vous ai pas examiné, alors vous viendrez voir mon interne pour faire l'examen gynéco. Ou alors je dis il y a ma femme qui me remplace tous les mardis matin et elle vous fera l'examen gynéco.* »).

B- Vision du médecin généraliste de l'attente et de l'observance des femmes en matière de contraception :

1) Vision de l'attente des femmes par le médecin généraliste :

Tout d'abord, les médecins insistaient sur le fait qu'elles souhaitaient une contraception bien tolérée.

Cela se ressentait car tous vérifiaient la tolérance physique (T7 : « *Je voulais savoir si tout s'était bien passé, si elle n'avait pas de trouble au niveau mammaire ou de saignement si elle n'avait pas pris de poids.* », « *Je demande toujours, tolérance au niveau mammaire, les règles, la durée des règles, si il y a des spottings. Si il y a des règles douloureuses, dysménorrhée.* »).

Cependant un médecin évoquait ne pas vérifier la tolérance systématiquement après plusieurs renouvellements (T2 : « *Quand cela fait longtemps on sait que cela ne se reproduira plus, c'est en général au début qu'on le remarque.* »).

Les patientes demandaient un changement de moyen de contraception en cas de mauvaise tolérance (T7 : « *C'est plus souvent la patiente. Soit la patiente supporte bien sa contraception et alors ça roule. Ou alors elle vient en disant je saigne entre mes règles, j'ai trop de règles, je n'ai pas assez de règles, j'ai pris trop de poids, j'ai mal aux seins. Mais je dirais que c'est la patiente qui vient pour cela ou changement de contraception, de mode de contraception. Il y a des femmes qui disent j'oublie trop souvent ma contraception, il me faudrait autre chose. Je ne supporte pas mon stérilet, je ne supporte pas l'implant.* »).

Deux médecins évoquaient leurs difficultés avec les femmes satisfaites par aucun moyen de contraception (T3 : « *Non c'est des situations compliquées où des femmes qui*

tolèrent mal la pilule qui ont essayé le stérilet mais cela ne marche pas, l'implant, qui ont essayé plein de choses, qui sont satisfaites pleinement par rien. »).

Ensuite, ils parlaient de situations difficiles dans la contraception.

Par exemple, les fumeuses de plus de 35 ans qui ne souhaitaient pas changer de moyen de contraception car elles sont habituées à leur pilule (T5 : *« On y arrive à un moment ou un autre, c'est difficile car elles (les fumeuse de plus de 35 ans) n'ont pas très envie et en même temps souvent elles ont une contraception depuis des années, des années et puis elles ne s'en portent pas plus mal et elles ont du mal à comprendre qu'il va falloir changer car à un certain âge elles sont plus à risque et qu'elles fument et ça elles ont du mal à le comprendre. C'est sûr que ça c'est la situation la plus compliquée, le tabac, en général elles n'ont pas très envie d'arrêter de fumer déjà et pas très envie de changer de contraception. »*).

Le tabac chez les femmes était tout simplement un problème dans la contraception (T10 : *« Et si je ne donnais pas la pilule à toutes celles qui fumaient je ne donnerais pas de pilule. Pour moi c'est un souci. Le tabac, elles fument beaucoup, tout le monde fume. »*).

Dans l'attente des femmes en matière de contraception, un médecin a abordé le sujet de la stérilisation. Certaines se voyaient refuser ce moyen de contraception devant leur âge (T5 : *« Qui ne supportait pas le stérilet, qui avait des migraines importantes sous pilule et qui enfin voilà tous les moyens de contraception, nous avons presque tout passé en revue. Et elle ne supportait rien. Rien n'allait et il restait effectivement ce mode-là. Sauf qu'on lui refusait car elle était trop jeune. Alors ça c'est quand même un problème. »*).

D'après les propos de certains médecins, les femmes souhaitaient un moyen de contraception remboursé.

Deux médecins proposaient un changement de moyen de contraception en cas de contraception antérieure non remboursée (T9 : *« Je leur propose aussi des changements de contraception quand elles viennent avec une contraception prescrite par quelqu'un d'autre qui est chère et non remboursée. On passe sur une contraception classique. »*).

Enfin, les médecins généralistes avaient le sentiment d'avoir un rôle de conseil dans la personnalisation de la contraception (T3 : *« L'information sur la contraception passe bien (dans les médias). Donc après elles viennent là pour avoir des compléments d'information et qu'on les aide à choisir. »*).

2) Vision de l'observance des femmes par le médecin généraliste :

Certains médecins insistaient dans l'interrogatoire sur les oublis de contraception (T4 : *« Je leur demande si il y a eu des oublis, j'insiste sur les oublis. »*).

Les médecins donnaient pendant la consultation des consignes en cas d'oubli de pilule, par voie orale (T7 : *« Quand je prescris une contraception orale, je dis bien orale. J'explique comment la prendre, quand, ce qu'il faut faire si on a oublié la pilule. J'explique*

en détails. Je fais même des petits schémas avec un cycle de 28 jours. ») Ou à l'aide d'une fiche de réalisation personnelle expliquant la conduite à tenir (T5 : « Pour la conduite à tenir en cas d'oubli j'ai fait mon propre papier. »).

Deux médecins donnaient la consigne d'appeler au cabinet en cas d'oubli de pilule afin d'être conseillées (T1 : « Je leur explique par contre, je leur dis si elles oublient, si elles ne savent plus, si elles oublient un comprimé de m'appeler, en fait. »).

Une des causes de proposition à la patiente pour changer de moyen de contraception était les problèmes d'observance (T2 : « Il y a quelques femmes incapables de se discipliner par rapport à la pilule contraceptive, qui ne veulent pas de stérilet. On n'a pas grand-chose à leur proposer on peut leur parler (de l'implant) à ce moment-là. »).

C- Prescription de contraception :

1) Place du choix :

Tout d'abord, la place du choix pour le médecin généraliste :

Pour le médecin, la première contraception devait être simple (T2 : « J'essaie de leur donner en premier une pilule extrêmement simple à utiliser. Une seule couleur de comprimé. 7 jours d'arrêt. J'essaie de faire au plus simple pour démarrer. Pour démarrer j'essaie de faire au plus simple. »).

La contraception devait respecter les contre-indications : le médecin pouvait être amené à proposer un changement de moyen de contraception car il existait des contre-indications à l'utilisation du moyen antérieur (T9 : « Au point de vue biologique, il y a quelque chose qui se modifie. Il y a le tabac aussi. ») Et certaines situations étaient difficiles comme les jeunes filles qui avaient un taux de cholestérol élevé avec la pilule (T1 : « Les jeunes filles qui ont du cholestérol avec la pilule. »).

Elle devait être bien tolérée. Les médecins proposaient un changement de moyen de contraception en cas de mauvaise tolérance du moyen antérieur (T1 : « Elles me disent, je suis gênée, ça va pas j'ai mes règles trop longues ou j'ai plus de règles du tout ou j'ai mal au ventre, j'ai mal aux seins, enfin les choses habituelles, ou j'ai des boutons, ou j'ai pris du poids ou j'ai la migraine avec cette pilule. »). Un médecin qualifiait cela de situation difficile (T9 : « Les situations difficiles à gérer, oui il y en a : des spottings importants, des saignements. »).

Le choix ou le changement de moyen de contraception devait se faire en accord avec la patiente : cela par la discussion (T5 : « Il faut mettre un peu d'eau dans son vin et arriver à convaincre, cela prend du temps en fait. La convaincre d'arrêter de fumer déjà, et sinon éventuellement la convaincre de changer. En une consultation, on n'y arrive pas. ») Et l'exposition des différents moyens de contraception (T1 : « Je leur explique les différentes techniques. », T3 : « Est-ce qu'elle a entendu parler d'autre moyen de contraception ? »).

Ensuite, pour la patiente, vue par le médecin généraliste :

La décision de changement était prise le plus souvent par les patientes elles mêmes (T9 : « *C'est rarement moi, qui suis amené à suggérer autre chose.* »).

Les médecins notaient un phénomène de mode dans la contraception (T7 : « *Souvent les femmes arrivent avec une idée de ce qu'elles veulent prendre. Soit, il y a un peu le phénomène de mode. Soit elles ont vu des revues des choses comme cela et c'est elles qui nous en parlent.* »). La pilule était le moyen le plus populaire (T1 : « *Elles sont très attachées à leur pilule et le comprimé.* », « *elles préfèrent avaler c'est quand même plus simple. Moins de manip. Mais la majorité, elles sont pilule contraceptive classique. C'est dans les statistiques je crois.* »).

Seul un médecin avait le sentiment que les femmes étaient ouvertes aux propositions de changement de moyen de contraception (T3 : « *Je ne trouve pas qu'elles sont fermées. Elles ont des questions, cela se passe plutôt bien.* »).

2) Place de la contraception d'urgence :

La contraception d'urgence est libre d'accès en pharmacie et auprès des infirmières scolaires.

Le médecin généraliste se sentait donc peu concerné par la délivrance de cette contraception. La demande était peu fréquente, ils supposaient que les patientes s'adressaient directement à la pharmacie ou aux infirmières scolaires (T5 : « *Et après, maintenant là-dessus, on est zappé. On n'a pas à intervenir dans l'histoire...parce que c'est quelque chose qui est maintenant disponible sans ordonnance.* »)

Deux médecins faisaient remarquer qu'ils étaient plus sollicités il y a quelques années que maintenant (T11 : « *Au début, j'avais quelques petites patientes qui venaient qui passaient entre deux me demander la pilule en urgence. En garde on voyait des femmes qui venaient pour la contraception d'urgence.* »)

La prescription par les médecins de la contraception d'urgence en même temps que la contraception habituelle n'était pas systématique. Les médecins avançaient différentes raisons :

- La patiente avait déjà une contraception (T1 : « *A partir du moment où j'ai prescrit une contraception, je ne pense pas forcément à la contraception d'urgence.* »),
- Il oubliait d'en parler (T1 : « *Je ne leur dit pas toujours que cela existe, je ne leur en parle pas systématiquement. C'est peut être bête.* »),
- La patiente disait ne pas oublier sa pilule (T3 : « *Si elles gèrent bien, qu'il n'y a pas d'oubli, à ce moment-là, je ne le fais pas.* »),
- Ce n'était pas une habitude pour eux (T4 : « *Non, je n'ai pas l'habitude de la prescrire sauf demande urgente.* »).

Cependant, deux médecins disaient prescrire la contraception d'urgence seulement sur la première ordonnance de contraception (T11 : « *Je prescris toujours la prescription d'urgence la première fois, la première pilule.* »).

3) Place du gynécologue par rapport au médecin généraliste dans la personnalisation de la contraception :

Tout d'abord, deux médecins évoquaient la consultation du médecin généraliste par les jeunes filles en attendant la prise en charge par un gynécologue, leur demande de contraception étant urgente et les délais de rendez-vous trop longs (T3 : « *Les ados elles aiment bien, elles ont une demande (de contraception) elles aiment avoir une réponse. (Un an pour avoir une consultation gynéco c'est trop long).* »).

Ensuite, cinq médecins signalaient voir certaines patientes seulement pour le renouvellement de leur contraception mise en place par le gynécologue (T2 : « *Nous on ne sert qu'à renouveler. Les gynécologues leur demandent de voir leur médecin généraliste pour le renouvellement.* »).

Cela particulièrement dans le département du CHER où les médecins soulignaient qu'il y avait des difficultés pour trouver un gynécologue (T3 : « *Nous sommes dans une région où la consultation gynéco il faut un an pour l'avoir. Donc ça démotive beaucoup.* »).

Enfin, certains médecins disaient adresser au gynécologue les femmes souhaitant changer de moyen de contraception et celles n'étant pas satisfaites de leur contraception actuelle (T10 : « *Le changement c'est plus souvent dévolu à la gynécologue.* »).

4) Place des supports et documents sur la contraception :

Dans les supports et documents disponibles pour aider à la personnalisation de la contraception il existe des supports pour les patientes et pour les médecins.

Ces supports pour les patientes semblaient être utilisés par une grande partie des médecins :

- Comme outil de démonstration (stérilet, plaquettes de pilules, préservatifs, implants factices...) (T5 : « *Le préservatif, tout cela, j'ai des plaquettes pour essayer d'expliquer tout cela.* », « *J'ai mon petit truc de plaquettes : j'aime bien leur montrer les plaquettes comment cela se présente. Parce que l'air de rien au départ elles ne savent pas comment cela se prend, ou elles savent de façon partielle.* »)
- Sous forme de fiches de réalisation personnelle, distribuées par un laboratoire ou par l'INPES (T3 : « *Pour les jeunes je me suis fait une petite fiche notamment pour la prise de pilule. Qu'est-ce qu'on fait en cas d'oubli. Et que je donne.* »).
- Comme aide à la préparation de la consultation pour contraception (T4 : « *Souvent je leur donne les documents à l'avance en leur disant qu'elles les lisent, qu'elles notent les questions avant la consultation. Histoire de gagner du temps. Qu'elle note ce qu'elle veut savoir, ce qu'elle ne sait pas. Pour qu'on en discute, qu'on cible ce qui ne va pas. Plutôt que de faire un catalogue.* »)

- Pour un médecin c'était utile à la patiente après la consultation, afin d'intégrer les informations non assimilées lors de celle-ci (T6 : « *C'est un support pour continuer la consultation. A tête reposée qu'elles le lisent.* »).

Cependant certains disaient ne pas utiliser de support (T2 : « *J'en ai mais je ne m'en sers quasiment jamais. J'en ai mais je m'en sers très peu.* ») Car ils n'avaient pas l'habitude, avaient trop de papiers et qu'ils les perdaient (T1 : « *J'ai pas de support, cela vire vite au bazar, j'en mets partout, je les perds ; je les jette au fur et à mesure, j'en ai des tonnes et je ne les utilisais jamais.* ») Ou qu'ils préféraient donner des consignes par voie orale (T9 : « *Par principe, je ne donne pas de support. Et je ne veux pas que cela me dispense moi de faire passer les messages que j'ai à faire passer.* »).

Peu de médecins ont parlé d'aides pour leur pratique.

Il a été cité :

- Une fiche avec les dosages hormonaux des différentes pilules (T8 : « *J'ai un truc qui est pas mal c'est tous les dosages hormonaux, de toutes les pilules. Cela me donne une référence œstrogène, progestatif et c'est parfait en fonction des inconvénients qu'elles peuvent avoir, comment les compenser et tout ça. Je la garde précieusement.* »),
- Un livre de Martin Winckler : Contraceptions : mode d'emploi et le magazine PRESCRIRE (T9 : « *Je me réfère beaucoup à un livre de Martin Winckler qui est dans mon bureau et je vais régulièrement voir.* », « *J'ai PRESCRIRE sur mon bureau.* »),
- Les formations : MG form sur la contraception (T9 : « *J'étais allé à la formation MG form sur la contraception il y a quelques années, sur la gynécologie de la jeune femme.* ») et le DU de gynécologie (T3 : « *J'ai fait le DU de gynéco l'année dernière.* »),
- L'avis des médecins femmes (T9 : « *J'en parle aux internes si elles ont des solutions.* »).

Il fut abordé volontairement au cours de l'entretien la connaissance de la fiche de l'INPES : La contraception : Comment mieux la personnaliser ?. La majorité ne se souvenait pas l'avoir reçue (T7 : « *Non, cela ne me dit rien. On l'a reçu tous ? Cela ne me dit rien du tout. Ben non, je ne la connais pas, je ne l'ai même pas vue.* »). Un médecin l'avait lue mais ne l'utilisait pas (T3 : « *Je l'ai lu vite fait, je ne l'utilise pas, car j'ai fait le DU de gynéco l'année dernière, nous avons un peu travaillé dessus effectivement. Je ne me la suis pas appropriée effectivement.* »). Deux médecins considéraient que ce n'était que des rappels (T5 : « *C'était des trucs que je savais déjà en fait. Il n'y a rien d'autre d'extraordinaire là-dessus.* »). Souvent, la fiche est partie à la poubelle (T6 : « *Oui, je l'ai vu cela. Je l'ai lue puis je l'ai jetée.* »).

D- Idées reçues et avis autour de la contraception :

Pour personnaliser la contraception, il faut que le médecin et la patiente soient correctement informés des différents moyens à leur disposition. Cette enquête révèle une partie des avis et idées reçues de la part du médecin et de la patiente (vus par le médecin).

1) Idées reçues du médecin généraliste :

- La pilule :

La pilule oestro-progestative était peu critiquée par les médecins. Il lui était reproché le problème des oublis (T8 : « *(Difficulté) La méthode : prendre la pilule et ne pas l'oublier, c'est cela la difficulté, les filles un peu distraites. Un jour sur deux et comme on est dans les mini dosages...Problème : l'observance. Sinon c'est passé dans les mœurs.* »).

La pilule progestative était définie comme une pilule contraignante (T1 : « *Pilule assez contraignante quand même, qu'il faut prendre tous les jours et cela c'est compliqué.* ») et provoquant des dysménorrhées (T2 : « *Contraception où vous avez des règles beaucoup moins régulières. Il faut les prévenir avant que cela ne sera pas toujours aussi impec. Et ce n'est pas forcément toujours bien accepté ce genre de chose.* »). Ce qui crée une situation difficile en cas de passage d'une pilule combinée à une pilule progestative (T2 : « *Heu oui, par exemple quand vous passez d'une pilule oestro-progestative avec des règles très, très précises. Vous passez à une contraception où vous avez des règles beaucoup moins régulières.* »).

- Les implants :

Le problème relevé le plus important était la tolérance : avec le problème des dysménorrhées surtout (T1 : « *Nous maintenant, on les prévient bien. Il y en a eu tout un tas fut un moment qui ne se sont pas rendu compte qu'elles pouvaient avoir des aménorrhées ou des saignements n'importe quand.* ») Et de l'intolérance locale (T7 : « *Les implants c'est pareil, on peut l'enlever quand localement cela gêne. Elle le supporte puis au bout d'un moment cela devient gênant, on ne sait pas pourquoi.* »).

Trois médecins proposaient une pilule progestative avant la mise en place d'un implant afin de tester la tolérance aux progestatifs et éviter un retrait anticipé de celui-ci (T1 : « *Mais les implants c'est assez particulier, alors on essaie d'abord les micro-progestatifs avant...au moins qu'elles sachent à quoi s'attendre. Au niveau des effets secondaires.* »).

La pose de l'implant par le médecin généraliste était freinée par la difficulté pour le retirer (T7 : « *Le seul souci c'est pour les retirer.* ») et le manque de temps (T1 : « *On les pose pas,...un peu débordé de boulot. Donc poser des implants en plus et tout, donc on le fait pas.* »). Au moins un médecin disait poser des implants au cabinet (T3 : « *Oui et je les enlève aussi (en parlant des implants).* »).

Pour un médecin, l'implant était à proposer aux femmes intellectuellement limitées (T8 : « *On fait ça chez des gens intellectuellement limités, l'implant cela aide.* »). Pour un autre, il était proposé chez les femmes qui oublient leur pilule et refusent le stérilet (T2 : « *Il y a quelques femmes incapables de se discipliner par rapport à la pilule contraceptive,*

qui ne veulent pas de stérilet. On n'a pas grand-chose à leur proposer on peut leur en parler à ce moment-là (de l'implant). »).

- Le stérilet :

Pour trois médecins c'était clairement un moyen de contraception satisfaisant (T9 : « *Le stérilet je suis très favorable. »*).

Pour la majorité des médecins la pose du stérilet devait être réalisée par le gynécologue (T4 : « *Non, alors ça direct gynéco. »*). Ce qui freinait les médecins pour la pose au cabinet était le matériel nécessaire, l'assurance, le manque de pratique et de temps (T1 : « *La pose de stérilet cela pose des problèmes d'assurance, l'assurance est particulière, et puis on est un peu débordé de boulot. »*, T9 : « *Je n'ai pas envie en plus de me mettre en plus tout le système qu'il faut, parce qu'on doit avoir de l'oxygène. Je pense qu'il faut en avoir fait suffisamment pour pouvoir le faire sans problème. »*). Cependant, certains médecins disaient les poser (T3 : « *Et les stérilets aussi (je les pose), j'ai un bon retour, pour l'instant cela se passe bien. »*).

Un médecin proposait le stérilet en cas de mauvaise tolérance de la pilule (T6 : « *(Proposition du stérilet) Quand la pilule est mal tolérée. »*).

- Le patch :

Le patch était défini comme peu connu par deux médecins généralistes (T10 : « *Les patchs je n'ai vu aucun représentant me les présenter. Je ne sais pas du tout. »*).

Deux médecins considéraient qu'il était peu différent des autres moyens de contraception. Les effets secondaires étaient similaires à ceux de la pilule oestro-progestative. Le patch pouvait être proposé au même titre que les autres moyens de contraception en cas d'oubli de pilule (T7 : « *Les patchs c'est comme les autres moyens de contraception moi je les propose quand il y a des oublis de pilule, une mauvaise tolérance enfin voilà. »*).

Les inconvénients soulignés étaient : le surdosage (T11 : « *Ce que j'avais remarqué c'était qu'elles avaient un peu mal aux seins et qu'elles avaient des règles très abondantes. Ça doit être un peu surdosé. »*) Et le risque de décollement (T1 : « *Je leur propose mais elles ne veulent pas que cela se voit, elles ont peur que cela se décolle. »*).

- L'anneau :

Il était vu comme un moyen de contraception peu fréquent (T9 : « *C'est très peu utilisé, très peu utilisé par les confrères gynécologues. Je ne propose pas spontanément. »*) Et peu d'informations leur étaient données sur ce mode contraceptif (T9 : « *Il faudrait que je refasse une formation par rapport à cela. »*).

Un médecin parlait d'irritation locale (T5 : « *Celles que j'avais qui avaient essayé souvent il y a avait des irritations locales. Souvent c'est pour cela qu'elles arrêtaient. »*).

- Le sujet des autres moyens de contraception fut peu abordé lors des entretiens.

Un médecin disait que le préservatif n'était pas un très bon moyen de contraception (T5 : « *Le préservatif pour monsieur qui n'est quand même pas un super moyen de contraception.* »).

Un seul médecin a abordé le sujet des méthodes locales mais n'en parlait pas à ses patientes (T5 : « *J'en fais pas la pub, je n'en parle pas à mes patientes. J'ai quelques patientes. Mais je ne propose pas.* »).

Un médecin disait ne pas proposer les injections trimestrielles, les autres n'ont pas abordé le sujet (T5 : « *Les injections, je ne propose pas. C'est vrai qu'on ne le fait pas, je ne sais pas.* »)

La stérilisation était plutôt rarement abordée en médecine générale et c'était la plupart du temps une demande de la patiente (T10 : « *Peut-être une ou deux fois quand même. Cela fait maintenant des années qu'on ne me demande plus, et je ne propose pas non plus.* »). Le médecin parlait souvent de repousser l'échéance chez les femmes considérées comme trop jeunes (T5 : « *C'est les femmes relativement encore jeunes qui voudraient en fait, à qui on refuse la stérilisation. J'en ai quelques-unes qui avaient déjà des enfants, qui voulaient une stérilisation, à qui on a refusé.* »).

- La contraception d'urgence :

Il ressortait que la contraception d'urgence était plus connue des jeunes. De plus, les médecins disaient en parler aux jeunes et non aux plus âgées (T9 : « *La plupart du temps j'ai l'impression que les jeunes femmes le savent. Connaissent la contraception d'urgence. Je crois que c'est passé à peu près dans les mœurs. Moi, je leur en parle lors de la première contraception. Puis également de temps en temps dans les consultations des adolescentes.* »).

Un sentiment d'inutilité de la contraception d'urgence en cas de présence d'une contraception au long cours était présent chez les médecins (T4 : « *Et puis, elles vont démarrer rapidement, alors si elles ne l'oublient pas. C'est pour cela que je ne prescris pas tellement de contraception d'urgence à l'avance.* »).

- Deux autres remarques ont été faites :

Nécessité d'éliminer une grossesse avant la prescription d'une première contraception (T6 : « *Chez les jeunes il y a systématiquement un toucher quand elles viennent pour la première fois ou autre pour vérifier qu'il n'y a pas une grossesse en cours. Cela m'est arrivé plusieurs fois.* ») Et sentiment que les patientes mentent sur l'ancienneté de leur frottis (T1 : « *On s'est rendu compte qu'il devait y en avoir qui nous mentent sur le coup(en parlant de l'ancienneté du frottis).* »).

2) Idées reçues de la patiente vues par le médecin généraliste :

Les médecins exprimaient l'appréhension des patientes face à la contraception. La peur du stérilet fut évoquée (T5 : « *Le stérilet, vous avez des femmes qui ne veulent absolument pas en entendre parler. Qui ont une espèce de peur par rapport à cela. Et ça ce n'est pas très rationnel, il faut expliquer et au bout d'un moment, on finit par arriver à*

quelque chose mais c'est souvent difficile. Il y a quand même pas mal d'idées reçues par rapport à cela. Le stérilet, l'implant, ce n'est pas très connu finalement. »), Ainsi que le refus de changement de moyen de contraception par peur (T3 : « Je pense que des fois il y a une barrière car elles n'ont pas forcément entendu parler. Ou parce qu'elles se font une image. »). Pour l'anneau se posait le problème de l'appréhension du dispositif intra-vaginal (T5 : « Voilà, il y a le côté, ce n'est pas non plus évident, sur le côté un peu psychologique. Enfin voilà, c'est plus compliqué. Donc, l'anneau, oui ça je le propose. »).

La demande par la patiente d'un moyen de contraception remboursé fut abordée plusieurs fois par les médecins. Cet argument était avancé comme frein au patch (T8 : « C'est le problème financier qui peut freiner l'utilisation. »), à l'anneau (T8 : « Oui, je le propose, problème financier. C'est le problème financier qui peut freiner l'utilisation. C'est quand même un certain prix. ») Et à certaines pilules (T5 : « C'est aussi à sa demande. Il y a certaines femmes qui peuvent en avoir marre de certains modes de contraception, qui veulent changer. Qui veulent éventuellement quelque chose qui soit remboursé, après il y a plein de motifs qui font que. »).

Discussion :

L'objectif de cette étude est d'étudier la pratique des médecins généraliste du CHER en matière de personnalisation de la contraception. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a exploré la place de la consultation, les représentations et difficultés dans la personnalisation de la contraception en médecine générale.

I- Critique de la méthodologie :

Critique du type d'étude :

La recherche qualitative permet seulement de rendre compte des effets de connaissance particuliers car seule une étude quantitative permet d'établir un lien de causalité probable entre les caractéristiques descriptives et les comportements. Le caractère qualitatif a permis de recueillir des données sur la description des tâches telles qu'elles sont perçues et rationalisées.

Les médecins étaient en général prolixes dans leurs discours, un entretien libre m'aurait exposé à un fort risque de hors-sujet, le caractère semi-dirigé de la méthode a limité cette notion. Un travail de recherche sur les recommandations de l'INPES et de la haute autorité de santé (HAS) en matière de personnalisation de la contraception, ayant déjà été fait, une trame d'entretien a pu être réalisée afin d'aborder les thèmes s'y rapportant.

La méthode des entretiens individuels a été retenue afin que les médecins interrogés se sentent libres d'aborder leur pratique en matière de contraception sans jugement extérieur. Les focus group auraient par la dynamique de groupe probablement apporté d'autres notions sur la vision de la personnalisation de la contraception.

Cependant, l'utilisation d'entretiens semi-dirigés a posé des difficultés :

- L'étude d'un discours exposait aux doubles sens, aux phrases inachevées et aux structures de phrases incorrectes.
- Certains médecins du fait du thème de l'entretien, ont communiqué une pensée déjà élaborée faisant appel à une mémorisation active avec un discours préconstruit.
- La méthode choisie demande un discours autonome mais du fait de la trame d'entretien, la liberté de parole est restée en partie limitée.

Il existe aussi des biais dans la méthode d'entretien semi-dirigé. La qualité du discours du médecin interrogé dépend :

- De son capital linguistique.

- De sa capacité à rester dans le sujet de la recherche. Le discours était libre sur toutes les questions posées afin de ne pas couper le médecin dans l'expression de ses idées, cela a exposé aux hors-sujets.
- De la relation établie avec le modérateur (l'interne). Le médecin interrogé pouvait se sentir jugé par un pair et vouloir donner les réponses les plus adaptées aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Cela influence la validité de l'information donnée.

Critique de la population :

Les médecins ont été recrutés parmi les médecins du CHER afin d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible au niveau du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain), du mode d'exercice (seul ou en groupe), des années de thèse et du statut de maître de stage ou non. Ce recrutement a été réalisé à l'aide de l'annuaire pour le sexe, le lieu d'exercice et le mode d'exercice. La recherche de l'âge, l'année de thèse et le statut de maître de stage ont été trouvés par mobilisation des relations sociales. Cependant, l'utilisation d'informateurs relais entraîne un biais par critère de notoriété. C'est pourquoi, le statut de maître de stage rentre dans les critères de diversité afin de diminuer ce biais.

Le corpus de mon enquête est diversifié mais sa faible taille n'en fait pas un échantillon représentatif. Cependant, les redondances des comportements sont caractéristiques de la population étudiée. Une seule information donnée lors d'un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire (7). Le corpus est donc représentatif de la diversité de la population des médecins généralistes du CHER.

Lors du recrutement, nous avons fait face à deux refus :

- Un homme exerçant en rural, seul, proche de la retraite, non maître de stage (critères non retrouvés dans notre échantillon).
- Et un homme d'environ 55 ans, exerçant en semi-rural, dans un cabinet de deux médecins.

Critique du guide d'entretien :

La recherche qualitative par entretiens semi-dirigés prévoit l'usage d'un guide d'entretien plus ou moins structuré. Le guide était assez complet, il a atteint en partie les objectifs fixés par la méthode :

- La même tactique devait être utilisée pour tous les entretiens : les praticiens étant plus ou moins à l'aise sur le sujet et les questions comprises parfois différemment d'une personne à l'autre, une adaptation était parfois nécessaire. Cependant, dans l'ensemble la même tactique fut utilisée afin d'assurer la validité de la méthode.

- Ce guide a aidé pour l'adaptation au discours spontané du praticien interrogé (relances, recentrage de la discussion).

La trame d'entretien contenait des questions ouvertes et fermées afin d'aborder les différents thèmes en relation avec la personnalisation de la contraception. Durant la préparation, cette trame a été soumise à différents médecins, pour permettre de repérer les lacunes. Le premier entretien étant satisfaisant, aucun entretien n'a été considéré comme test. Le plan de la trame est resté le même du premier au dernier entretien. Cependant, des questions ont été rajoutées sur les différents moyens de contraception. Ce thème n'étant pas développé spontanément par les médecins mais faisant partie intégrante de la personnalisation de la contraception. L'ordre des questions a parfois été modifié en fonction des propos spontanés des praticiens. Certaines questions n'ont pas été posées, le thème ayant été abordé antérieurement par le médecin.

Critique du déroulement des entretiens :

J'ai fait en sorte que les données soient généralisables et valides, en remplissant les conditions requises pour le recherche par entretien : favoriser l'échange et mettre en confiance, éviter de couper la parole et adopter une attitude d'écoute, ne pas exprimer ses convictions personnelles. Cependant, une certaine complicité pouvait parfois être présente, certaines relances n'ont pas eu l'effet attendu et le cadre de l'entretien n'était pas toujours facile à garder (médecin blagueur, ancien maître de stage).

Le temps consacré à chaque entretien avait été évalué entre 15 et 30 minutes afin que les médecins réservent la plage horaire nécessaire. Ce temps fut respecté dans la majorité des cas.

Il n'y a pas de biais supplémentaire sur le lieu des entretiens. Celui-ci a permis à la personne de s'inscrire dans son rôle professionnel et par conséquent de faciliter un discours sur les thèmes abordés.

L'enregistrement des entretiens par dictaphone n'a pas engendré de réticence verbale ou comportementale. Cela m'a permis de me focaliser sur le déroulement de l'entretien et d'éviter la distraction (prise de note). Il a aussi permis des entretiens spontanés et des échanges dynamiques. Les inconvénients ont été : les bruits parasites et les parties de phrase non audibles si le médecin ne parlait pas assez fort. Ces derniers ont rendu plus difficile la retranscription. Ce biais a été minimisé par l'enregistrement double (i-phone et dictaphone numérique).

Il y a eu au fur et à mesure des entretiens une saturation des données, ce qui a permis l'arrêt des entretiens au 11^{ème}. La technique des entretiens semi-dirigés présente des limites, compte tenu de l'étendue du sujet de la contraception d'autres thèmes auraient pu être abordés (par exemple : adaptation de la contraception à la sexualité) ou certains

thèmes auraient pu être développés (par exemple la stérilisation, les méthodes locales et les injections trimestrielles).

Critique de la retranscription :

Lors de la retranscription afin de garder l'authenticité des expressions les tics verbaux et les fautes de langage ont été conservées. La retranscription de certains entretiens fut fastidieuse en raison de phrases non finies, d'hésitations. Il existe une perte d'information : la voix, la gestuelle, la personnalité et les pauses dans le discours qui ne sont pas facilement retranscriptibles.

Critique de l'analyse :

Certains entretiens ont été très prolixes et de nombreuses idées regroupaient plusieurs thèmes qu'il a fallu dégager et classer. La difficulté fut de ne pas trahir la pensée du médecin. Beaucoup de citations ne traduisent pas clairement la pensée du médecin. La retranscription immédiate après chaque entretien a permis de rajouter entre parenthèses le thème auquel elle se raccrochait : par exemple : « Elle est contraignante (la pilule progestative) ». Une petite partie des citations relatives à un thème (citations fréquentes) n'ont pas été reprises par soucis de clarté.

L'analyse des entretiens fut réalisée par moi-même et celle-ci est interprétative ce qui augmente la subjectivité. C'est l'inconvénient majeur. Le codage aurait dû être réalisé par une tierce personne ce qui n'est pas réalisable dans un travail de thèse. Cependant, le classement des thèmes relevés a été réalisé par confrontation de l'analyse du codage par la directrice de thèse.

II- Discussion des résultats :

A- Place de la consultation de contraception dans la pratique des médecins généralistes :

Cette étude a révélé plusieurs freins à la personnalisation de la contraception. Tout d'abord, la banalisation de la consultation par les patientes (consultations à motifs multiples, demande en fin de consultation ou sans consultation). Si les femmes accordaient plus de temps au choix de leur contraception et au suivi de celle-ci, peut-être qu'elles adapteraient leur moyen contraceptif à leur mode de vie. Cette tendance est retrouvée dans la thèse de V. LEMONNIER en 2005 (8): étude qualitative comparant les pratiques des médecins généralistes aux recommandations 2004 de la HAS.

Les médecins tentent de faire des consultations dédiées à la contraception, ce qui est en accord avec les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) : La première

consultation devrait être autant que possible une consultation spécifiquement dédiée à cette question (9). Il est conseillé le modèle BERCER (Bienvenu, entretien, renseignement, choix, explication, retour) (10): cela ne peut être applicable qu'avec une consultation spécifique. Les patientes banalisant ces consultations, il est difficile pour le médecin généraliste de prendre le temps d'expliquer les différents moyens de contraception et de personnaliser celle-ci.

Dans le déroulement de l'entretien, les médecins parlent de questions sur le parcours contraceptif, le tabac, les examens complémentaires ou les autres problèmes de santé. Le sujet du mode de vie ou de la sexualité est très peu abordé. Comme dans les médias, où la sexualité est pourtant un sujet courant, elle est rarement associée à la contraception (par exemple dans des émissions documentaires). Pourtant la contraception est intimement liée à la sexualité. Comme le recommande l'INPES, ce sujet doit être abordé sans à priori. De plus, les consultations de suivis devraient permettre de discuter un changement de méthode en cas de modification de la situation personnelle, affective ou sociale (10).

Ensuite, les consultations pour contraception semblent nombreuses en médecine générale et plus particulièrement chez les médecins femmes. Ces tendances sont confirmées par l'étude EPILULE (5): pour 51,3% de leurs patientes, c'est le médecin généraliste qui a initié la première contraception (60% pour les médecins femmes).

Enfin, les jeunes filles consultent fréquemment leur médecin généraliste pour la contraception par appréhension d'une consultation gynécologique et des dépassements d'honoraires fréquents des spécialistes (11).

La présence de la mère lors de ces consultations est mentionnée à plusieurs reprises, cette notion était déjà retrouvée par V. LEMONNIER. Cependant, la consultation doit se faire au moins en partie sans les parents, afin que l'entretien soit confidentiel (9) et pour libérer la parole et permettre l'expression d'info du domaine de l'intime. Cette présence est intéressante dans le sens où elle reflète un dialogue des parents avec l'adolescente et permet une meilleure connaissance des antécédents familiaux.

Le sujet des IST est plus abordé avec les jeunes patientes. Certains médecins signalent ne pas trouver le temps pendant ces consultations. Dans la thèse d'Alice GRAND « Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans » (12), sur 9 adolescentes consultant pour contraception 3 considèrent ne jamais avoir parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. De plus, 6 adolescents sur 10 attendaient que le sujet soit abordé par le médecin.

Malgré que le sujet des IST ne soit pas toujours abordé par le médecin généraliste, en 2010, 90% des 15-24 ans déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport (12). Mais, le cap des trois mois de couple apparaît critique en termes d'abandon du préservatif (13). De plus, on note que la double protection (contraception hormonale et préservatif) est utilisée par seulement 33,2% des 15-19 ans français (1) alors qu'aux

Pays-Bas, 71% de la même tranche d'âge utilisent cette méthode. Cette stratégie semble être l'un des facteurs explicatifs du faible nombre de grossesses précoces néerlandaises. On note dans notre étude que les médecins n'abordent pas souvent le sujet des maladies sexuellement transmissibles avec les femmes plus âgées. Cela est probablement dû au fait que la sexualité paraît encore un sujet tabou en consultation et que le risque IST cible les jeunes alors que la sexualité des + de 25 ans est elle aussi à risque.

B- Vision du médecin généraliste de l'attente et de l'observance des femmes en matière de contraception :

En ce qui concerne la vision du médecin généraliste de l'attente des femmes :

Tout d'abord, d'après les médecins généralistes interrogés les femmes souhaitent une contraception bien tolérée, c'est pourquoi la recherche des effets indésirables est un des points clés de la personnalisation. Dans leur discours la satisfaction passe par l'absence d'effet indésirable en premier lieu, puis par la demande d'une contraception remboursée. Ces deux notions sont retrouvées dans la définition de la contraception idéale de John Guillebaud (14). D'après lui, la contraception devrait être relativement bon marché, facile d'accès, utilisable par le plus grand nombre, sans avoir à recourir à un médecin, 100% efficace, entièrement réversible, dénuée de tous effets indésirables... Les médecins tentent de prescrire une contraception remboursée mais le choix n'est pas aussi étendu que ce qu'ils souhaiteraient. En France, seuls certains contraceptifs sont remboursés à 65% par la sécurité sociale, à savoir les pilules de première et deuxième générations, quelques-unes de troisième génération, les stérilets et l'implant. Une des solutions est le projet de remboursement de la contraception pour les 15-18 ans qui est en cours.

La majorité des pilules de troisième, celles de quatrième génération, les patchs et les anneaux contraceptifs ne sont pas pris en charge. Ce système ne permet peut être pas de pouvoir proposer facilement ces nouveaux moyens de contraception. Cependant, l'utilisation des pilules de troisième et quatrième générations est remise en cause devant l'augmentation du risque thrombo-embolique qui semble plus élevé. C'est pourquoi, une consultation dédiée à la contraception et une recherche des antécédents sont importantes afin de prescrire cette contraception en deuxième intention.

Ensuite, ils soulignent la difficulté d'adapter la contraception chez les femmes fumeuses car elles souhaitent souvent poursuivre leur pilule habituelle. Pourtant, l'augmentation du risque cardio-vasculaire avec l'âge supérieur à 35 ans doit amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans (9). Cette principale restriction : le tabagisme, dans les contre-indications à la contraception oestro-progestative était déjà majoritairement citée par les médecins dans l'enquête de V. LEMONNIER (8).

Enfin, les médecins généralistes ont le sentiment d'avoir un rôle de conseil dans la contraception. Cependant, ils orientent préférentiellement les femmes vers la pilule, au

détriment d'autres méthodes contraceptives comme l'implant ou le stérilet. Cela s'explique en partie par des habitudes professionnelles.

En ce qui concerne la vision du médecin généraliste de l'observance des patientes :

Un des éléments important de l'interrogatoire qui ressort est l'exploration des oublis de pilule. Pourtant, d'après l'étude EPILULE (5), seulement 48,1% des médecins généralistes s'informent systématiquement de possibles oublis lors des renouvellements de contraception (35,4% de temps en temps). Ils disent expliquer pour la majorité d'entre eux la conduite à tenir en cas d'oubli surtout lors de la première prescription de contraception. D'après la même étude, le rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli lors des renouvellements est fait systématiquement par 34% des médecins (51% de temps en temps). En cas d'oublis trop fréquents, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette au problème d'observance (9). Cette notion est citée plusieurs fois par les médecins généralistes dans les causes de proposition de changement de moyen de contraception.

C- Prescription de contraception :

La personnalisation de la contraception passe tout d'abord par le choix du contraceptif. Pour les médecins, il fallait que le moyen contraceptif respecte les contre-indications. Ils signalent que la décision vient plus souvent des patientes. Cela respecte les recommandations de l'HAS :

- Rechercher systématiquement les antécédents.
- Laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction. (En 2007 (4): 95% des personnes interrogées sont satisfaites de leur moyen de contraception avec 79% qui sont très satisfaites).

Nous retrouvons également dans la thèse de V. LEMONNIER (8) que les patientes expriment clairement leur souhait dans le choix du contraceptif.

Les médecins parlent de phénomène de mode. Les patientes sont influencées dans leur choix par les médias et leur entourage. Afin d'accompagner ce choix, les médecins disent exposer les différents moyens de contraception à leurs patientes. Nous retrouvons dans la thèse de S. Floch (15) « Les causes d'échec de contraception après une étude menée auprès du planning familial du centre hospitalier de BLOIS » (étude prospective quantitative) : 80% des femmes interrogées considéraient que le médecin leur avait expliqué les différents moyens de contraception, 81% leur avaient laissé le choix et 91% trouvaient que l'information délivrée était suffisante.

La contraception d'urgence (CU) n'est pas abordée spontanément par les médecins généralistes. Ils se sentent peu concernés et même moins qu'avant. Cela peut s'expliquer par l'accès libre à la CU dans les pharmacies depuis 1999 et la délivrance gratuite au près des infirmières scolaires depuis 2000. Ces mesures ont entraîné une augmentation de

72% de son utilisation entre 2000 et 2005 sans que les pratiques contraceptives régulières soient pour autant abandonnées (16).

Certains médecins disent ne pas en parler, pourtant si en 2005 75% des femmes savaient que la contraception d'urgence était disponible sans ordonnance, seules 10% connaissaient son délai d'utilisation (16).

Les médecins parlent plus de la contraception d'urgence aux jeunes et en général c'est eux qui semblent le mieux informés. Cela se confirmait en 2007, 35% des personnes qui connaissaient la pilule du lendemain pensaient qu'elle ne concernait que les moins de 25 ans (4).

Nous pouvons noter qu'aucun médecin n'a évoqué le DIU (dispositif intra-utérin) au cuivre comme contraception d'urgence. Et cette question n'était pas abordée par la trame d'entretien. Pourtant son efficacité est presque de 100% et il peut être posé dans les 10 jours suivant le rapport à risque. A comparer, NORLEVO (Levonorgestrel) est efficace à 95% en cas de prise dans les 24 heures et 58% dans les 48 à 72 heures. En ce qui concerne ELLAONE (Ulipristal) son efficacité est comparable à celle du levonorgestrel mais la prise peut se faire dans les 120 heures suivant le rapport à risque. Les médecins connaissent probablement la méthode mais ne sont pas en mesure de proposer sa pose.

La difficulté pour trouver un gynécologue dans le CHER est une des raisons avancée par les médecins pour expliquer les nombreuses demandes de prescription de contraception. D'après l'enquête EPILULE de 2003 (5) la proximité d'un gynécologue semble avoir une influence directe sur les modalités de suivi : plus il est loin, plus le généraliste assure la totalité de la prise en charge des femmes. Cette même étude montre que 86% des médecins se sentent « à l'aise » pour s'occuper de la contraception dans leur clientèle. Toutefois, 14% préfèrent que le suivi soit assuré par un gynécologue. Dans notre échantillon, certains médecins disent assurer l'ensemble de la prise en charge alors que d'autres préfèrent se contenter du renouvellement et adresser les patientes au gynécologue en cas de problème ou de désir de changement.

En ce qui concerne les supports lors des consultations, d'après l'enquête EPILULE : lors de la première prescription, ils sont 60,4% à délivrer une information orale ; dans 20% des cas, un support visuel ou des brochures explicatives sont utilisés (5). Dans notre enquête, on retrouve l'utilisation de supports visuels et de brochures mais beaucoup de médecins privilégient l'information orale. Dans la thèse de Gley Tekaya S. de 2006, nous retrouvons aussi que les praticiens ne sont pas totalement convaincus par l'efficacité d'une fiche explicative à remettre aux patientes (17).

D- Idées reçues et avis autour de la contraception :

Comme expliqué précédemment, les médecins ont un rôle de conseil dans la personnalisation de la contraception. Cependant, persistent des idées reçues et un manque d'information des médecins et des patientes.

La pilule (oestro-progestative) est toujours citée comme premier moyen de contraception mais l'implant, le stérilet, l'anneau, le patch ou même la pilule progestative peuvent aussi être prescrits en première intention. Cette pilule est peu critiquée et beaucoup prescrite. En France en 2010, 55,5% des femmes (15-49 ans) utilisent la pilule comme moyen de contraception, majoritairement chez les jeunes (78,9% entre 15 et 19 ans et 83,4% chez les 20-24 ans)(1). Le seul problème que soulèvent les médecins c'est l'observance. Chez les femmes ayant eu recours à l'IVG et utilisant un moyen de contraception, dans 54% des cas la cause était l'oubli (toutes contraceptions confondues) (18).

En revanche, la pilule progestative est définie comme une pilule contraignante et engendrant surtout des dysménorrhées. Elle est proposée majoritairement en cas de contre-indications à la pilule oestro-progestative.

Les médecins sont dans l'ensemble réticents à l'utilisation de l'implant, lui reprochant des dysménorrhées et des difficultés de retrait. D'après une étude sur l'IMPLANON, la moitié des femmes se plaignent d'effets secondaires (83% de troubles du cycle) et seules 62% envisagent un nouvel implant. Les métrorragies sont la cause du retrait dans 41% des cas (13). Dans notre étude, plusieurs médecins prescrivent une pilule progestative (CERAZETTE) avant la mise en place de l'implant contraceptif. Cependant, l'absorption par la bouche est différente de l'absorption sous-cutanée, ce qui ne permet pas de prédire la tolérance. De plus, si le choix se porte sur l'implant pour des raisons d'observance, la prise de CERAZETTE expose la patiente à une grossesse contrairement à l'implant. Cette pratique n'est donc pas adaptée.

Le stérilet est vu comme un moyen de contraception satisfaisant par les médecins. Cependant, ils le proposent en général chez les multipares et en cas de problème avec la pilule (effets indésirables ou contre-indications). En effet, le stérilet est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé en France avec 26% des patientes de 15 à 49 ans utilisant une contraception (1). Cela est confirmé par l'enquête Fecond de l'INSERM en 2010, 54% des femmes, 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes pensent que le stérilet n'est pas adapté aux nullipares (19). D'après l'étude EPILULE, 1/3 des médecins généralistes posent des stérilets. 70% de ceux qui n'en posent pas évoquent le manque de formation. Dans notre étude la tendance est comparable, trois médecins en posent. Les arguments avancés dans le cas où ils n'en posaient pas étaient plutôt : les problèmes d'assurance, de temps et de matériel. L'internat de médecine générale ne comprend pas forcément un stage en gynécologie, ce qui ne permet pas d'acquérir la pratique nécessaire à la pose du stérilet. Pour personnaliser la contraception, il faut pouvoir proposer les différents moyens disponibles et cela ne sera possible que si les médecins généralistes accèdent à une formation pratique au cours de leur formation.

L'utilisation du patch et de l'anneau n'est pas citée spontanément pour la majorité des médecins interrogés. Il est reproché un manque d'information sur ces nouveaux moyens

de contraception. Cela freine probablement beaucoup leur utilisation. Si ceux-ci avaient plus accès à une information objective : une meilleure personnalisation de la contraception serait possible.

Une étude qualitative sur les attentes des médecins généralistes en matière d'information sur les différents moyens de contraception serait intéressante.

Pourtant, ces deux moyens de contraception sont disponibles en France depuis 2004. L'utilisation des nouveaux moyens de contraception (patch, anneau et implant) se développe. La part cumulée de ces moyens est passée de 0,8% en 2005 à 2,8% en 2010 chez les 15-19 ans (1).

Les autres méthodes contraceptives (préservatifs, stérilisation, méthodes naturelles) sont peu ou pas abordées par les praticiens. Elles représentent respectivement en 2010 dans la distribution des méthodes contraceptives: 10,3%, 2,2%, 1,2% chez les femmes de 15 à 49 ans (11).

D'après le discours des médecins interrogés, en cas de nécessité de changement (contre-indications majoritairement) les patientes sont plutôt réticentes, surtout par peur. Ils évoquent l'appréhension du corps étranger intra vaginal ou intra utérin que représentent l'anneau et le stérilet. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les attentes des femmes en matière de personnalisation de la contraception et de rechercher les freins existants.

Conclusion :

Cette étude a révélé la pratique des médecins généralistes du Cher en matière de personnalisation de la contraception. En règle générale, pour eux la personnalisation passe surtout par un respect des contre-indications, un choix de la part de la patiente et le fait de privilégier une contraception remboursée. Ils rencontrent des difficultés devant la banalisation de ces consultations par les patientes, mais aussi à cause de leurs idées reçues et celles des patientes sur la contraception. Ils soulignent leur manque d'information sur les nouveaux modes de contraception, ce qui ne leur permet pas de les proposer à leurs patientes. Enfin, le département manquant de gynécologues et tous les médecins généralistes ne pratiquant pas la pose de stérilet et/ou d'implant, devant un manque de pratique, de matériel et/ou de temps. L'accès pour les patientes à ces modes contraceptifs devient par conséquent plus difficile. Une formation obligatoire de gynécologie au cours du cursus de l'internat de médecine générale serait une des solutions pour augmenter le taux de médecins pratiquant ces gestes.

Bibliographie

- (1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé.
- (2) Bajos N., Leridon H., Goulard H. et al., Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficient. Human reproduction, 2003, vol. 18, n°5: p. 994-999.
- (3) Nisand I . L'IVG en France. Rapport du gouvernement réalisé à la demande de Madame martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité et de Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale. Février 1999.
- (4) Les Français et la contraception / Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA. – Inpes, 2007/03/02, 47p.
- (5) Enquête EPILULE 2003, (Etude portant sur 2802 femmes de 16 à 54 ans).
- (6) Niel. X. Direction de la recherché des études de l'Evaluation et des Statistiques, Etude et résultats, La démographie médicale à l'horizon 2020, N°161, mars 2002.
- (7) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2nd édition. Paris : Armand Colin, 2007.
- (8) LEMONNIER épouse LAC V., Spécificité de l'exercice féminin de la médecine générale relatif à la contraception. Thèse de médecine, Faculté de Tours, 2005.
- (9) ANAES: Recommandations de Décembre 2004. Les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez les femmes. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf
- (10) Comment aider une femme à choisir sa contraception ?, INPES. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- (11) Naves M-C., Sauneron S. : La note d'analyse. N°226, Juin 2011. Centre d'analyse stratégique. <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011#les-ressources>.
- (12) Grand A., Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile-de-France 2010-2011. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Paris 7, 2011. 67p, 71p.

- (13) Sergent F., Clamageran C., Bastard AM, Verspyck E., Marpeau L., Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon). J Gynecol Obstet Boil Reprod, ,2004.
- (14) Guillebaud J., The Pill. Oxford University Press.
- (15) FLOCH Stéphanie. « Les causes d'échec de contraception après une étude menée auprès du planning familial du centre hospitalier de BLOIS ». Th : Méd : TOURS : 21/01/2008.
- (16) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé.
- (17) GLEY Sarah. Première prescription de contraception orale à une adolescente: information données par le médecin généraliste. Th: Méd:Tours: 2006.
- (18) Enquête de 2007 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) au près des femmes ayant eu recours à l'IVG.
- (19) Bajos N., Bohet A., Le Guen M. et al., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, n° 492 • septembre 2012 • Population & Sociétés • bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques.

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION: comment mieux la personnaliser?



Près de 200 000 IVG par an en France

Pourquoi ce chiffre alors que 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive? L'adéquation de la contraception à la situation personnelle est peut-être la clé du problème. Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial si nécessaire. Pour favoriser cet échange, l'Inpes lance le 28 octobre une nouvelle campagne de communication à destination du grand public. ♦

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS⁽¹⁾

Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle? »
« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception? »
« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive? »
« En avez-vous parlé à votre partenaire? »

Pour les utilisatrices de contraception orale :

- Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
- « La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances? »
- « Que faites-vous en cas d'oubli? »
- « Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule? Si oui, pourquoi? »
- Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités.
- Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

- Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli

de pilule (remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule?) et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

- Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer qu'elle est en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

- Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuelles depuis la dernière consultation.

- Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception OP.

Explorer la protection contre les IST et le VIH

- Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège

contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

- Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

- Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
- « Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez? Qu'en pensez-vous? »
- « Voulez-vous essayer une autre méthode? »
- « Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (remise de la brochure Inpes : Choisir sa contraception)

- Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

CHIFFRES CLÉS

- En France, 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive⁽²⁾
- Chez les 15-24 ans, près d'1 grossesse sur 2 n'est pas prévue⁽³⁾
- Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent chez des femmes utilisant une contraception⁽⁴⁾
- 56 % des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83 % chez les 20-24 ans)⁽⁵⁾, mais seulement 34 % des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier⁽⁶⁾
- 23 % des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule⁽⁴⁾

Des outils à votre disposition

Plus d'information sur www.choisirsacontraception.fr/pro

LES RECOMMANDATIONS

PROFESSIONNELLES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004

POUR EN SAVOIR PLUS

- Repères pour votre pratique, « Comment aider une femme à choisir sa contraception? »
- La brochure « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé »

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

- La brochure et l'affiche « Choisir sa contraception »
- La carte « Que faire en cas d'oubli? »
- La brochure « Questions d'ados »
- La brochure « Le livre des infections sexuellement transmissibles »

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par email : edif@inpes.sante.fr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion

42, boulevard de la Libération

93203 Saint-Denis cedex

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

* Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, ayant un partenaire, n'attendant pas ou ne souhaitant pas d'enfant.
(2) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé (à paraître).
(3) Bajos N., Lelidon H., Goulet P., Oustry P., Job-Spira N., Cocon-Groux. Contraception from accessibility to efficiency. Human reproduction, 2003, vol. 18, n°5, p. 994-999. (4) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Les Français et la contraception, Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf. (5) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. L., Goup C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human reproduction, 2005, vol. 21, n°11, p. 2863. (6) Le guide BERGER de l'OMS et l'université Johns Hopkins isolent une étape de « retour pour visite de suivi ». Anaes, Afssaps, Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004 : p. 154-156.

Annexe 1 : Fiche de l'INPES : La contraception : comment mieux la personnaliser ?

Annexe 2 : Trame d'entretien.

En italique les rajouts nécessaires à la poursuite de mon étude, en fonction de l'analyse réalisée au fur et à mesure des entretiens.

Sexe, âge, lieux d'exercice, année de thèse, maître de stage ou non, exercice en groupe ou seul.

- Combien de consultations pour contraception pratiquez-vous par semaine ?
- Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Comment menez-vous l'entretien ?

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

- Qu'est ce qui va vous amener à proposer de changer la contraception ?

Est-ce souvent elles qui demandent le changement ?

- Y a-t-il des situations compliquées ?

Par exemple les fumeuses, de plus de 35 ans.

- *Les consultations à motifs multiples dont la contraception, sont-elles fréquentes ?*
- Infection sexuellement transmissible, les consultations pour contraception sont-elles l'occasion d'en parler ?
- Prescrivez-vous la contraception d'urgence en même temps que la contraception habituelle ?
- *Les différents moyens de contraception : le stérilet (Les posez-vous ?), l'implant (Les posez-vous ?), l'anneau, le patch. Mais aussi parfois : méthode locale, préservatif, injection trimestrielle.*
- *La contraception définitive : stérilisation. En médecine générale êtes-vous confronté ?*
- Avez-vous des supports lors de vos consultations pour contraception, lesquels ?
Pour les patientes ? Pour vous ?
- Connaissez-vous la fiche de l'INPES « La contraception : comment mieux la personnaliser ? » L'utiliseriez-vous ?

Annexe 3 : Caractéristiques des médecins interrogés.

Entretien	sexe	Age	Lieux d'exercice	Année de thèse	Statut de maître de stage	Mode d'exercice
N°1 : Au cabinet Le 26/07/12	Femme	35 ans	Rural	2003	Non	Cabinet de 3 médecins
N°2 : Au cabinet Le 31/07/12	Homme	59 ans	Semi-rural	1979	Non	Cabinet de 2 médecins
N° 3 : Au cabinet Le 31/07/12	Femme	31 ans	Rural	2010	Non	Cabinet de 2 médecins
N°4 : Au cabinet Le 02/08/12	Femme	59 ans	Semi-rural	1980	Non	Cabinet de 2 médecins
N°5 : Au cabinet Le 02/08/12	Homme	39 ans	Rural	2003	Non	Cabinet de 3 médecins
N°6 : Au cabinet Le 17/08/12	Homme	56 ans	Semi-rural	1986	Oui	Cabinet de 5 médecins
N°7 : Au cabinet Le 24/08/12	Homme	50 ans	Urbain	1990	Oui	Cabinet de 6 médecins
N°8 : Au cabinet Le 24/08/12	Homme	66 ans	Urbain	1974	Non	Cabinet de 6 médecins
N°9 : Au domicile Le 30/08/12	Homme	55 ans	Urbain	1985	Oui	Cabinet de 2 médecins
N°10 : Au cabinet Le 30/08/12	Femme	59 ans	Rural	1978	Non	Cabinet seul
N°11 : Au cabinet Le 31/08/12	Homme	51 ans	Semi-rural	1991	Oui	Cabinet de 5 médecins

Annexe 4 : Entretiens

Entretien n°1 : Femme 35 ans, rural, année de thèse 2003, non maître de stage, cabinet de 3 médecins.

Est-ce que vous pratiquez beaucoup de consultations pour contraception ?

Oui pas mal, oui.

A peu près combien de consultations par semaine ?

Par semaine, j'en sais rien, beaucoup, je ne sais pas ce que vous appelez beaucoup, par jour 2 ou 3.

Votre année de thèse ?

Laissez-moi réfléchir.... 2003.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour contraception ?

Heu, dernière que j'ai faite, oui, que voulez-vous savoir exactement.

Comment menez-vous l'entretien ?

Alors la dernière s'est pas passée comme cela. C'est-à-dire que elle est venue pour autre chose, et au moment de me faire le chèque elle m'a dit « Ah, il me faudrait ma pilule ». Grand classique. Alors, je lui ai dit « Ah non attendez, il faudrait quand même... » et c'était une femme qui avait sa pilule prescrite par la gynéco, à qui je ne prescrivais jamais la pilule et qui me l'a demandée comme cela sur un coin de table en partant. Voilà ça c'est la dernière. Après une consultation spécifique, quand elles me disent qu'elles viennent pour la pilule. Vous voulez savoir ce que je lui demande exactement, c'est ça ?

Oui, comment vous menez l'entretien, est que vous leur posez des questions particulières, explorez-vous la tolérance ?

Déjà, cela dépend si je les connais ou pas. Quand je les connais je ne leur demande pas leur antécédents familiaux etc...Je revérifie si leur frottis est à jour. Parce qu'on a beau leur demander systématiquement, la sécu nous a dit que nous n'étions pas dans les clous. Ils nous font les statistiques, et à notre grande surprise, on s'est rendu compte qu'il devait y en avoir qui nous mentent sur le coup. Donc je leur redemande si le frottis est fait, je vérifie de quand date leur dernière prise de sang. Donc ça une fois que c'est fait, je leur demande si elles ne l'oublient jamais, si elles n'ont pas de soucis, si elles n'ont pas mal aux seins et tension etc...voilà.

Et qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception ?

Soit si à la prise de sang elles ont cholestérol, tension, choses habituelles. Ou si elles me le demandent, si elles viennent spontanément, me disent je suis gênée, ça va pas j'ai les règles trop longues ou j'ai plus de règles du tout ou j'ai mal au ventre, j'ai mal aux seins, enfin les choses habituels, ou alors j'ai des boutons, ou j'ai pris du poids, ou j'ai la migraine avec cette pilule, enfin voilà. Mais la plupart du temps, c'est rare que nous ayons des problèmes de tension ou de cholestérol, c'est souvent elles qui nous le demandent.

Elles disent « on pourrait pas changer ».

L'idée vient souvent d'elle ?

Oui, parce que celles qui ont des contre-indications c'est nous qui...leur forçons la main, mais sinon, souvent souvent souvent cela vient d'elles. Elles veulent essayer autre chose.

Est-ce qu'il y a des situations compliquées ?

Pour la changer ?

Le moyen ne paraît pas adapté pour vous ?

Les fumeuses de plus de 35 ans, elles ne veulent pas changer, elles ne comprennent pas pourquoi avant cela allait et que maintenant ça va plus. Elles ne veulent pas changer ou les jeunes filles qui ont du cholestérol avec la pilule, et à qui on est obligé de mettre des pilules assez contraignantes quand même qu'il faut prendre tous les jours et cela c'est plus compliqué. Sinon quand c'est qu'elles ne sont jamais contentes car il y en a aussi qui ne sont jamais contentes, on a assez de pilule pour essayer de changer, (rire) mais heu le plus compliqué c'est quand on leur force la main à changer et qu'elles sont pas d'accord et c'est vraiment les fumeuses de plus de 35 ans. C'est, enfin on n'arrive pas. Dure à convaincre.

Est-ce que cela vous arrive de proposer tous ce qui est les implants sous cutanés ou les stérilets ?

Oui, on leur propose, mais nous on les pose pas ici.

Ni les stérilets, ni les implants ?

Non, on les pose pas, donc heu, la pose de stérilet cela pose des problèmes d'assurance, l'assurance est particulière donc heu et puis on est un peu débordé de boulot. Donc poser des implants en plus et tout, donc on le faisait pas. Mais on leur propose, enfin moi, je leur parle de toute la gamme, qui est à leur portée. Mais les implants c'est assez particulier, alors on essaie d'abord les micro-progestatifs avant quoi. Au moins qu'elles sachent à quoi s'attendre. Au niveau des effets secondaires.

Est-ce que vous avez des supports lors de vos consultations pour contraception, des documents que vous leur remettez ou des guides pour vous ?

Non, moi j'ai pas de support car cela vire vite au bazar, que j'en mets partout et que je les perds. Je les jette au fur et à mesure car je me suis rendu compte que j'en avais des tonnes et que je les utilisais jamais. J'avais des trucs de labo où on voyait les plaquettes, je ne sais même plus si je les ai encore... (Elle cherche) La preuve, je les perds. Pour montrer aux jeunes filles à quoi cela ressemble, j'avais un mini stérilet mais je l'ai balancé aussi je pense. Pour leur montrer la taille du stérilet, leur montrer la tête que cela avait. Voilà, mais sinon j'ai rien. (Rire)

Ou pas de protocole, à leur donner, par exemple pour les jeunes filles, pour la pilule ?

Ca j'en ai pas non. Je leur explique par contre, je leur dis si elles oublient, si elles ne savent plus, si elles oublient un comprimé de m'appeler, en fait. Je leur dit ce qu'il faut qu'elles fassent par contre. J'ai pas de papier à leur remettre, de brochure. J'avoue je ne donne pas.

Et la contraception d'urgence, est ce que vous la prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Systématiquement ? Est-ce que je mets une boîte ? Non, je leur dis mais pas toujours que cela existe, c'est vrai, je ne leur dis pas toujours, je ne leur en parle pas systématiquement. C'est vrai, c'est peut être bête, mais dans ma tête à partir du moment où j'ai prescrit une contraception, je

ne pense pas forcément à la contraception d'urgence. Les plus jeunes savent que cela existe, vont la chercher toute seule, c'est vrai que. Dans les femmes de plus de 25 ans, je ne me souviens pas qu'il y en a qui m'ont dit qu'elles l'avaient prise quand elles avaient oublié, c'est vrai qu'elles ne la prennent pas beaucoup. Mais non, je n'en prescris pas systématiquement.

Elles vous paraissent moins informées ?

De plus de 25 ans oui. Et c'est vrai que j'en prescris que si elles viennent et qu'elles me disent « voilà, j'ai oublié ma pilule ».

Et les infections sexuellement transmissibles, est ce que les consultations pour contraception sont l'occasion d'en parler ?

Non, c'est vrai que j'en parle rarement à ce moment-là. J'en parle quand elles viennent pour une symptomatologie autre. Ou quand elles viennent me demander une prise de sang. On parle bien que des femmes là ? Elles viennent me demander un bilan SIDA etc...pour enlever le préservatif avec leur copain ou ami, mais c'est vrai j'en parle pas. Parce que déjà, elles ne viennent rarement que pour leur pilule. Elles nous mettent au moins 2 ou 3 motifs de consultation. Alors ça franchement ça ne rentre pas.

Est-ce que vous avez l'impression de souvent prescrire la pilule ou un autre mode de contraception en premier, avant un gynéco par exemple ? De la mettre en place ?

Souvent les mères nous amènent leur fille, en première intention, en plus moi je suis une femme. Parce qu'elles sont persuadées qu'elles n'ont pas encore eu de rapport sexuel et que le gynéco ne pourra rien faire, il ne pourra pas les examiner (rire). Souvent, quand même il y en a une grande partie qui sont vierges, donc elles nous les emmènent pour dédramatiser un peu et commencer une prescription de pilule. Après je pense qu'il y en a qui vont chez le gynéco mais je ne me rends pas bien compte des chiffres. Mais moi j'en fais souvent.

Est-ce que vous connaissez la fiche de l'INPES, la contraception, comment mieux la personnaliser ? Distribuée à la fin de l'année dernière ?

Je ne m'en souviens pas, franchement pas du tout.

Je vous montre à quoi elle ressemble.

Oui, celle-là je l'ai reçu,... ce que j'en ai fait, je ne m'en souviens absolument pas.

Après l'entretien :

Au début quand je me suis installée, j'ai investi dans une table de gynéco, je faisais les frottis mais les femmes venaient me voir que pour cela et je ne voulais pas faire que de la gynéco. Elles venaient faire leur frottis puis se faisaient prescrire la pilule par leur médecin. Je ne les voyais que pour cela. Elles se faisaient suivre par leur médecin pour le reste. Parce que je suis une femme et cela attire la gynéco.

Je pense que les hommes ne parlent pas trop des seins au moment du renouvellement de la pilule, et n'osent pas trop les examiner.

Elles viennent celles qui ne sont jamais malades, exprès pour cela. Elles vous disent en arrivant, cela va aller vite, c'est juste pour ma pilule ; cela va vous prendre 30 seconde. C'est vraiment cela pour lesquelles on a le plus de mal, leur expliquer. C'est toujours en fin de consultation au

dernier moment. Ou alors quand vous avez examiné le petit, elles vous disent : « Il me faudrait ma pilule, j'en ai plus pour demain, j'en ai plus pour ce soir ». Vous ne les avez jamais vues. C'est le gynéco qui leur a prescrit. Elles ne peuvent pas avoir le rendez-vous tout de suite alors. C'est cela qui nous pose le plus de problème, leur dire non, revenez pour vous, il faut que je prenne la tension et tout.

Après je leur explique les différentes techniques. Elles sont très attachées à leur pilule et le comprimé.

Le stérilet, il y en a quelques une, mais celles-là elles sont conquises. Pas de problème c'est le gynéco qui leur a fait. Il y en a qui viennent me voir, qui me disent mon gynéco m'a proposé le stérilet, qu'est-ce que vous en pensez-vous ? Mais c'est parce qu'elles ne veulent pas le faire si déjà elle nous pose la question. Le patch je leur propose, j'en ai quelques une, 4 ou 5 à tout casser, je leur propose mais elles ne veulent pas que cela se voit, elles ont peur que cela se décolle.

Et l'anneau ?

Une qui a un anneau. Une seule. Elle trouve que c'est pratique, mais les autres l'idée de mettre un anneau. Il faut mettre l'anneau, le garder et mon partenaire, et si il tombe. Elle préfère avaler c'est quand même plus simple. Moins de manip. Mais la majorité, elles sont pilule contraceptive classique. C'est dans les statistiques je crois. Et les implants, je ne sais pas comment sont les stats en ce moment mais nous maintenant on les prévient bien. Il y en a eu tout un tas fut un moment qui ne sont pas rendu compte qu'elles pouvaient avoir des aménorrhées ou des saignements n'importe quand. Et qui demandaient de les enlever 6 mois après leur pose. On leur explique bien, que cela peut avoir des effets secondaire et qu'il faut qu'elles essaient en comprimés. Quand je me suis installée il y a 5 ans, j'en ai eu plusieurs qui sont venues me voir à la suite pour faire retirer les implants.

Entretien n° 2 : Homme 59 ans, semi rural, année de thèse 1979, non maître de stage, cabinet de deux médecins.

Combien de consultations pour contraception par semaine pratiquez-vous ?

Une dizaine par semaine, hormis tous les dépannages de pilule que nous sommes amenés à faire car à l'heure actuelle les patientes qui sont suivies par un gynécologue n'arrivent pas à se faire renouveler leur contraception par eux, c'est pour dépanner. Nous, on ne sert qu'à renouveler. Sinon cela fait beaucoup plus par semaine. Je ne les compte pas. Les gynécologues leur demande de voir leur médecin généraliste pour le renouvellement. Dix pour celles que je suis.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Dernière, vous me posez une colle là. Une patiente qui a une cinquantaine d'années maintenant que je revois régulièrement, au moins une fois par an pour sa contraception. Prise de sang périodiquement tous les 3 ans. C'était donc. J'ai renouvelé CERAZETTE. Pourquoi CERAZETTE. Parce que depuis quelques mois j'avais noté qu'elle avait une tension artérielle qui commençait à arriver à la limite. Avant elle était sous ADEPAL. J'ai arrêté les oestrogènes de synthèse avec CERAZETTE. Sachant que d'ici peu on va tout arrêter. Etant donné que...

Comment menez-vous l'entretien ? Comment explorez-vous la tolérance ?

On leur demande si elles voient leurs règles régulièrement, si elles n'ont pas d'oligoménorrhée, si elles n'ont pas de nausées, les effets secondaires habituels. Quand cela fait longtemps on sait que cela ne se reproduira plus, c'est en général au début qu'on le remarque. Pas forcément en rapport avec leur contraception, si il n'y a pas d'autres pathologies intercurrentes qui ont pu intervenir depuis la dernière fois qu'on les a vu.

Qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception ?

Déjà, une mauvaise tolérance, une mauvaise observance aussi. Ça peut arriver chez les jeunes notamment. La chose que l'on remarque cliniquement, la tension par exemple, si la patiente s'est mise à fumer par exemple. Ça peut nous amener à changer ce que l'on propose comme contraception.

Quand vous proposez un changement de contraception aux fumeuses ou aux femmes qui se sont mises à fumer, est ce que c'est facile de leur faire changer ?

Non pas facilement. Quand une femme est bien habituée à sa contraception, qu'elle est bien habituée, elle n'aime pas changer c'est clair. Surtout, quand c'est une fumeuse et qu'on lui propose un stérilet, cela sera différent, pour elle la contrainte ne sera pas la même. C'est pas toujours facilement accepté.

Est-ce qu'il y a d'autres situations où c'est compliqué de leur faire changer ?

Heu oui, par exemple quand vous passez d'une pilule oestro-progestative avec des règles très très précises. Vous passez à une contraception où vous avez des règles beaucoup moins régulières. Il faut les prévenir avant, que cela ne sera pas toujours aussi « impec ». Et ce n'est pas forcément toujours bien accepté ce genre de chose. Il y a les avantages et les inconvénients, il faut bien leur mettre en avant les avantages aussi. Elles peuvent quand même se laisser convaincre. Mais ce n'est pas toujours facile.

Dans votre patientèle, il y a surtout de femmes qui prennent la pilule, est ce qu'il y a d'autres moyens de contraception ?

Oui, il y a des femmes qui portent des stérilets. En général c'est plutôt les gynécos qui les suivent maintenant, il leur arrive d'avoir des petits problèmes gynéco intercurrent et il ne leur est pas possible de voir leur gynéco très souvent et c'est nous qui voyons déjà si tout va bien. Si il n'y a pas d'inflammation, cervicale ou vaginale, si le stérilet n'est pas en cause dans le problème qu'elles exposent.

Au niveau des implants, vous est-il arrivé de proposer l'implant ?

Exceptionnellement, exceptionnellement, c'est très rare. Il y a quelques femmes incapables de se discipliner par rapport à la pilule contraceptive, qui ne veulent pas de stérilet. On n'a pas grand-chose à leur proposer on peut leur parler à ce moment-là.

Et l'anneau, vous en avez certaines qui sont confrontées ?

Oui, oui très peu, cela se compte sur les doigts d'une seule main. Mais quelques patientes qui ont un NUVARING.

C'est vous qui le proposez, ou c'est le gynéco ?

C'est pas moi, je n'ai pas assez d'expérience dans la contraception, alors ce n'est pas moi qui la propose, comme le patch aussi. Je ne propose pas le patch car je ne propose pas ce que je ne maîtrise pas.

Au début de mon installation, j'avais été interne en gynéco, je posais les stérilets. J'ai arrêté cette pratique. Car quand on fait des gestes qu'on ne fait pas suffisamment souvent et régulièrement, on finit par le faire mal. Donc j'ai abandonné. Je ne le fais plus.

Au niveau de la contraception d'urgence, est ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ou que dans les cas où il y a besoin ?

Que dans les cas où il y a besoin. Ce n'est pas quelque chose que je prescris systématiquement en même temps que la contraception quotidienne.

Cela vous est-il arrivé de la prescrire ?

Cela peut arriver encore exceptionnellement, puisque la contraception d'urgence est disponible en pharmacie en vente libre, on ne passe plus tellement par nous pour cela. Elles y vont directement la plupart du temps. Elles nous voient après en nous expliquant ce qui s'est passé. Pour une contraception au long court. Mais pour la contraception d'urgence, c'est comme ça que cela se passe.

Dans les femmes qui vous ont dit l'avoir utilisée vous avez l'impression qu'il y a tous les âges ?

Non, c'est plutôt les jeunes. Qui n'ont pas encore fait la démarche de mettre en route une contraception, coincées.

Les infections sexuellement transmissibles, les consultations pour contraception sont-elles l'occasion pour vous d'en parler ? Ou il n'y a pas assez de temps dans la consultation pour l'inclure ?

Je dois dire oui ou non, ou pas, mais rapidement. C'est vrai que le temps manque. Je les préviens quand même que la pilule ne protège pas des maladies sexuellement transmissibles. En général elles le savent mais c'est bien de le répéter parce que en pratique ce n'est pas toujours le cas de tout le monde, cela empêche...le cas échéant. Cela se limite à cela. On ne peut en parler longuement pendant les consultations pour contraception.

Est-ce que vous avez des supports pour vous ou pour les patientes ?

J'en ai mais je ne m'en sers quasiment jamais. J'en ai mais je m'en sers très peu (rire).

Vous avez des fiches explicatives pour les patientes ?

Oui j'ai des fiches pré-imprimée dans l'ordinateur. Mais c'est vrai que je ne m'en sers pas beaucoup. Je leur explique. J'essaie de leur donner en premier une pilule extrêmement simple à utiliser. Une seule couleur de comprimé. 7 jours d'arrêt. J'essaie de faire au plus simple pour démarrer. Pour démarrer j'essaie de faire au plus simple.

Est-ce que vous connaissez la fiche distribuée par l'INPES « La contraception comment mieux la personnaliser » ?

Franchement non, franchement non, cela ne me dit rien. Rien du tout. Si je l'ai reçu cela est partie dans un coin. Je n'ai pas le souvenir d'avoir reçu cela. Cela ne me dit vraiment rien. (Il regarde la fiche) : le dépistage du VIH on le fait quand même très souvent. Non, cette fiche ne me dit rien.

On reçoit tellement de documents, on est tellement noyé sous les documents. Avec un an de recul je ne me souviens pas de ce que j'ai reçu.

Entretien n°3 : Femme 31 ans, rural, année de thèse 2010, pas maître de stage.

Combien de consultations pour renouvellement de contraception ou mise en place d'une contraception réalisez-vous par semaine ?

Là, cette semaine c'est une bonne semaine contraception, il y en a déjà eu 2 ce matin, aller on va dire 6, 7.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour contraception, pour renouvellement de contraception plus exactement ?

Jeune de 24 ans que j'ai vu la semaine dernière. Pour renouveler sa contraception, elle est sous pilule. Et en discutant elle n'avait jamais eu d'examen gynéco. C'est surtout là, elle venait pour un frottis, on a fait le frottis, on a parlé contraception, oubli de contraception. Car elle oublie ou pas, mais elle sait quoi faire quand cela arrive. J'ai renouvelé pour un an car ce n'est pas une maladie, qu'elle la prend depuis l'âge de 16 ans, je crois.

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

C'est plus, c'est des questions plutôt ouvertes où effectivement je demande si il n'y a pas de soucis s'il n'y a pas eu de prise de poids, s'il n'y a pas de seins tendus. Comment cela se passe avec la contraception, si c'est un moyen qui convient bien. Est-ce qu'elle a entendu parler d'autre moyen de contraception. C'est pas très orienté quoi, la pilule comme c'est souvent le premier motif. Et assez souvent elles disent si cela ne va pas. Si les copines ça marche bien et elle il n'y a rien qui marche.

Qu'est-ce qui vous amène à proposer de changer de contraception ?

Dans ma discussion. Moi, cela fait un an que je suis installée, donc je ne connais pas trop, enfin il y en a en certaines que je connais. J'ai beaucoup de nouvelles patientes, et donc je leur demande l'histoire qu'elles ont avec leur contraception. Si elles ont essayé d'autre chose, s'il y a eu des changements pourquoi il y a eu des changements, si elles connaissent d'autres contraceptions sinon on peut en parler. Cela peut amener à déboucher sur une autre consultation si elles souhaitent changer. S'il y a des avantages qui les séduisent sur d'autres moyens. Sachant que quand on prend une contraception, on prend les avantages mais on prend les inconvénients aussi. Voilà ça, c'est dit au départ. Le changement c'est sur la discussion. Si elles ont envie d'essayer, moi je dis qu'on peut essayer et puis revenir. On n'est pas figée.

C'est souvent elles qui viennent avec une demande de changement ?

Souvent elles viennent avec une idée. Mais je me souviens d'une jeune, qui n'avait pas spécialement entendu parler de l'implant et puis quand je lui ai demandé si elle connaissait autre chose, quand j'ai parlé de l'implant, elle est revenue quelques mois après en disant, cela à l'air pas mal. Mais souvent c'est elles qu'on la demande car elles parlent beaucoup. L'information sur

la contraception passe bien quand même. Donc après elles viennent là pour avoir des compléments d'information et qu'on les aide à choisir.

Est-ce que vous posez des implants ?

Oui et je les enlève aussi.

Et les stérilets aussi, j'ai un bon retour, pour l'instant cela se passe bien.

Est-ce que vous avez des patientes qui utilisent des anneaux vaginaux ?

Non, non effectivement, des patchs oui. Des anneaux non. C'est moins...

Et la contraception d'urgence, est ce que c'est quelque chose que vous prescrivez en même temps que la pilule ?

Chez les jeunes, chez qui je débute la contraception, en général je mets aussi une ordonnance avec la contraception d'urgence. Souvent, enfin tout le temps sur la première pilule enfin la première prescription et finalement assez rarement sur les renouvellements. Non, cela dépend de la demande. Ça dépend aussi quand on pose la question enfin moi, je demande toujours si c'est compliqué de prendre la pilule si il y a des oublis, comment elles gèrent quand il y a des oublis. Quand il y a des oublis fréquents, quand ça peut m'arriver de réorienter de proposer d'autre moyens de contraception et de faire une prescription de contraception d'urgence si besoin. Si elles gèrent bien, qu'il n'y a pas d'oubli, à ce moment-là, je ne le fais pas.

Est-ce que vous mettez souvent en place les contraceptions ou vous avez l'impression que c'est souvent les gynécos ?

Là, j'en mets souvent en place et puis nous sommes aussi dans une région où la consultation gynéco il faut un an pour l'avoir. Donc ça démotive beaucoup. Et puis les ados elles aiment bien, elles ont une demande elles aiment bien avoir une réponse. Un an après cela fait long en sachant en plus que dans la région ils prennent peu de nouvelles patientes. En gros s'il n'y a pas maman qui est suivi par la gynéco, elles n'ont pas d'initiation de contraception.

Parlez-vous des infections sexuellement transmissibles au cours de la consultation pour contraception ou le temps de la consultation ne le permet pas ?

C'est une consultation qui est dense. Quand on met en place la contraception. Je donne beaucoup d'info, des fois trop, je parle trop. Et donc non, je ne parle pas beaucoup, si ce n'est que la contraception n'empêche pas le port du préservatif. On va dire que là j'ai une petite action sur les maladies sexuellement transmissibles. Non ce n'est pas un truc. En général la première consultation je fais pour trois mois et en général pour la deuxième consultation, où là on parle de la tolérance, si il a eu oubli, pas oubli. On parle un peu plus de sexualité.

Vos patientes viennent-elles souvent que pour leur contraception ou c'est souvent noyé dans d'autres motifs ?

C'est parfois noyé et dans ce cas, « pfft ». Pour l'initiation, pour les jeunes qui consultent j'ai de l'acné, j'ai mon certificat médical et en plus je veux une pilule, en général je fais en deux temps. Je leur dit de revenir et qu'on a plein de choses à se raconter. Après cela m'est arrivé de renouveler facilement mais en général, j'essaie de leur poser la question, pour les femmes plus âgées, est ce qu'il y a un suivi gynéco, le frottis date de quand ? S'il y a un suivi par un gynécologue autre, en général je renouvelle pour 3 à 6 mois pour qu'elles ne soient pas en rupture ou sinon on refait avec une autre consultation. Donc en un an, cela commence à porter

ses fruits car j'ai moins de consultations multi-problèmes dont la pilule. Donc il faut se laisser un peu de temps mais ça marche. En plus, je leur dit que quand je fais une consultation gynéco, je fais une consultation qui est un peu plus longue, je prends une demi-heure, alors il faut l'anticiper sur le planning. Quand elles viennent et que c'est la folie douce. Ça commence à marcher. Elles ne viennent que pour cela, on prend un peu plus de temps.

Est-ce que vous avez des supports lors des consultations, pour vos patientes, pour vous ?

Pour moi non.

Pour les jeunes je me suis faite une petite fiche notamment pour la prise de pilule. Qu'est-ce qu'on fait en cas d'oubli. Et c'est tout ce que j'ai. Et que je donne, et sur l'ordonnance, j'ai noté, et je leur dit aussi que c'est noté dans la notice de pilule.

Autres support, anneaux, stérilets ?

Oui, cela j'ai, j'ai plus d'implant. Pour leur montrer à quoi ressemble un stérilet. Oui ça j'ai. Pour démystifier un peu le stérilet, cela se pose bien.

Y a-t-il des situations compliquées dans le changement de contraception ?

Effectivement tabac, pilule, plus de 35 ans elles sont un peu compliquées. Quand on explique ce qui existe d'autre comme moyens de contraception, c'est des femmes qui disent non le stérilet j'en veux pas cela me fait peur, l'implant j'en veux pas j'ai peur de prendre du poids. Tout ce négocie. Cela m'est arrivé de prescrire à des femmes de plus de 35 ans dans la mesure où j'ai expliqué le risque et que quelque part elles préfèrent le risque tabac pilule que le fait de ne pas prendre de moyen de contraception ou pas de contraception. Donc, je prescrivais à ce moment-là pour 6 mois en disant ben, on va se revoir plus souvent et on va en discuter. Et de toute façon elles peuvent aller la chercher toute seule en pharmacie, donc je préfère qu'elles reviennent et qu'on en rediscute. On retravaille la question, ou travailler le tabac. Je leur dit on arrête la pilule ou on arrête le tabac, vous choisissez. Après cela se réoriente sur conseil tabac. Non, c'est des situations compliquées où des femmes qui tolèrent mal la pilule qu'ont essayé le stérilet mais cela ne marche pas, l'implant, qui ont essayé plein de choses, qui sont satisfaites pleinement par rien.

Il faut prendre du temps.

Quand vous proposez tout le panel de contraception, vous avez l'impression qu'elles sont à l'écoute ? Où est-ce difficile de leur proposer autre chose ?

Non, je ne dirais pas que c'est difficile. Je pense que des fois il y a une barrière car elles n'ont pas forcément entendu parler. Ou parce qu'elles se font une image. Et que en discutant... L'année dernière je me suis retrouvé à poser pas mal de stérilet, c'était le début mais finalement j'en posais plein. J'avais peut être un biais de recrutement, j'étais peut être un peu pro stérilet. Mais il n'y a pas de mauvais retour donc heu tout le monde y gagne. Voilà, il faut en discuter, mais je ne trouve pas qu'elles sont fermées. Elles ont des questions, cela se passe plutôt bien.

Et le fait que vous posiez des stérilets, que vous fassiez des frottis, trouvez-vous qu'il y a un biais de recrutement, d'autres médecins vous les envoient et vous les suivez que pour cela ?

Heu non, moi je m'installe là, il y a des vieux médecins, notamment un qui est parti à la retraite, j'ai repris cette patientèle là. On est dans un secteur où il y a beaucoup de jeunes avec la base militaire qui est pas loin, avec ces femmes jeunes qui arrivent, qui n'arrivent pas à trouver de

gynéco en ville, elles viennent mais après je les suis pour tout. J'ai pas de femmes que je fais que de la gynéco et qui sont suivies par un médecin traitant ailleurs.

Est-ce que vous connaissais la fiche de l'INPES « La contraception comment mieux la personnaliser ? »

J'ai lu vite fait, je ne l'utilise pas, car j'ai fait le DU de Gynéco, donc l'année dernière, nous avons un peu travaillé dessus effectivement. Je ne me la suis pas appropriée effectivement.

Vous l'avez encore l'exemplaire ?

Je la veux bien. Merci.

Vous ne l'utilisez pas ?

En fait, j'ai envie de faire plein de choses et puis je suis un peu prise, je suis un peu débordée. C'est vrai et je pense, on parlait tout à l'heure d'avoir des supports écrits, je pense que notamment pour les jeunes, c'est indispensable, j'ai cela à améliorer, mais c'est vrai quand on fait la première consultation enfin la mise en place de la contraception, la consultation est dense, c'est une heure si on veut. Aborder plein de choses, et j'ai l'impression que cela se passe pas mal et quand elles sortent il y a eu trop d'informations et qui manque des choses, après on revient dessus.

Fin d'entretien :

Les femmes font plus de contraception. Les jeunes sont plus à l'aise. Mon associé, est au taquet sur la contraception, il connaît plein de choses, mais quand on suit une jeune fille depuis bébé à maintenant, à mon avis pas facile pour elle. D'ailleurs quand je disais que je ne suivais pas de femmes que pour la contraception. Il y a quelques-unes qui sont suivies par mon associé qui viennent parler contraception avec moi, et restent suivies par lui, elles font un petit passage éclair. Changement d'interlocuteur quand cela les arrange. Même des femmes un peu plus âgées, pourtant c'est mon associé qui fait le suivi, les frottis.

Je vais me remettre là-dessus (la fiche de l'INPES), ça marche, je comprends le message.

Entretien n°4 : Femme de 59 ans, semi-rural, année de thèse 1980, non maître de stage, cabinet de 2 médecins.

Je ne fais pas de gynéco ou très peu. Quelques renouvellements. D'habitude je ne réponds pas aux questionnaires sur la contraception pour les thèses. Je leur réponds par un petit mot que ce n'est pas mon domaine.

Vous êtes amenez à faire combien de consultations pour contraception par semaine ?

Une à deux maxi.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

À mon avis, c'était une jeune fille étudiante qui s'en va dans une ville de fac. Souvent les jeunes, on les voit de 16 à 18 ans en attendant qu'ils trouvent un gynéco et quand elles partent vers une ville de fac on leur dit « écoutez, vous verrez un gynéco là-bas ».

Une qui était sous pilule ?

Une qui était sous pilule à qui j'ai renouvelé. Une pilule sans interruption.

Comment menez-vous l'entretien pour le renouvellement ?

Pour le renouvellement, je veux dire pour les jeunes, je leur demande si il y a eu du nouveau, si il y a eu des oublis, j'insiste beaucoup sur les oublis. S'il y a eu une prise de poids. S'il y a un souci quelconque. On vérifie si la biologie avait été contrôlée. C'est quand même assez souvent que j'essaie de leur faire un petit courrier pour la gynéco. Ça c'est parce que je ne fais pas beaucoup de gynéco. En leur disant, je vous adresse mademoiselle un tel sous telle pilule qui n'a pas encore vu de gynéco. Je fais un tout petit mot. Je me dis que s'il y a une lettre, elles ont la lettre, elles vont la donner. Elles iront peut être plus facilement chez un gynéco. C'est peut-être un peu mieux.

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

Surtout par l'interrogatoire et le poids.

Qu'est ce qui peut vous amener à changer la contraception ?

Essentiellement la demande de la jeune fille. Qu'elle n'est pas satisfaite.

C'est souvent elle qui demande ?

On va dire 50/50. Elles ont une copine ou elles ont vu dans une lecture.

Y a-t-il des situations compliquées dans la personnalisation de la contraception, dans le changement ou l'adaptation de la contraception à la femme ?

Déjà, c'est quand elles veulent changer et qu'elles veulent absolument du remboursé.

Changer de moyen ou changer de pilule ?

De pilule.

Quelles questions posez-vous pour adapter au mieux la contraception ?

La tolérance, les oublis possible, les circonstances de l'oubli pour ne pas que cela se reproduise, tension mammaire etc... La tolérance au niveau de la circulation périphérique. On ne pose pas énormément de questions quand cela va bien. Je ne vais pas fouiller, je ne vais pas chercher midi à 14 heures.

Et la contraception d'urgence ? Est-ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Non, je n'ai pas l'habitude de la prescrire sauf demande urgente. Mais je ne la prescris pas. La majorité des jeunes filles que je vois, c'est les parents qui veulent qu'il y ait une pilule. Et puis elles vont la démarrer rapidement, alors si elles ne l'oublient pas. C'est pour cela que je ne prescris pas tellement de contraception d'urgence à l'avance.

Est-ce que dans votre patientèle vous êtes amené à suivre des patientes qui ont des stérilets des implants ?

Non, alors ça direct gynéco. Les implants elles sont toujours en train de rouspéter, cela ne va jamais. Alors non, retour directe au gynéco. Je ne suis pas compétente. Tout ce qui est implants, ménopause, cela ne va jamais. Donc je leur fais un courrier. Le problème étant de trouver un rendez-vous gynéco.

Ça c'est le cas de femme qui avait déjà ce mode de contraception ou cela vous arrive de la proposer ?

Le stérilet oui, cela m'arrive de la proposer assez facilement.

Dans quelles situations ?

Quand je vois qu'il n'y a pas vraiment une bonne observance de la pilule ou qu'il y a deux enfants. Dans ces cas-là, j'essaie de voir si elles ne pourraient pas se décider à, avec le gynéco. C'est vrai qu'il y en a certaines qui sont satisfaites et qui ne veulent pas changer.

Et les patchs ou les anneaux ?

J'avais une patiente sous patch mais elle a déménagé. Elle était satisfaite à priori. Pas d'anneau, non.

Est-ce que pour vous les consultations pour contraception c'est l'occasion de parler des IST ?

Oui, cela peut l'être, surtout chez les ados.

Avez-vous des supports lors des consultations pour contraception ?

J'en ai quelques-uns, je vais vous montrer ce que j'ai. De labo, ce n'est pas tout à fait actualisé. Celui-là je l'aime bien, il y a tout d'expliqué dedans mais il date un peu. Il n'est plus trop. Cela m'arrive souvent que les mères me disent, « Bon je vais vous amener ma fille pour contraception dans tant de temps ». Souvent je leur donne les documents à l'avance en leur disant qu'elles le lisent, qu'elles notent les questions avant la consultation. Histoire de gagner du temps. Qu'elles notent ce qu'elle veut savoir, ce qu'elle ne sait pas. Pour qu'on en discute, qu'on cible ce qui ne va pas. Plutôt que de faire un catalogue.

Est-ce que vous connaissez la fiche de l'INPES « La contraception comment mieux la personnaliser ? » ?

En général, quand il y a des trucs qui m'intéressent, je les commande. (Je lui montre)
Et c'est juste cette feuille-là. C'est pour le médecin ? Je pensais que c'était à donner aux patientes. Je cherchais un truc pour les patientes.

Fin d'entretien :

Dans ce cas-là (renouvellement des suivis par un gynécologue) c'est rapide car il y a déjà un suivi. C'est un problème financier, celles qui ne peuvent pas avoir un rendez-vous gynéco en dehors de Bourges.

Entretien n° 5 : Homme, 39 ans, rural, année de thèse 2003, pas maître de stage, Cabinet de 3 médecins.

On est encore pas trop loin de Bourges, voilà, c'est plutôt du semi rural.

Combien de consultations pour contraception faite vous par semaine à peu près ?

Par jour, je ne sais pas, une ou deux, on va dire 5 ou 6 par semaine. Vraiment en gros. C'est le genre de question, où on a toujours beaucoup de mal à répondre. Parce qu'on ne compte pas. En général, ils viennent pour plein d'autres trucs en plus, alors c'est mélangé.

Pouvez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Oui, je ne me souviens plus très bien. Je vais regarder sur mon planning. Cela ne doit pas faire très longtemps, à mon avis c'était c'était... Ce matin, je n'en ai pas vu, le dernier ça devait être mardi, oui voilà mardi, j'en ai vu au moins une, mais que pour cela. Voilà, c'était un renouvellement de pilule classique. Souvent les gens viennent pour autre chose, mais là ce n'était que pour cela. Que faut-il dire là-dessus ?

Comment menez-vous l'entretien, avez-vous des questions particulières ?

En général quand c'est un renouvellement la question c'est de savoir si cela se passe bien, si elle la supporte bien, s'il n'y a pas eu d'événement particulier depuis la dernière fois. La plupart du temps quand c'est une pilule, enfin, une contraception qui est là depuis longtemps, en général, il n'y a pas trop de problème. Prise de tension, je la pèse en général, du moins si elle est d'accord, ce n'est pas toujours le cas. Et puis voilà, renouvellement, en fait c'est assez rapide un renouvellement.

Comment vous explorez la tolérance du moyen de contraception ?

En l'interrogeant, en lui demandant si cela se passe bien, si il y a des saignements, des douleurs abdominales, des douleurs au niveau de la poitrine, enfin voilà, les questions habituelles dans ces cas-là.

Qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception ?

Justement si cela se passe mal, si il y a des effets secondaires si elle supporte mal ce moyen et c'est aussi à sa demande. Il y a certaines femmes qui peuvent en avoir marre de certains modes de contraception, qui veulent changer. Qui veulent éventuellement quelque chose qui soit remboursé, après il y a plein de motifs qui font que... Le principal, c'est les problèmes de tolérance.

En général, vous avez l'impression que c'est vous qui proposez le changement ou c'est elles qui viennent avec une idée de changement ?

La plupart du temps c'est plutôt elles qui viennent avec une idée de changement. Moi, si cela se passe bien, qu'elle me dit que cela se passe bien et qu'il n'y a pas de problème je ne vais pas m'amuser à changer. Dans ce domaine-là, il faut vraiment... Dans ce domaine-là, il ne faut pas s'amuser à changer parce qu'on ne sait pas ce que l'on va obtenir après en terme d'effet secondaire. C'est plutôt sur la demande la patiente.

Est-ce qu'il y a des situations compliquées dans la changement de contraception, par exemple, les femmes de 35 ans fumeuses sous pilule ?

On y arrive à un moment ou un autre, c'est difficile car elles n'ont pas très envie et en même temps souvent elles ont une contraception depuis des années, des années et puis elles ne s'en portent pas plus mal et elles ont du mal à comprendre qu'il va falloir changer car à un certain âge elles sont plus à risque et qu'elles fument et ça elles ont du mal à le comprendre. Il faut être souple, prendre son temps et on peut finir par y arriver. Sauf, il y a toujours des exceptions, mais on arrive toujours à les convaincre au bout d'un moment de changer. C'est sûr que ça c'est la situation la plus compliquée, le tabac, en général elles n'ont pas très envie d'arrêter de fumer déjà et pas très envie de changer de contraception. C'est vrai que des fois on change et on se

retrouve avec des effets secondaires, puis elles vous disent « Je vous avais bien dit, cela marchait mieux avec ma pilule d'avant ». C'est vrai que ça c'est un peu compliqué.

Quand vous leur expliquez les différents moyens de contraception, vous avez l'impression qu'elles sont assez réceptives ?

C'est variable, il y a beaucoup d'idées reçues sur les autres moyens. Le stérilet, vous avez des femmes qui ne veulent absolument pas en entendre parler. Qui ont une espèce de peur par rapport à cela. Et ça ce n'est pas très rationnel, il faut expliquer et au bout d'un moment, on finit par arriver à quelque chose mais c'est souvent difficile. Il y a quand même pas mal d'idées reçues par rapport à cela. Le stérilet, l'implant, ce n'est pas très connu finalement. La contraception, c'est la pilule, et en gros le reste c'est plus difficile, je pense.

Vous posez des stérilets ?

Non, je ne les pose pas.

Et les implants ?

Les implants j'en ai posé, et maintenant, je vous avoue que...souvent des soucis en plus. J'ai eu 2, 3 épisodes d'implants...1 posé par un gynéco et après on ne le retrouvait plus. C'était un peu galère. Des implants posés qui quelques semaines après voulaient être enlevés. Parce que c'était absolument insupportable, alors ça franchement moi. Je préfère, les gynécos le font très bien. Je ne le fais pas, enfin, je ne le fais plus en tout cas. Celles à qui j'en ai posé si à échéance, cela se passe bien, qu'elles sont d'accord pour le remettre, je le remettrai peut-être. Pas initié un implant chez une femme qui n'en a jamais eu.

Plutôt à cause des effets secondaires ?

Oui, enfin, plutôt le fait que je n'expliquais peut-être pas bien les choses. Les modalités, une fois que c'était posé, que c'était quand même mieux si c'était poursuivi, on ne pouvait pas en retirer, en remettre comme cela tous les 4 matins. Peut-être qu'au départ, c'était de ma faute et que je n'avais pas suffisamment expliqué les choses. Je préfère ne plus le faire.

Est-ce que vous avez des patientes qui sont sous patch ?

Oui, j'en ai. Le patch cela ne change pas grand-chose par rapport à la contraception orale, les effets secondaires c'est pareil, à part le mode qui est peut-être un peu plus facile et encore. Mais oui j'en ai sous patch et effectivement cela se passe bien. Pas de choses particulières par rapport au patch.

Et les patientes, avec des anneaux ?

Anneaux, j'en ai, j'en ai, j'ai une patiente qui a un anneau et qui le supporte bien. Par contre j'ai pas mal de patientes qui ont essayé et qu'on pas continué en fait. C'est pareil, enfin, c'est très individuel. Moi, je le propose, j'ai quelques patientes qui ont essayé, qu'on dit que cela n'allait pas. Après quand elles sont habituées à la pilule, l'anneau c'est quand même un peu plus compliqué. J'ai une patiente qui effectivement en prend, cela fait déjà un moment et qui est assez contente de cela. Celles que j'avais qui avaient essayé souvent il y avait des irritations locales. Souvent c'est pour cela qu'elles arrêtaient. Voilà, il y a le côté, ce n'est pas non plus évident, sur le côté un peu psychologique. Enfin voilà, c'est plus compliqué. Donc, l'anneau, oui ça je le propose. Après je ne sais pas ce qu'il y a comme autres moyens que l'on n'a pas vus ?

Les méthodes locales ?

J'en fais pas la pub, je n'en parle pas à mes patientes.

J'ai quelques patientes. Mais je ne propose pas.

Les injections aussi, mais c'est moins courant ?

Les injections, je ne propose pas. C'est vrai qu'on ne le fait pas assez, je ne sais pas.

Stérilisation, contraception définitive ? En médecine générale, vous êtes confronté ?

Le cas, c'est les femmes relativement encore jeunes qui voudraient en fait, à qui on refuse la stérilisation. J'en ai quelques-unes qui avaient déjà des enfants, qui voulaient une stérilisation, à qui on a refusé. Et en fait c'est qu'elles... Je pense à une patiente en particulier, qui ne supportait pas le stérilet, qui avait des migraines importantes sous pilule et qui enfin voilà tous les moyens de contraception, nous avons presque tout passé en revue. Et elle ne supportait rien. Rien n'allait et il restait effectivement ce mode-là. Sauf qu'on lui refusait car elle était trop jeune.

Alors ça c'est quand même un problème. Et après, cette dame-là elle avait 35 ans ce qui n'est pas non plus... Et les gynécos, je l'avais envoyée voir un gynéco qui du coup avait dit non, non. Enfin voilà, après tout, enfin voilà si la femme veut, après je ne sais pas comment on peut lui refuser cela. On lui disait on ne sait jamais si elle refaisait sa vie etc.... En attendant c'était un peu compliqué pour trouver un moyen de contraception, on avait fini par finalement, le préservatif pour monsieur qui n'est quand même pas un super moyen de contraception. Il s'était quand même renseigné pour la vasectomie. Il n'était pas très chaud pour cela, c'est souvent le cas. Du coup, cette dame-là, on est encore ..., maintenant elle doit quand même reprendre la pilule malgré tout. Même si elle ne la supporte pas très très bien, faut qu'elle vieillisse.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, la prescrivez-vous en même temps que la contraception habituelle ?

Je ne la prescris pas, par contre j'en parle. Et après maintenant là-dessus, on est zappé. On n'a pas à intervenir dans l'histoire. Maintenant j'en parle que cela existe, qu'on peut l'utiliser mais je ne la prescris pas systématiquement sur l'ordonnance. Là, vous allez me demander pourquoi ? Je ne sais pas pourquoi. J'en parle et je ne la prescris pas systématiquement parce que c'est quelque chose qui est maintenant disponible sans ordonnance. Voilà. C'est vrai que je ne la prescris pas systématiquement, je ne la prescris pas non plus sur les ordonnances de contraception. J'en parle plus c'est vrai aux jeunes filles, voilà, mais en fait c'est valable pour toutes les femmes. Je suppose qu'elles connaissent moins, mais les plus âgées finalement ne connaissent peut-être pas beaucoup mieux. Mais ça après c'est des à priori. Donc voilà. Plutôt les jeunes surtout lors de la première ordonnance. Après forcément je n'en parle pas systématiquement à chaque fois. Mais sur la première contraception, la première ordonnance, j'insiste un peu là-dessus mais je ne la prescris pas. Je pourrais le faire.

Et ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, est ce que les consultations pour contraception, sont l'occasion d'en parler ?

Si, bien sûr, ben oui, cela fait partie, souvent chez les jeunes filles c'est le moment d'en parler, après on n'en parle pas non plus à toutes les consultations. Mais c'est vraiment les premières consultations, peut-être pas la première, souvent quand il y a une demande de pilule on la revoit assez rapidement, et c'est à ce moment-là que j'en parle, ça oui. Le préservatif, tout cela, j'ai des plaquettes pour essayer d'expliquer tout cela. C'est vraiment le moment où il faut essayer d'en parler car après c'est un peu plus compliqué. On ne les revoit pas forcément beaucoup non plus.

Enfin voilà, si elles reviennent pour d'autres motifs c'est toujours pas forcément évident de remettre cela sur le tapis. Donc, à ce moment-là c'est important. Ce n'est pas non plus simple. Car déjà, souvent elles viennent avec leur maman, en général elles n'aiment pas trop parler de cela. En général, elles ne fument jamais, elles n'ont pas de rapport quand elles viennent avec leur maman. Et puis, quand on les revoit un mois après on a d'autres sons de cloche. Donc, bien sûr que c'est le moment d'en parler. C'est sûr. Il faut en parler à ce moment-là.

Qu'est-ce que vous avez comme support lors des consultations pour contraception ?

Et ben, j'ai mes petits papiers de, mon petit carton d'infos de l'INPES. J'ai mon petit truc de plaquettes : j'aime bien lors montrer les plaquettes comment cela se présente. Parce que l'air de rien au départ elles ne savent pas comment cela se prend, ou elles savent de façon partielle. Donc ça d'une part. Et après, les petits formulaires de l'INPES, notamment sur les MST. Et puis ce que je donne souvent, j'ai un truc qui est bien fait sur les oublis de pilule, cela explique quoi faire selon le moment où elle a oublié. Cela évite les appels. Souvent, moi, il y avait des appels, comme ça, ça limite. Au moins elles savent à peu près quoi faire. Dans ce papier-là, je crois qu'il doit y avoir un truc sur la pilule du lendemain. Je ne la prescris pas mais je le note dans le petit formulaire là. Je vous le donne si vous voulez. Un petit paragraphe sur la contraception d'urgence. Alors cela en général, je le donne à la première prescription, maintenant après je ne leur donne pas à chaque fois. A part cela comme support, c'est déjà pas mal.

Est-ce que vous connaissez la fiche de l'INPES « La contraception comment mieux la personnaliser ? » ?

Il me semble que j'ai reçu cela. Est-ce que je la connais ? J'en ai reçu quelques une. Je dois avoir cela quelque part. Mais c'est comme tout...

Je vous en donne un exemplaire.

J'ai peut être reçu cela effectivement. Bon, c'était que des trucs que je savais déjà en fait. Donc, frottis, cholestérol, on fait. Expliquer que le préservatif est le seul outil qui protège des MST, ça je fait. La sérologie HIV systématique, je ne le fais pas systématiquement mais quand on parle d'IST, en général on parle de cela. Sinon, il n'y a rien d'autre d'extraordinaire là-dessus.

Pour la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, j'ai fait mon propre papier. Et puis la Contraception d'urgence ouais. Après c'est vrai que c'est tellement personnel que c'est compliqué, déjà les femmes ont des idées reçues et nous aussi on a des idées reçues sur les modes de contraception. Sur le mode de contraception pour chaque type de patientes, entre guillemets. Des fois elles n'ont pas envie ou elles ont des idées bien arrêtées et puis vous avez beau leur expliquer les choses. L'histoire de la pilule et du tabac c'est l'exemple typique. Il faut prendre son temps et arriver à. C'est comme pour tout, il faut voilà, qu'elles aient un peu confiance et que petit à petit on arrive à les convaincre mais c'est pas en une consult qu'on arrive à faire cela. Moi au départ, le tabac j'étais un peu sec. « A partir de maintenant si vous continuez à fumer c'est fini je ne vous prescris plus la pilule ». Du coup je ne pense pas que ce soit la bonne manière de faire parce qu'au final. A la limite elles ne viennent plus vous voir et elle fait autrement et elle trouve quelqu'un d'autre qui va lui prescrire. Il faut mettre un peu d'eau dans son vin et arriver à convaincre, cela prend du temps en fait. La convaincre d'arrêter de fumer déjà, et sinon éventuellement la convaincre de changer. En une consultation, on n'y arrive pas.

Vous avez souvent des consultations à motifs multiples, dont la contraception ?

C'est : « Ben en fait est ce que vous pouvez me renouveler la pilule ». C'est très très très souvent. J'essaie quand même d'éviter ça : la prescription de pilule sur un coin de table en fin de consultation. Malgré tout je le fais quand même. Le temps fait qu'on est pris et je le fais quand même. Dans ce cas j'essaie de mettre la pilule pour un temps mini. En lui disant bien que la prochaine fois il faudra vérifier qu'il y a un cholestérol et un frottis pas trop ancien. Mais bon voilà, c'est très fréquent que cela se passe comme cela. Moi, j'essaie de leur dire que c'est pas anodin, que cela ne se prescrit pas comme cela. Elles viennent pour le gamin qui a de la fièvre, c'est au milieu de plein d'autres trucs, le certificat du petit dernier pour le foot, le... voilà. Ça c'est très difficile. Elles ont du mal à comprendre qu'il faut un minimum d'examen. Elles vous disent : « Je n'ai pas de rendez-vous gynéco avant 6 mois, un an ». On essaie de faire comme on peut dans ces cas-là. Je ne sais pas comment font les autres.

Il y a toujours celles qui vous demanderont lors d'une autre consultation, enfin voilà. Il y a des papiers de l'ADDOC pour le frottis et c'est bien cela montre que ça fait partie du suivi. Et que voilà, la pilule ne se prescrit pas sur un coin de table rapidement, il y a tout un truc. Il y en a toujours qui ne comprennent pas cela et qui de toute façon vous demanderont toujours la pilule à la fin de la consult la main sur la porte. Malheureusement on ne peut pas faire grand-chose contre. Bon, il vaut mieux leur faire quand même l'ordonnance. Au départ j'étais assez carré, du coup c'est plus compliqué que cela. En général, vous ne les revoyez pas. Il faut y aller petit à petit en rabâchant.

Fin d'entretien :

Dans les choses que l'on reçoit il faut faire un tri. Mais l'INPES c'est intéressant, c'est souvent bien fait.

Entretien n°6 : Homme, 56 ans, semi rural, année de thèse 1986, maître de stage, cabinet de 5 médecins.

Semi-rural, 7000 habitants.

Combien de consultations pour contraception pratiquez-vous par semaine ou par jour comme vous préférez ?

2 à 3 par jour, soit 15 par semaine. (Après calcul sur l'ordinateur). 20 par mois.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Oui. Parce que le gynéco ne pouvait pas la recevoir. C'est souvent le cas. Renouvellement de pilule avec perte vaginale. Elle a fait d'une pierre deux coups en fait.

Comment vous menez l'entretien ?

Dans la mesure où le gynéco la reçoit tous les 6 mois ou tous les ans. Elles ne viennent pas pour un examen gynéco systématique. Là, il y a eu un examen gynéco car il y a eu des pertes. Quand il n'y a pas de problème, ce n'est pas bien ce que je fais. Je fais le renouvellement. Je crois en fait qu'il y a tout un historique par rapport à ce qu'il se faisait. Comment j'ai commencé et comment les choses ont évolué, en fait. Le médecin à qui j'ai succédé ne faisait pas de gynéco. Je me souviens d'une consultation d'une jeune fille pendant que j'étais en période de pré reprise de clientèle. Où c'était catastrophique (avec le médecin en place), il patageait

complètement, cela se sentait. En fait quand j'ai attaqué, peu de clientèle de jeunes filles venaient pour contraception puis ça a continué comme cela.

Comment vous explorez la tolérance du moyen de contraception ?

J'ai un questionnaire à la Prévert, au niveau des jambes, douleurs pelviennes, pertes. Saignements, douleur au niveau de la poitrine, tolérance globale, des maux de têtes, des vomissements et je termine par les oublis de pilule et je termine par la promotion de la contraception d'urgence si besoin. Chez les jeunes filles, les premières prescriptions de pilule sont beaucoup plus long bien sûr, c'est clair. On part un peu dans toutes les directions. Préservatif en cas de rapport je ne dirais pas avec un inconnu mais... Je parle de la contraception d'urgence chez les jeunes, surtout.

Vous la prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Je devrais prescrire, c'est ce qui se dit ? Non pas forcément, ce n'est pas dans les recommandations. Je ne le fais pas. Très rarement.

Chez les jeunes il y a systématiquement un toucher quand elles viennent pour la première fois ou autre pour vérifier qu'il n'y a pas une grossesse en cours. Cela m'est arrivé plusieurs fois. De prescrire une contraception à une jeune fille où une grossesse était en cours ?

On se fait tous piéger un jour.

Qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de moyen de contraception ?

L'intolérance, les oublis répétés.

Les oublis c'est plus souvent chez les jeunes filles ?

Non, pas particulièrement, il y a des vieilles adultes complètement irresponsables.

Dans ces cas-là, vous avez l'impression de pouvoir leur proposer un panel assez important de moyen de contraception et qu'elles sont à l'écoute ou vous avez du mal à les faire changer ?

C'est pas évident. (Rire)

Y a-t-il des situations qui vous posent problème ? Les jeunes par exemple, les femmes de plus de 35 ans fumeuses ?

Oui, cela pose problème. Elles sont attachées à leur pilule, elles ne comprennent pas.

Quand vous leur proposez d'autres moyens de contraception ?

Elles sont dans le refus. Elles terminent chez le gynécologue en principe. On est un peu démuni.

Quelles questions vous posez afin de mieux adapter la contraception à la femme ?

Bilan biologique, tabac, antécédents de phlébite. Tolérance antérieure des moyens de contraception.

Quand il y a changement du moyen de contraception, c'est souvent vous qui avez proposé ou c'est la femme qui est venue avec la demande ?

Moitié, moitié. Vous, plutôt dans les cas de contre-indications ou d'oublis ?

Et elles parce qu'elles en ont ras le bol de prendre la pilule. Et que la copine ou la voisine, ça marche mieux.

Ces consultations pour contraception, c'est souvent des consultations dédiées ou c'est dans le cadre de consultations pour motifs multiples ?

Il y a 3 types : Il y a la consultation téléphonique : il me faudrait un renouvellement de pilule, elles n'ont jamais le temps de venir, donc heu. Soit 1 mois soit 3 mois, en fonction du dossier. Celles que je n'ai pas vues ou presque ce sera 1 mois.

Cela vous arrive régulièrement, les demandes des femmes que vous ne suivez pas ?

Oui, même j'ignore le nom de leur pilule. Parce que je ne l'ai pas dans le dossier. C'est que le gynéco ne peut pas les recevoir avant 2 ou 3 mois. Si il n'y a pas de prise de sang, elles viennent, elles sont forcées.

Est-ce que vous avez des patientes qui sont sous patch ?

Sous patch, à ma connaissance, non.

C'est quelque chose que vous proposez ?

Non.

Et les anneaux ?

J'en ai une, je ne me souviens plus qui c'est. Je renouvelle.

Et les implants ? Vous les posez ? Vous en parlez ?

Non, je ne les pose pas. Je leur en parle. Elles le font poser par leur gynéco.

Vos patientes sous implants sont satisfaites ? Cela ne pose pas de problème ?

Il y a les deux. Il y a des ratés, des règles trop fréquentes. Des intolérances dans le bras.

Et les stérilets, est ce quelque chose que vous proposez régulièrement ?

Que je propose régulièrement non, mais je le propose.

Dans quelles situations ?

Quand la pilule est mal tolérée.

Non, je ne les pose pas.

Les IST, nous en avons un peu parlé tout à l'heure, en dehors de la première consultation pour contraception où vous m'avez dit que vous en parliez, les consultations pour contraception sont-elles l'occasion de parler des infections sexuellement transmissibles ?

Chez les jeunes, systématiquement on leur en parle. Arrivé à un certain âge cela dépend un petit peu de qui j'ai en face de moi, au fil des années, on commence à connaître sa clientèle.

C'est loin d'être systématique.

Avez-vous des supports lors des consultations pour contraception ?

J'ai tout un système de supports que j'ai confié à la prof de sciences et vie de la terre de mon fils. Je les utilisais.

J'ai fait beaucoup de promotion au collège à VIERZON, par l'intermédiaire de cette prof, qui profite du matériel. Ces collègues étaient un peu jalouses. Il y avait tout.

Quels sont ces supports ?

C'est un anneau, un implant, différentes pilules, des courbes modèles, un stérilet dans du plastique.

Pour les patientes, y a-t-il des fiches que vous leur remettez ?

La première fois, oui régulièrement. J'ai cela : La pilule au quotidien par exemple. C'est des choses que j'essaie de distribuer.

C'est un support pour continuer la consultation. A tête reposée, qu'elles le lisent.

Connaissez-vous la fiche de l'INPES : « La contraception : comment mieux la personnaliser ? »?

Oui, je l'ai vu cela. Je l'ai lue puis je l'ai jetée.

Je vous la laisse si vous voulez ?

Non.

Le préservatif, est ce quelque chose que vous proposez comme moyen de contraception ?

J'en parle, j'en parle.

Dans quelles situations ?

Les deux, protection contre les infections sexuellement transmissibles et comme moyen de contraception.

Entretien n°7 : Homme, 50 ans, urbain, année de thèse 1990, maître de stage, cabinet 6 médecins.

Combien de consultations pour contraception faites-vous par semaine ou par jour, si c'est plus facile pour vous ?

Aucune idée, je ne sais pas. Deux par semaine peut être. Là, j'ai aucune idée. Oui, c'est difficile ça.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Oui, oui, qu'est-ce que tu veux que je dise, là ?

Comment s'est passé la consultation, pourquoi la dame venez, comment vous avez mené l'entretien ?

Je m'en souviens, c'était une jeune fille qui venait pour un renouvellement, mais après c'était un début de contraception. En fait, je lui avais donné 3 mois. Donc elle revenait, je voulais savoir si tout s'était bien passé, si elle n'avait pas de trouble au niveau mammaire ou de saignement si elle n'avait pas pris de poids. Je lui avais fait faire une prise de sang. Je me souviens cela s'était bien passé. Enfin, la contraception lui convenait, son bilan était normal. Je crois qu'il n'y avait pas d'autres soucis. Donc, j'ai renouvelé.

Dans les renouvellements de contraception, vous menez comment l'entretien ?

Là, je vois la tolérance de la pilule, vous posez d'autres questions ?

Ben, oui je demande toujours, tolérance au niveau mammaire, les règles, la durée des règles, si il y a des spotting. Si il y a des règles douloureuses, dysménorrhée. Je vérifie toujours si on fait, si

le bilan a été fait. Donc à la fois le bilan sanguin et le frottis. Je fais toujours un examen clinique, tension etc..., je vérifie toujours le poids. Eventuellement, je demande éventuellement si il y a des problèmes autres, acné etc... Si il y a eu des événements, moi, je fais tous les 6 mois. Donc, s'il y a eu des événements dans cette période si je ne les ai pas revues. Événements, genre : infection urinaire, infection gynécologique. C'est à peu près tout ce que je fais. Pour moi, c'est une consultation à part entière.

Cela vous arrive souvent que des patientes viennent pour des motifs multiples et vous disent il me faudrait aussi ma contraception ?

Oui tout à fait.

Dans ces cas-là, vous faites comprendre que vous voulez séparer les motifs ?

Ca dépend, si c'est en début de consultation, je l'intègre. Si elle vient en me disant, je tousse, j'ai mal à la gorge et en plus il faudra renouveler ma pilule. J'intègre dans le questionnaire l'examen etc... En fin de consultation, deux choses l'une. Soit c'est quelqu'un que je connais, puis j'ai un petit peu de temps. Comme de toute façon, j'examine systématiquement les patients, l'examen ça va. Donc, je repose des questions etc... Soit c'est quelqu'un qui n'a pas un bon suivi. Qui n'est pas à jour dans son frottis, dans sa prise de sang. Dans ce cas-là je lui dis de revenir. Par exemple si je dois lui faire un frottis. Si c'est en début de consultation, je le fait dans la consultation, si c'est en fin de consultation que j'ai pas le temps, je leur dis de revenir. Et puis on en rediscute. Je fais le frottis etc... Dans ce cas je les dépanne d'une boîte. Voilà.

C'est souvent que les patientes sont en demande de plusieurs choses ou elles ne viennent que pour cela ?

C'est assez souvent mais en médecine générale, les gens viennent souvent pour plusieurs choses. Je crois que c'est 3 motifs.

Qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception ?

Pour en revenir à la question précédente. Je dirai que les femmes viennent quand c'est que pour la contraception, quand elles savent qu'il y a un frottis à faire, une prise de sang. Souvent, si c'est juste comme cela. Soit elles viennent que pour cela, soit elles intègrent d'autres motifs.

Changement de contraception ? C'est moi qui propose, c'est pas la patiente?

D'abord vous ? Qu'est ce qui peut vous amener à proposer sans que la patiente ne vous en ai parlé ?

Ben alors, des symptômes, ça peut être des spotting, des tensions mammaires, une mauvaise tolérance digestive. Si on parle de pilule. Qu'est-ce qu'il y a d'autre, une prise de poids, un bilan sanguin qui est pas bon. C'est à peu près tout. Sinon dans les autres moyens de contraception. Le stérilet, si vraiment les femmes ont des saignements, on a tendance à l'enlever. Heu, les anneaux en général c'est assez bien supporté. Les implants c'est pareil, on peut l'enlever quand localement cela gêne. Elle le supporte puis au bout d'un moment cela devient gênant, on ne sait pas pourquoi. Je ne vois pas d'autre... les contre-indications : l'hypertension etc...

Et les cas où c'est les patientes qui souhaitent un changement ? C'est plus souvent elle ou vous qui proposez ?

C'est plus souvent la patiente. Donc en fait il y a deux cas de figure. Quand on démarre une contraception en accord avec la patiente très rapidement cela va se régler. On va trouver un équilibre. Après c'est la patiente. Soit la patiente supporte bien sa contraception et alors ça roule. Ou alors elle vient en disant je saigne entre mes règles, j'ai trop de règles, j'ai pas assez de règles, j'ai pris trop de poids, j'ai mal aux seins. Donc on revient sur les choses de la question précédente. Mais je dirais que c'est la patiente qui vient pour cela. Ou changement de contraception, de mode de contraception. Il y a des femmes qui disent j'oublie trop souvent ma contraception, il me faudrait autre chose. Je supporte pas mon stérilet, je ne supporte pas l'implant. Voilà, ça c'est... Pour moi c'est plus souvent la patiente qui vient et qui demande un changement de contraception ou un changement de pilule, donc selon les symptômes. Ou alors des fois des critères économique aussi. Il y a quand même pas mal de femmes, qui demandent des... enfin à VIERZON en tout cas qui demandent des pilules remboursées. Moi, spontanément, j'ai tendance à mettre des nouvelles générations qui ne sont pas remboursées. Et c'est vrai on a beau essayer d'argumenter, il y en a beaucoup qui disent moi je ne peux pas sinon.

Vous trouvez que c'est une des situations difficiles, la demande de moyen de contraception remboursé ?

Oui, ben difficile non. Il faut essayer d'argumenter. Les arguments économiques sont ce qu'ils sont.

Est-ce qu'il y a d'autres situations difficiles dans le changement de contraception. Des situations où vous souhaiteriez proposer autre chose mais la patiente n'est pas d'accord ?

Des situations compliquées dans la contraception...

Par exemple, ce qui revient souvent c'est les femmes de plus de 35 ans fumeuses sous pilule. Est-ce une situation qui vous pose problème ?

Ben oui, je ne pensais pas à cela. Mais oui, c'est compliqué mais c'est comme quand on prescrit un traitement, un bilan. A la fin, c'est quand même le patient qui décide. Exactement comme la contraception remboursée ou pas. C'est le patient qui dit celle-là je la prendrais ou pas. C'est pas vrai que pour la contraception. C'est comme quand on dit aux gens cardiaques de ne pas fumer, de perdre du poids. Je pense que là c'est une question qui touche toute la médecine.

Et la contraception d'urgence est ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Non, pas en même temps. Quand je prescris une contraception orale, je dis bien orale. J'explique comment la prendre, quand, ce qu'il faut faire si on a oublié la pilule. J'explique en détails. Je fais même des petits schémas avec un cycle de 28 jours. Je ne prescris pas de contraception d'urgence en même temps, je dis ce qu'il faut faire si on oublie sa pilule, voilà. Contraception d'urgence, j'en ai très rarement prescrit parce que j'ai l'impression que les jeunes femmes vont plutôt au planning ou en gynéco quand c'est comme cela. Cela m'est arrivé une fois ou deux.

Vous avez l'impression de ne pas être très souvent confronté à la contraception d'urgence ?

Non.

Et les infections sexuellement transmissibles, les consultations pour contraception sont-elles l'occasion de parler des IST ?

Bien sûr, j'ai toujours une phrase. Je leur dit que la pilule ou le reste, là j'ai l'impression que c'est un peu orienté pilule. La pilule protège des bébés mais pas du reste. Je dis toujours cela. Ça vaut ce que ça vaut mais au moins le message est clair. Je leur dis toujours de continuer à mettre des préservatifs tant qu'elles n'ont pas un petit copain attiré et que chacun n'a pas éventuellement fait une sérologie. Voilà, et que s'il y a des rencontres extra conjugales il faut absolument se protéger. Ça oui.

Qu'avez-vous comme supports lors des consultations pour contraception ? Pour vous ou pour elles ?

J'ai voilà...j'ai j'ai...c'est bien de revenir de vacances mais je ne sais pas où on me les a mis. Oui, je montre les pilules, je montre le stérilet. J'ai mon petit porte clé avec tout. Je cherche. Je ne sais pas ce qu'elles m'en ont fait. Mon petit stérilet. Oui, oui, cela j'explique. J'ai aussi un support papier pour les cycles.

Vous en donnez lors des consultations ?

Oui, j'ai des petits livres que je donne à la patiente sur...voilà c'est que sur la pilule, la contraception orale. Que faire si je vomis, que faire si je saigne, que faire si je l'oublie, etc...Ce qu'on retrouve dans la boîte. Je leur explique et je leur en donne quand j'en ai.

Est-ce que vous connaissez la fiche de l'INPES : « La contraception : comment mieux la personnaliser ? » ?

Non, cela ne me dit rien. On l'a reçue tous ? Cela ne me dit rien du tout. Ben non, je ne la connais pas, je ne l'ai même pas vue. Je la garde ?

Les patchs ? Est-ce quelque chose que vous proposez aux patientes ?

Oui, je propose.

Dans quels cas ?

Dans quels cas ! Ben soit, comment dire. Souvent les femmes arrivent avec une idée de ce qu'elles veulent prendre, bon alors c'est souvent encore la contraception orale. Donc hein, si elles sont motivées, je n'insiste pas trop sinon, je leur dit vous pouvez faire ça ou ça. Je leur expose les autres moyens. Soit, il y a un peu le phénomène de mode. Soit elles ont vu des revues des choses comme cela et c'est elles qui nous en parlent. Les patchs c'est comme les autres moyens de contraception moi je les propose quand il y a des oublis de pilule, une mauvaise tolérance enfin voilà.

Et donc, pour les anneaux c'est un peu pareil ?

Oui c'est pareil.

Et les implants est ce quelque chose que vous posez ?

Oui.

C'est bien toléré par vos patientes ?

Oui, ça va. Je dirais que ce qui revient comme effet secondaire c'est l'aménorrhée. Ce n'est pas trop mal toléré, c'est même bien toléré. Le seul souci c'est pour les retirer.

Les stérilets, est ce quelque chose que vous posez au cabinet ?

Oui aussi, assez rarement. Mais heu, oui j'en pose chez les patientes que je connais.

Chez qui vous proposez, puis vous les posez ?

Oui, qu'on propose et il y a les habituées qui ont le stérilet et à chaque renouvellement on change le stérilet.

Avez-vous été confronté à la contraception définitive chez certaines femmes ?

Oui cela m'est arrivé.

Cela n'a pas posé problème ? C'est elles qui sont en demande ?

C'est elles en général qui sont en demande et qui cherchent un peu comment faire. Dans ce cas-là je les oriente chez, vers le gynéco.

Il n'y a pas de situation particulière où cela a posé problème ?

Non, pas dans mon souvenir.

Entretien n°8 : Homme de 66 ans, urbain, année de thèse 1974, pas maître de stage, cabinet de 6 médecins.

Combien de consultations pour contraception faites-vous par semaine, ou par jour comme vous préférez ?

Deux ou trois, ma patientèle vieillit, elle est comme moi. J'en fais toujours mais à petite dose, par semaine deux ou trois, pas beaucoup.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Sur le suivi, les examens complémentaires ? Quand elles viennent que pour cela. Moi, j'ai fait beaucoup de gynéco, accompagnée de colposcopie, de dépistage, de frottis, donc heu, j'ai l'équipement que vous connaissez donc, derrière. Le colposcope, les frottis ciblés et ça depuis toujours, depuis ma formation. Mon examen, en général c'est des renouvellements. Il y a des jeunes femmes qui veulent un type de contraception. Donc en général, je demande ce qu'elles font, leurs habitudes tabagiques et puis tout cela. J'envisage une contraception adaptée qui va du stérilet, car je pose également les stérilets. Des méthodes locales voir la contraception. La gynéco j'en ai beaucoup fait. J'en fais moins maintenant car en vieillissant la patientèle vieillit parallèlement. Maintenant, je vois les jeunes filles des parents que j'ai suivis. Voilà comment cela se passe. Donc, en matière de contraception, je regarde un peu où elles en sont, surtout au niveau tabagique, c'est un peu malheureux dans toutes ces jeunes femmes. Il faut convaincre de diminuer voir d'adapter la contraception à leur habitudes. J'ai mis beaucoup de stérilets, moins maintenant mais peut-être qu'on y reviendra en fonction de la demande. J'en ai beaucoup mis des stérilets. Voilà par rapport à cela. Donc les frottis classique pas avant 20 ans puis on les espace, avant on les faisait plus rapprochés maintenant on les fait tous les 3 ans surtout entre 20 et 40. Les bilans biologiques que je fais en fonction des antécédents familiaux, au niveau lipidique et puis diabétique. C'est pareil je les espace. On en fait un de contrôle puis on les espace si cela ne bouge pas. Voilà. Je pense que la problématique actuelle c'est le tabac. Pour moi, c'est une préoccupation. En donnant des micro-pilules. Car si ce n'est pas vous qui la donnez, se sera quelqu'un d'autre. Par un lien détourné, par une copine ou elles iront dans un centre de planning familial et elles l'auront, tabac ou pas. Il faut

jouer de la prévention, donner des minis dosages j'essaie de leur proposer une autre formule. Voilà la complexité de la situation.

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

Alors, c'est la tolérance. Poids, tension, on leur demande s'il y a des modifications. Je ne demande pas trop la question indiscreète de la diminution de la libido, s'il y a, elles me le diront. Mais mon bilan biologique je le fais à 6 mois, 1 an et si tout se passe bien je ne le refais pas. Je crois qu'on espère de plus en plus.

Qu'est-ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception à la patiente ?

Les intolérances éventuellement ou les intolérances ou les mastodynies. Il y a des problèmes de dosage. Les métrorragies éventuelles. Eventuellement les douleurs mammaires, là on est dans un problème de dosage et on peut changer. L'autre problématique c'est l'oubli. Soit on a un problème de dosage et là il faut changer de pilule pour un problème de dosage. Ou on est sur un problème d'observance et il faut essayer de trouver autre chose. Il n'y en a pas 36, c'est ou le stérilet ou l'implant. Moi, je suis plus pour le stérilet parce que mes amis gynécos ne m'ont pas incité à mettre des implants, ils n'étaient pas d'accord. Tous ceux à qui j'ai demandé n'étaient pas d'accord surtout les effets hormonaux que cela peut donner. On fait ça chez des gens intellectuellement limités, l'implant cela aide. Parce que, après, j'ai tout vu dans mon expérience de médecin. La chose la plus spectaculaire c'était dans mes années d'installation donc en 75, en remplaçant, où j'ai vu un cas où la personne sous contraception était venue me voir et était manifestement enceinte. Je dis : « Comment vous prenez la pilule ? » Elle me dit : « La pilule on la partage, moi je prends un jour, mon mari prend l'autre, alternativement ». Voilà, résultat : état de grossesse. On a tout vu. Ça a évolué les gens sont plus évolués, c'était en 75, il y a 35 ans. Voilà.

Le patch ou l'anneau est-ce quelque chose que vous proposez ?

Oui, je le propose, problème financier. Sinon cela marche. Jeune fille, l'anneau, ça marche. Et heu, c'est le problème financier qui peut freiner l'utilisation. C'est quand même un certain prix. J'ai des gens en tête. Elles préfèrent l'anneau à choisir.

Est-ce qu'il y a des situations compliquées ? Nous avons déjà parlé de pilule et tabac.

La méthode : prendre la pilule et ne pas l'oublier, c'est cela la difficulté. Avez-vous déjà pris un traitement et sans jamais l'oublier, problématique, problématique. Comme tout le monde. Les filles un peu distraites. Un jour sur deux et comme on est dans les minis dosages...Problème : l'observance, sinon c'est passé dans les mœurs.

Sinon, en ce qui concerne la contraception d'urgence, est-ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Alors cela je ne le fais pas. Je pense que là nous, nous sommes fait dépasser par les pharmaciens. Je n'ai jamais été confronté depuis un bout de temps par la contraception d'urgence. Je ne fais plus beaucoup d'urgence. Je pense que ça doit passer par les urgences ou les gens plus disponibles qui en effet peuvent régler ce problème. Mais en effet, c'est parfaitement efficace. Il ne faut pas que la contraception d'urgence devienne une habitude. Qu'on fasse 3 fois la contraception d'urgence. Si cela arrivait avec les gens du voyage qui cumulent, qui viennent faire une contraception d'urgence et un test de grossesse tous les mois. Mon attitude est tout à fait positive par rapport à cela. Sauf que ce n'est pas moi qui est confronté.

C'est quelque chose auquel vous n'êtes pas confronté en général, elles passent par la pharmacie ?
La pharmacie, les urgences...

La consultation pour contraception est-elle l'occasion pour vous de parler des IST ?

Un petit peu, et des vaccinations. Vous voyez c'est un peu différent mais j'en profite. Car il y a quand même le GARDASIL et l'équivalent le CERVARIX. Et comme cette contraception peut maintenant démarrer à 14 ans, on est en plein dedans. Cela peut être utile. Alors plutôt que le préservatif car maintenant tout le monde est parfaitement au courant. L'utilité du préservatif est assez reconnue et utilisée. Elles savent bien pourquoi. On leur a bien dit qu'il fallait trois mois et de faire le test. Si elles le font comme on le lit dans les livres et à la faculté, ça c'est moins sûr. Donc voilà, on évoque. Bon maintenant, elles se protègent sûrement mieux. Cela a tellement été rabâché. Je pense que le message est passé. J'espère.

Qu'avez-vous comme support lors des consultations pour les patientes, pour vous ?

Pas grand-chose, pas grand-chose. Parfois je trouve quelque chose, une démonstration de stérilet et tout cela. Démonstration de préservatifs. On avait des organismes péniens. J'en ai un là. C'était pour les piqûres mais cela aurait pu servir pour... on leur fait confiance. Je pense que là-dessus elles sont averties.

Vous n'avez pas de support à donner aux patientes ?

Si, si, j'avais toujours des petits trucs à utiliser si vous avez oublié une pilule. Quelques informations de premiers recours si il y avait un problème, j'ai un support écrit.

Connaissez-vous la fiche de l'INPES : « la contraception : Comment mieux la personnaliser ? » ?

Non, je n'ai pas cela. Oui, non je n'ai pas cela. Alors peut être que je l'ai vu passer. Oui, cela on le fait. C'est des rappels. Ça fait partie des...C'est bon. Cela va me rafraîchir la mémoire. Cela correspond à ce qu'on fait.

On a parlé des propositions de changements de contraception de votre part mais de la part des patientes c'est fréquent ?

Oui, mais sans trop savoir pourquoi. « Je ne la supporte pas, je voudrais en essayer une autre. » Sans trop savoir, alors j'essaie de savoir ce qu'elle leur reproche pourquoi. Parce qu'on part tout de suite sur une contraception par pilule. Il y a quand même des gens qui restent malheureusement à cause des remboursements sécu sur du TRINORDIOL et...

J'ai un truc qui est pas mal c'est tous les dosages hormonaux, de toutes les pilules. Cela me donne une référence œstrogène, progestatif et c'est parfait en fonction des inconvénients qu'elles peuvent avoir, comment les compenser et tout ça. J'ai les équivalents génériques de ce qui n'est pas remboursé. C'est pas mal, c'est un vieux truc, c'est parfaitement visuel. J'ai rajouté les génériques. Je la garde précieusement. J'ai rajouté les dernières là, et c'était génial. Là, on voit tout de suite : vous avez des tensions mammaires, vous êtes à 75 on va mettre la même chose à 150, et puis cela marche. On voit en effet qu'il y a des pilules, c'est ahurissant les dosages. Mais c'était comme cela. C'est bien pratique.

Et la stérilisation, la contraception définitive, vous êtes confronté ?

Oui, moi, justement j'ai une génération de patients qui. ...Des hommes qui demandent des vasectomies. D'un commun accord selon les termes de la loi chirurgicale. Un monsieur, marié divorcé 3 enfants du premier mariage, trois enfants du troisième. 55 ans. Normal, mais très cortiqué. Voilà

pour les femmes on me demande mais on essaie de repousser l'échéance. Radicale définitive. On a toujours le syndrome de Bonne. L'accident qui avait fait 30 gamins tués sur l'autoroute. Ces familles qui avaient perdu leurs 3 enfants qui partaient à la montagne et qui devaient se reconstruire. Elle devait avoir l'intégrité de leurs organes reproductifs pour reconstruire.

Entretien n°9 : Homme, 55 ans, année de thèse 1985, urbain, maître de stage, cabinet à 2 médecins.

Combien de consultations pour contraception ou renouvellement de contraception faites- vous par jour ou par semaine ?

C'est très difficile à évaluer, premièrement parce qu'il faut, les consultations dédiées de contraception sont relativement rares, c'est généralement plutôt du renouvellement de contraception qui nous fâche c'est-à-dire en fin de consultation, « Oh docteur, en plus vous me renouvelleriez la pilule car elles ont emmené le petit en consultation. La plupart du temps on se fâche avec ça, on essaie de faire revenir mais c'est quand même compliqué. C'est difficile de dire mais environ 10 par semaine, c'est à peu près cela.

Pouvez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

Celle qui me marque le plus comme cela je n'ai pas de souvenir très précis. Cela devait être un renouvellement de contraception. En dédiée cela devait être une contraception pour une patiente de mon associé. Honnêtement, je n'en ai pas un grand souvenir. J'ai vérifié que les biologies avaient été faites à date prévue. Question : s'il y avait des problèmes particuliers. Je lui ai pris sa tension. Parler un petit peu, j'essaie de le faire à chaque fois de parler un petit peu des autres modes de protection. C'est à peu près comme cela, il faut dire que les patientes ne viennent pas spécialement en prenant un rendez-vous pour renouvellement de contraception. Ils viennent souvent en consultation libre comme cela.

Vous me parliez de l'information sur les IST. Est-ce quelque chose que vous introduisez à chaque fois lors des consultations pour contraception ?

Tout le temps, sauf quand je n'ai pas le temps, à la fin de la consultation, quand l'ordonnance est déjà pré-imprimée. Et qu'ils disent vous me rajouterai le MINIDRIL docteur. Là, je n'ai vraiment pas le temps. J'essaie d'en parler, c'est vraiment presque le maître mot de mon discours quand je débute, tout le temps. Même chez les plus âgées. Chez les sujets de 50, 60 ans, mais on n'est plus dans la contraception. On se retrouve avec des comportements à haut risque.

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

Je leur demande comment cela se passe, si elles ont des tensions mammaires, comment se passe les règles, est ce qu'il y a autre chose. J'essaie de ne pas trop orienter sur la prise de poids. Je n'aime pas trop démarrer là-dessus sachant que c'est toujours à haut risque, de parler de poids et de contraception, je les laisse aborder le sujet si elles le désirent.

Qu'est-ce qui peut vous amener à proposer un changement de moyen de contraception ?

Quand il y a une plainte particulière, problème d'acné, de saignement, globalement c'est à peu près cela. Cela dépend des plaintes. Si elle me dit que tout va bien, ce n'est pas la peine d'aller voir. Sauf si au point de vu biologique, il y a quelque chose qui se modifie. Il y a le tabac aussi, on est sur quelque chose où on peut discuter. A discuter au coup par coup.

C'est souvent elles qui viennent avec une idée de changement de contraception ?

C'est rarement moi, c'est rarement moi, qui suis amené à suggérer autre chose. Je pars d'emblée sur une contraception, simple, prouvée et remboursée. Je leur propose aussi des changements de contraception quand elles viennent avec une contraception prescrite par quelqu'un d'autre qui est chère et non remboursée. On passe sur une contraception classique.

Est-ce qu'il y a des situations compliquées dans les changements de contraception ? Vous me parlez des fumeuses par exemple tout à l'heure. Est-ce difficile de leur proposer un changement de contraception ?

De toute façon les femmes qui fument c'est difficile de leur proposer quelque chose de cohérent par rapport à la contraception. Car à 36 ans, chez les fumeuses, on arrête, cela s'est dit depuis le début. Je ne me pose pas trop de questions par rapport à cela. On a l'exemple d'une infirmière où mon associé était interne, qui à 27 ans a fait un AVC massif sous contraception et tabac. Je ressors souvent cet exemple là pour dire que c'est un produit, c'est dangereux, on ne peut pas continuer à fumer et prendre une contraception. Les situations difficiles à gérer, oui il y en a : des spottings importants, des saignements. Il faut dire je ne suis pas un grand connaisseur de la contraception, je me réfère beaucoup à un livre de Martin Winckler qui est dans mon bureau et je vais régulièrement voir. Il y a beaucoup de solutions dans ce livre, je découvre. J'étais allé à la formation MG form sur la contraception il y a quelques années, sur la gynécologie de la jeune femme. Il y avait Pierre Badin, Martin Winckler (Marc Zafran). Il dirigeait le centre d'orthogénie du Mans, c'est un type absolument remarquable qui a écrit un super bouquin sur la contraception et bourré de petits trucs que je ne connaissais pas. Par exemple, j'ai appris le système tri-cycle. Je ne pensais pas que l'on pouvait l'utiliser comme cela. Par exemple une jeune fille qui a des céphalées cataméniales et qui est embêtée, la solution c'est le système tri-cycle, on fait trois cycle sans s'arrêter et cela diminue d'autant le nombre de céphalées. C'est des systèmes que je ne connaissais pas et le bouquin me sert beaucoup. Dans tout un tas de situation j'essaie d'utiliser cela. J'en parle avec les internes si elles ont des solutions. Je n'ai pas toujours une solution miraculeuse car je ne suis pas passionné par toutes ces pilules avec les petits bouts de changements hormonaux etc...Je ne suis pas passionné du tout par les pilules non remboursées avec des molécules nouvelles. J'ai du mal à voir les avantages.

Vous avez d'autre support lors des consultations ou pour vous aider lors des consultations ?

Oui, j'ai Prescrire sur mon bureau.

Et pour les patientes, vous avez des supports à leur distribuer ?

Aucun. Par principe, je ne donne pas de support. Je leur explique que quand il y a la moindre question elles peuvent appeler. Je leur dis ce qu'on m'a appris sur la façon de gérer les vomissements, gérer les oublis, gérer les différentes situations. Je leur dis de m'appeler. On a un mal fou avec mon associé à donner des supports. J'ai l'impression que c'est pas forcément quelque chose qui va être lu, ce n'est pas forcément quelque chose qui va être utilisé après. Et je ne veux pas que cela me dispense moi de faire passer les messages que j'ai à faire passer. Alors je n'aime pas trop le support par principe, mais quelle que soit la pathologie.

La contraception d'urgence est-ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Oui, mais très peu. Cela m'arrive une fois par an car on a très peu de consultations pour cela. Vraiment très très peu. La plupart du temps j'ai l'impression que les jeunes femmes le savent.

Connaissent la contraception d'urgence. Je crois que c'est passé à peu près dans les mœurs. Moi, je leur en parle lors de la première contraception. Puis également de temps en temps dans les consultations des adolescentes. J'en prescris peu.

La plupart du temps cela ne passe pas par vous ?

Oui, cela passe directement soit par le planning, soit par les pharmacies directement. On a peu accès à cela.

Est-ce que vous posez des stérilets au cabinet ?

Non, je ne pose pas de stérilet au cabinet. Je n'ai pas pu apprendre. Nos formations en gynéco obstétrique, cela a été aucun stage interne. A la Pitié Salpêtrière, il y avait un service de gynéco obstétrique, stage de 6 mois et 2 externes pour une formation de 120 élèves. Puis, on ne pouvait pas aller comme interne dans les services de gynécologie. Donc on était coincé. Les seules formations c'était sur le terrain. J'étais allé faire un peu de gynéco quand je pouvais aller dans un service. Alors vraiment, aller poser des stérilets. J'ai fait la formation MG form mais je ne me sentais pas assez à l'aise pour aller le faire. Je n'ai pas envie en plus, de me mettre en plus, tout le système qu'il faut, parce qu'on doit avoir de l'oxygène. Je pense qu'il faut en avoir fait suffisamment pour pouvoir le faire sans problème. Pour l'instant (rire).

Est-ce que vous avez des patientes sous implants ?

Très peu, moi, je n'en pose pas. Là aussi, c'est un peu différent. J'avais fait la formation, nous avons eu 2 jours de formation. On avait poussé des aiguilles. Sachant qu'on doit le retirer, j'ai pas envie de faire de la boucherie. J'ai du mal à avoir une idée claire sur l'implant, le niveau de tolérance. J'ai du mal à le conseiller. Autant le stérilet je suis très favorable au stérilet. Autant l'implant cela me pose problème. Mais j'en ai des patientes sous implants.

Elles le supportent bien ?

Pas toutes, « On est dans le pâtée, on n'est pas bien, on est vertigineux, nauséeux ».

Et des patientes avec des anneaux ?

J'en ai eu une fois. Mais très peu. C'est très peu utilisé, très peu utilisé par les confrères gynécologues. Je ne propose pas spontanément. Il faudrait que je refasse une formation par rapport à cela.

En ce qui concerne le patch ?

C'est presque plus les patientes qui viennent en parler. Quand elles ont l'impression qu'elles ne veulent pas avaler quelque chose. Quelles ont le sentiment que ce sera mieux que cela passe par la peau. J'ai un peu en tête le problème des patchs de substitution de la ménopause. Cela se décollait, aller se baigner ce n'était pas quelque chose de très marrant. Je pense que c'est plus à recommander à des gens qui oubli beaucoup, qui ne veulent pas prendre par la bouche. Je ne suis pas un amoureux de c'est trucs là.

La contraception définitive, stérilisation, c'est vous qui en parlez à vos patientes ou c'est les patientes qui viennent vous demander ?

C'est les patientes qui viennent la plupart du temps. C'est des choses qui peuvent être évoquer quand elles ont eu plusieurs enfants et que manifestement elles n'ont plus envie d'avoir d'enfants, qu'elles veulent continuer de fumer, qu'elles ont eu un enfant non désiré sous contraception.

Souvent, elles ont une demande plus marquée à ce moment-là. Cela se discute mais relativement rarement.

Vous me parliez des femmes qui voulaient quelque chose de remboursé. Cela vous pose t'il problème de trouver quelque chose à leur proposer ?

Non aucun problème.

Est-ce que vous connaissez la fiche de l'INPES : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? » ?

Non. C'est cela ? Moi, l'INPES cela passe directement à la poubelle. Il y a des conflits d'intérêt absolument majeur. J'ai du mal à mettre avec ces fiches quelles qu'elles soient. Ce n'est quand même pas facile. Avec les recommandations, les fiches de l'INPES, on se retrouve avec des données qu'ont changées à droite à gauche. Il faudrait analyser cela en détail pour savoir si il y a des conflits d'intérêt savoir quels sont les experts qui sont devant et le lire avec l'impression que cela va pouvoir changer les pratiques cela devient difficile quand on a l'impression qu'on est approximativement dans la règle. Je n'ai pas envie de perdre mon temps avec cela.

Entretien n°10 : Femme, 59 ans, rural, année de thèse 1978, pas maître de stage, cabinet seul.

Combien de consultations pour contraception faites-vous par semaine ?

Ce n'est pas forcément que pour la contraception, c'est souvent à la fin de la consultation qu'on me dit : « Vous me mettez une boîte de pilule ».

En comptant aussi celle-ci.

Par semaine cela ne fait pas beaucoup : 10.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour contraception ?

A mon avis elle était venue pour son certificat de sport et à la fin elle m'a demandé de renouveler sa pilule. Donc j'ai regardé si prise de sang et frotti étaient à jour. Donc c'était en fin de consultation, donc j'ai renouvelé la pilule pour 6 mois. Je leur dis bien d'aller voir le gynéco. J'aime bien qu'elles aillent voir le gynéco une fois par an. Quand elles vont voir le gynéco une fois par an, le gynéco renouvelle pour un an donc c'est pratique.

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

Je leur demande si tout va bien, si elles n'ont pas de métrorragies, si elles ne l'oublient pas trop. Et si je ne donnais pas la pilule à toutes celles qui fumaient je ne donnerais pas de pilule. Pour moi c'est un souci. Le tabac, elles fument beaucoup, tout le monde fume. J'avais été à une réunion je ne sais pas si c'était sur la contraception, il y avait des gynécologues et l'intervenant a demandé « Est ce que vous donné la pilule aux dames qui fument ? » Et tous les gynécos ont répondu non. Cela fait plaisir car à chaque fois que je les vois je leur dis « Vous l'avais dit à votre gynécologue ? » Elles me disent oui et « Il vous donne la pilule ? » Oui. Moi, je leur avais dit mais moi je donne la pilule à celles qui fument. Ils m'avaient dit non, non.

Y a-t-il d'autres situations compliquées dans la contraception ?

Déjà en rural, des pilules remboursées. Alors, ça vient un petit peu, les génériques, il y a des pilules non remboursées génériquées, cela devient un petit peu moins cher. Cela commence à venir. Je veux dire qu'elles peuvent se payer un paquet de cigarette, je me dis que mince la pilule...

Donc c'est une demande que vous avez beaucoup et il faut que vous trouviez une pilule remboursée ?

Il n'y en a pas trente-six. Il y en a moins (que les autres).

Qu'est ce qui peut vous amener à proposer un changement de contraception ou de moyen de contraception ?

Si elles ont des métrorragies. Ce n'est pas grave en soit mais cela m'ennuie toujours un petit peu. Quand elles fument, voilà.

C'est souvent elles qui viennent avec une idée de changement de contraception ?

Elles n'aiment pas souvent changer, parfois elles viennent pour changer. Mais sinon il ne faut pas changer. Je veux dire elles ne me demandent pas de changer quand moi je veux changer elles me disent « Ben non ». Elles sont habituées à leur pilule, alors elles ne veulent pas changer. C'est quand il y a un petit problème qui se pose. Des métrorragies ou autre chose. C'est plus souvent dévolu à la gynécologue.

Le gynéco est plus convainquant ?

Oui, mais parfois, elles viennent me voir après car ça ne va pas. Quelque fois... »J'étais mieux avec l'autre, elle était remboursée ». » Elle m'en a donné une pas remboursée ». Il y a aussi cela quelque fois. Elles ne sont pas contentes.

La contraception d'urgence est-ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Pratiquement jamais. Non, elles téléphonent mais c'est rare.

La plupart du temps vous avez l'impression que cela ne passe pas par vous ?

Non, cela ne passe pas par moi la plupart du temps. Plus avant que maintenant c'est curieux.

C'est quelque chose dont vous parlez au moment du renouvellement ou de la mise en place d'une contraception ?

Pas trop, pas trop non c'est vrai.

Les infections sexuellement transmissibles, les consultations pour contraception est-ce l'occasion pour vous d'aborder le sujet ?

Surtout quand on donne la pilule pour la première fois, après c'est vrai je n'en parle pas. La première fois toujours, surtout chez les jeunes.

Est-ce que vous avez des supports lors de ces consultations, pour vous, pour elles ?

Non, non. Je leur donne les consignes par voie orale. Quand il faut pendre la pilule le premier jour des règles, je le note sur l'ordonnance.

Est-ce que vous posez des stérilets au cabinet ?

Non.

C'est quelque chose que vous proposez aux patientes ?

Je leur propose d'aller voir le gynécologue mais moi je n'en pose pas.

Et les implants ?

Je les propose aussi. Je ne les pose pas non plus mais je les propose.

Vous avez des patientes sous implants ?

J'en ai. Alors, on essaye une pilule puis elles iront voir leur gynécologue après. Je leur propose.

Que mettez-vous comme pilule avant l'implant ?

CERAZETTE, ne me demandez pas ce que c'est.

Les anneaux ou les patchs est-ce quelque chose que vos patientes utilisent ?

Les patchs, je n'ai vu aucun représentant me les présenter. Un jour, une patiente est venue me voir en me disant il faudrait renouveler mon patch. Je ne savais pas du tout. Elle n'avait pas son ordonnance. On a demandé à la pharmacie. Je l'ai dans son dossier et je n'y pense pas souvent.

Et les anneaux ?

Comme je ne connais pas non plus, je pense qu'il n'y en a pas beaucoup qui ont une contraception par anneau. Je ne pense pas y en avoir dans ma clientèle.

C'est un problème de remboursement aussi ?

Certaines patientes me disent que leur mutuelle prend en charge une partie de leur contraception.

Comme vous me le disiez au début, les consultations à motifs multiples dont la contraception c'est fréquent ?

Très fréquent, plutôt en fin de consultation. J'ai peut-être tort, en fin d'ordonnance je leur demande toujours si elles ont besoin d'autre chose. Je ne devrais plus leur dire. Elles viennent parfois pour complètement autre chose. Alors là oui, j'aime pas. Quand elles viennent là oui entre deux pour leurs enfants et qu'elles me demandent cela. Ça passe mal quand même. Je mets une boîte comme cela, sans rien faire. Puis je leur dit de revenir.

La contraception définitive, stérilisation, est-ce quelque chose que vous avez été amenée à proposer ? Ou c'est vos patientes qui viennent vous demander la marche à suivre ?

C'est très vieux, je suis quand même là depuis 33 ans. Peut-être une ou deux fois quand même. Cela fait maintenant des années qu'on ne me demande plus, et je ne propose pas non plus.

Vous n'avez jamais été confronté à une situation difficile ou cela lui a été refusé, ou c'était trop tôt ?

Si, si voilà, je dis mais vous êtes jeune et le gynéco dit pareil.

Dans ce cas-là, vous arrivez à lui proposer autre chose ?

La pilule, elles l'oublient et puis elles en ont marre. Alors, elles vont voir le gynéco car forcément je leur dit d'aller voir le gynéco.

Connaissez-vous la fiche de l'INPES : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? » ?

Non. (Je lui montre) C'était comme cela ? Je ne l'ai pas vu du tout.

Je vous la laisse.

L'INPES, j'aime bien. Je commande des fiches parfois.

Entretien n°11 : Homme, 51 ans, année de thèse 1991, semi-rural, maître de stage, cabinet de 5 médecins.

Combien de consultations pour contraception faites-vous par semaine ou par jour ?

Je dirais une par jour, quatre ou cinq par semaine.

Pourriez-vous me parler de votre dernière consultation pour renouvellement de contraception ?

C'était quoi ? Qu'est-ce qu'il faut que je dise ? Que je raconte ?

C'était une petite dame qui a une spondylarthrite qui a CERAZETTE, qui n'a plus de règles, avec qui on a causé. Ce n'est pas moi qui avait prescrit, c'est la gynéco, c'est quand même moi qui a fait le frottis car elle devait avoir un traitement avec les anti-TNF et elle devait avoir un frottis avant. En fait, en causant elle me dit CERAZETTE c'est case pieds car ce n'est pas remboursé. Je lui dis pourquoi vous ne vous faites pas posé d'implant. Je lui ai renouvelé pour 3 mois et lui ai fait l'ordonnance pour l'implant. Ça c'est la dernière, mais ce n'est pas la plus significative.

Comment menez-vous l'entretien dans les consultations pour contraception ?

Comment explorez-vous la tolérance du moyen de contraception ?

Je demande il n'y a pas de problèmes, « Non il n'y a pas de problème ». Donc cela dépend. Est-ce que tu n'as pas mal aux seins quand c'est des jeunes femmes, les règles sont bien régulières, il n'y a pas de caillots. Vu que maintenant il y a des femmes, ou bien à peu près de mon âge qui sont en péri-ménopause qui ont des contraceptions avec la progestérone et donc qui n'ont déjà plus de règles. Ou j'ai déjà les petites jeunes dont j'ai suivi la grossesse de la maman qui commence la pilule. J'ai deux populations comme cela. Je leur demande s'il n'y a pas de douleur, si elles n'ont pas mal aux seins. Pour les femmes plus âgées c'est plutôt la prise de poids, au niveau des règles. J'ai beaucoup de patientes sous CERAZETTE et donc qui n'ont plus de règles. Au bout d'un moment on fait quand même une petite prise de sang pour voir si elles ne sont pas ménopausées.

Qu'est-ce qui peut vous amener à proposer un changement de moyen de contraception ?

Ben, ou bien, elles ont des signes : elles ont mal aux seins, elles ont mal au ventre. Elles ont des signes cliniques. Ou bien elles disent moi, j'en ai marre de payer 15 euros pour la pilule, on essaie de changer.

C'est souvent elles qui viennent avec le souhait de changer ?

Moi, je pense qu'il y a deux tiers c'est elles qui viennent avec l'idée de changer et un tiers c'est moi. Si par exemple je vois qu'elles prennent du poids, souvent elles viennent me le dire. C'est la pilule qui me fait grossir. Ou alors, effectivement au niveau de la prise de sang il y a du cholestérol, des trucs, des machins donc dans ces cas on change. Je pense que c'est deux tiers,

un tiers. Deux tiers c'est elles qui veulent changer, et un tiers c'est moi qui change parce qu'il y a quelque chose cliniquement ou sur la prise de sang.

Est-ce qu'il y a des situations compliquées dans la contraception ou le changement de contraception ?

Il y a des femmes qui me disent, je la prends depuis 25 ans, je ne vois pas pourquoi je la changerai. Je leur dis ce n'est pas la pilule qui change, c'est vous. Alors la pilule que vous preniez à 20 ans, forcément à 40 cela ne va pas. Ce qui est compliquée, c'est quand elles la prennent depuis 20 ans et puis que manifestement c'est la pilule qui n'est pas adaptée.

Ce qui est compliqué c'est les instaurations. C'est vrai que je passe plus de temps en consultation à leur expliquer quand on oublie une pilule, quand on en oublie deux. Si tu n'as pas tes règles, ce n'est pas grave il faut recommencer la pilule.

Compliqué, je ne sais pas. Je reste toujours sur les mêmes. Il y en a plein des nouvelles. Quand j'ai des petites jeunes qui vont voir le gynéco qui reviennent en me disant vous ne pourriez pas me renouveler celle-là ? Je dis c'est quoi cela ? Mais je pense qu'à partir du moment que je reste dans les pilules que je connais ben voilà. Je vois pas les nouvelles pilules, souvent c'est les patientes qui me les font découvrir car c'est les gynécos qui leur ont prescrit. Les problèmes c'est toujours les mêmes c'est les femmes de 45 ans qui fument, qui sont un peu rondelettes et qui veulent une pilule remboursée, je ne sais pas trop ce que je peux leur proposer. J'ai quand même tendance à dire, vous ne voulez pas aller voir un gynéco et envisager une solution un peu définitive.

Vous appelez solution définitive, pose de stérilet ?

Non, non, carrément les stents, c'est Mme NICOLAS qui les faits. Et puis, l'année dernière c'était les stents. Je pense qu'ils n'opèrent plus.

Vous le proposez chez les femmes fumeuses de 35-45 ans ?

Oui, je propose assez facilement. Car une femme de 50 qui prenait la pilule et tabac, ploum, elle s'est fait un AVC.

Vous me parliez tout à l'heure de l'implant, est-ce quelque chose que vous posez au cabinet ?

Oui, moi je pose des implants. Je les retire aussi.

Vous n'avez pas eu de problème ?

Moi, tous les implants que j'ai posés, il n'y a pas eu de problème local. Bon après, il faut qu'elles supportent. Moi, ce que je fais, je donne la pilule pendant 6 mois. Et on voit comment cela se passe. Je donne CERAZETTE pendant 6 mois. Chez les patientes que je connais bien, chez les patientes qui ne sont pas stressées des règles. J'essaie de ne pas les retirer quand il fait chaud. Parce que j'ai une dame ménopausée, je ne sais pas s'il faut les retirer chez les femmes ménopausées. Il y avait 5-7 ans qu'elle l'avait et là elle voulait se le faire retirer. Il faisait 40°, elle a fait son malaise vagal. J'y ai passé une heure. Je n'ai pas retiré l'implant en fait.

Les stérilets, est-ce quelque chose que vous posez au cabinet ?

J'en pose un minimum. Il y a des dames à qui j'en ai toujours posé. Cela m'en fait deux ou trois par an, voilà.

Est-ce que vous avez des patientes qui sont sous patch ?

Ça a été la mode à une époque, je me contente de renouveler. Cela se passe bien. Des petites dames qui oublient la pilule. Ce que j'avais remarqué c'était qu'elles avaient un peu mal aux seins et qu'elles avaient des règles très abondantes. Ça doit être un peu surdosé. Mes patientes c'est l'impression qu'elles me donnaient. Enfin, c'est ce qu'elles disaient.

Et les anneaux ?

Ça je ne sais pas ce que c'est, je ne maîtrise pas du tout. Honnêtement, c'est quelque chose que je ne prescris pas du tout.

Et la contraception d'urgence, est-ce quelque chose que vous prescrivez en même temps que la contraception habituelle ?

Je prescris toujours la prescription d'urgence la première fois, la première pilule.

J'explique qu'elle peut toujours aller à la pharmacie, qu'on lui en donnera, à MEHUN il y a toujours une pharmacie de garde. Normalement, la pharmacienne ne peut pas refuser de lui donner. Mais qu'il ne faut pas réveiller la pharmacienne à 2 heures du matin rien que pour cela. Et que même les infirmières d'école peuvent lui donner. Mais le problème c'est qu'il n'y a pas d'infirmière à l'école tous les jours. Il vaut mieux se fier à la pharmacienne.

Sinon, cela vous est arrivé régulièrement d'avoir à la prescrire à vos patientes ?

Je crois que maintenant elles savent bien que cela ne sert à rien de passer par moi, elles ne reviennent plus. Au début, j'avais quelques petites patientes qui venaient qui passaient entre deux me demander la pilule en urgence. En garde on voyait des femmes qui venaient pour la contraception d'urgence. Je pense que le message est bien passé qu'elles peuvent aller directement à la pharmacie se la faire délivrer.

Et les infections sexuellement transmissibles est-ce quelque chose que vous incluez dans vos consultations ?

Je leur explique la première fois. Je leur explique que normalement c'est avec un préservatif.

C'est surtout la première contraception ?

Oui, et quand les petites dames elles reviennent avec un Gardnerella, un Chlamydiae, voilà. Je leur dit ben oui c'est à cause d'une infection sexuellement transmissible.

Ce n'est pas facile de l'inclure dans la consultation ?

Je pense que le vrai problème. Si, si car tu examines les gens tu te dis ça doit être une infection gynéco, enfin une IST. Moi, je leur demande facilement un prélèvement et elles reviennent avec le prélèvement et là tu as que cela à faire. Tu dis, on va te traiter et ça c'est une IST. L'avantage d'être là depuis longtemps, c'est que tu peux parler franchement à tes patientes. Ce n'est pas la même chose quand je sais pertinemment que c'est des femmes mariées et que éventuellement c'est leur mari qui ramène cela. Ce n'est pas toujours évident à expliquer.

Les consultations pour contraception c'est souvent des consultations dédiées ou la plupart du temps c'est noyé dans d'autres motifs ?

C'est 80% noyé dans d'autres motifs et 20% que pour cela.

Beaucoup en fin de consultation ?

Beaucoup en fin de consultation. L'avantage d'avoir des internes en médecine générale c'est que c'est des filles. Je leur dit, cela fait longtemps que je ne vous ai pas examiné, alors vous viendrais voir (Marine en ce moment) pour faire l'examen gynéco. Ou alors je dis il y a Véronique c'est ma femme qui me remplace tous les mardis matin et elle vous fera l'examen gynéco. Je suis méchant, je leur renouvelle pour 3 mois et je leur dis vous prendrez un rendez-vous pour examen gynéco. Et après, je ne veux pas. Moi, je veux bien lui renouveler mais déjà si c'est le moment du frottis de la prise de sang, tout cela. Je botte en touche. Je ne rallonge pas la consultation pour cela. Si elles viennent pour cela il n'y a pas de soucis. Mais si elles viennent pour le rhume c'est nient. Sinon, je le prescris.

Mais maintenant, j'ai un SASPAS et ma femme me remplace une demi-journée par semaine donc en fait je leur envoie, elles font les frottis. Il y en a, elles préfèrent que ce soit moi, elles reviennent pour moi. J'ai tendance à dire « Ben écoutez c'est une consult » voilà. Il y en a je les ai vues il n'y a pas longtemps, je ne fais rien de plus. Je ne vais pas dire que je ne le fais pas. Cela représente les 9/10^{ème} des consults, enfin des prescriptions. C'est souvent cela, on essaie de faire passer la pilule, (justement) en dernier. Ou qui laisse un message à la secrétaire, il faudrait me renouveler la pilule.

Est-ce que vous avez des supports lors des consultations pour contraception, pour elles, pour vous ?

NON.

Connaissez-vous la fiche de l'INPES : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? » ?

Du tout. (Je lui montre) Sûrement, oui j'ai sûrement reçu cela. Le problème c'est qu'on est noyé par d'une part les documents de l'INPES et d'une part les documents envoyés par la sécu. De trucs, de machins, de bidules et quand malheureusement il y a quelque chose d'intéressant...

L'INPES ils sont bien gentils, ils envoient plein de choses très intéressantes mais si on garde tout on a plus rien. On n'a pas de place pour tout.

Il faudrait avoir le temps de tout lire, de tout regarder mais moi je n'ai pas le temps.

Je pose toujours un ou deux stérilets par an à mes vieilles patientes et des implants. J'ai même une gamine qui m'a demandé un implant. Je lui ai collé une pilule pendant un petit moment puis je lui ai mis un implant, cela fait un an.

Annexe 5 : Arborescence du codage des entretiens

A- Place de la consultation de contraception dans la pratique des médecins généralistes :

1) Banalisation de la consultation pour contraception :

a-Banalisation par la patiente:

1) Consultations à motifs multiples :

T1 : « Elle est venue pour autre chose et au moment de faire le chèque... », « Grand classique », « Elles viennent rarement que pour leur pilule. Elles nous mettent au moins 2 ou 3 motifs de consultation. », « C'est toujours en fin de consultation, au dernier moment. Ou alors quand vous avez examiné le petit, elles vous disent, il me faudrait ma pilule, j'en ai plus pour demain, j'en ai plus pour ce soir. »

T3 : « C'est parfois noyé et dans ce cas, « pfft ». Pour l'initiation, pour les jeunes qui consultent j'ai de l'acné, j'ai mon certificat médical et en plus je veux une pilule, en général je fais en deux temps. Je leur dis de revenir et qu'on a plein de choses à se raconter. »

T5 : « En général, ils viennent pour plein d'autres trucs en plus, alors c'est mélangé. », « Souvent les gens viennent pour autre chose. », « Elles viennent pour le gamin qui a de la fièvre, c'est au milieu de plein de trucs, le certificat du petit dernier pour le foot, le...voilà. »

T7 : « Je dirais que les femmes viennent quand c'est que pour la contraception, quand elles savent qu'il y a un frottis à faire, une prise de sang. Souvent, si c'est juste comme cela. Soit elles viennent que pour cela, soit elles intègrent d'autres motifs. »

T9 : « Les consultation dédiée à la contraception sont relativement rares. »

T10 : « Ce n'est pas forcément que pour la contraception. »

T11 : « C'est 80% noyé dans d'autres motifs et 20% que pour cela. »

2) Demande en fin de consultation :

T1 : « Il me faudrait ma pilule », « Qui me l'a demandée comme cela sur un coin de table en partant ».

T5 : « La prescription de pilule sur un coin de table en fin de consultation : « Ben, en fait est-ce que vous pouvez me renouveler la pilule ? » C'est très très souvent. »

T9 : « C'est généralement plutôt du renouvellement de contraception qui nous fâche c'est-à-dire en fin de consultation, « Oh docteur, en plus vous me renouvelleriez la pilule car elles ont emmené le petit en consultation. », « A la fin de la consultation, quand l'ordonnance est déjà pré-imprimée. Et qu'ils disent vous me rajouteriez le MINIDRIL docteur. »

T10 : « C'est souvent en fin de consultation qu'on me dit vous me mettez une boîte de pilule. »

T11 : « Beaucoup en fin de consultation. », « C'est souvent cela, on essaie de faire passer la pilule en dernier. »

3) Demande rapide :

T1 : « Elles viennent, celles qui ne sont jamais malades, exprès pour cela (le renouvellement de contraception). Elles vous disent en arrivant cela va aller vite, c'est juste pour ma pilule, cela va vous prendre 30 secondes. », « Vous ne l'avez jamais vu. ».

T5 : « Elles ont du mal à comprendre qu'il faut un minimum d'examen. »

T6 : « Il y a la consultation téléphonique : il me faudrait un renouvellement de pilule, elles n'ont jamais le temps de venir. »

T10 : « Elles viennent parfois pour complètement autre chose. Alors là oui, je n'aime pas. Quand elles viennent là oui entre deux pour leurs enfants et qu'elles me demandent cela. Ça passe mal quand même. »

T11 : « Ou qui laisse un message à la secrétaire, il faudrait me renouveler la pilule. »

b-Banalisation par le médecin :

T2 : « Hormis tous les dépannages de pilule (il ne compte pas les dépannages comme des consultations pour contraception). », « C'est pour dépanner...je ne les compte pas. »

T3 : « J'ai renouvelé pour un an car ce n'est pas une maladie. »

T5 : « Et puis voilà, renouvellement, en fait c'est assez rapide un renouvellement. »

T6 : « Quand il n'y a pas de problème, ce n'est pas bien ce que je fais. Je fais le renouvellement. (Sans examen). »

T7 : « (Début de contraception) Je lui avais donné 3 mois. »

2) Beaucoup de consultations pour contraception :

T1 : « Oui, pas mal », « Beaucoup », « Moi, j'en fais souvent »,

T2 : « Hormis tous les dépannages de pilule. », « Beaucoup plus par semaine. Je ne les compte pas (les dépannages). »

T3 : « C'est une bonne semaine contraception. »

3) Personnalisation de la contraception chez la jeune fille:

a-L'initiation de la contraception est une consultation longue :

T3 : « Pour l'initiation, pour les jeunes qui consultent j'ai de l'acné, j'ai mon certificat médical et en plus je veux une pilule, en général je fais en deux temps. Je leur dis de revenir et qu'on a plein de choses à se raconter. », « Je donne beaucoup d'info, des fois trop, je parle trop. », « C'est une consultation qui est dense. », « La première consultation, enfin la mise en place de la contraception, la consultation est dense, c'est

une heure si on veut aborder plein de choses, et j'ai l'impression que cela se passe pas mal et quand elles sortent il y a eu trop d'informations et s'il manque des choses, après on revient dessus (d'où l'intérêt d'un fiche). »

T6 : « Chez les jeunes filles, les premières prescriptions de pilule sont beaucoup plus long bien sûr, c'est clair. On part un peu dans toutes les directions. »

T11 : « Ce qui est compliqué c'est les instaurations. C'est vrai que je passe plus de temps en consultation à leur expliquer quand on oublie une pilule, quand on en oublie deux. Si tu n'as pas tes règles, ce n'est pas grave il faut recommencer la pilule. »

b-La prescription chez la jeune fille se fait souvent en présence de la mère :

T1 : « Les mères amènent leur fille en première intention, elles sont persuadées qu'elles n'ont pas encore eu de rapport et que le gynéco ne pourra rien faire, il ne pourra pas les examiner. »

T4 : « La majorité des jeunes filles que je vois, c'est les parents qui veulent qu'il y ai une pilule. », « Cela m'arrive souvent que les mères me disent : Bon je vais vous amener ma fille pour contraception dans tant de temps. »

T5 : « Elles viennent souvent avec leur maman. »

c-Sujet des Infections sexuellement transmissibles lors de ces consultations :

1) *NON, car pas le temps lors de la consultation :* T1 : « J'en parle rarement à ce moment-là. », « Franchement cela ne rentre pas (pas assez de temps pendant la consultation). »

T2 : « C'est vrai que le temps manque...on ne peut en parler longuement pendant les consultations pour contraception. »

T3 : « C'est une consultation qui est dense et donc je ne parle pas beaucoup (des IST). »

T6 : « C'est loin d'être systématique. »

NON, car elles sont informées : T8 : « Alors plutôt que le préservatif car maintenant tout le monde est parfaitement au courant. L'utilité du préservatif est assez reconnu et utilisé. Elles savent bien pourquoi. On leur a bien dit qu'il fallait trois mois et de faire le test. Bon maintenant, elles se protègent sûrement mieux. Cela a tellement été rabâché. Je pense que le message est passé. »

2) *OUI : plutôt aux jeunes :* T1 : « Pour enlever le préservatif avec leur copain ou ami. »

T2 : « Je les préviens quand même que la pilule ne protège pas des maladies sexuellement transmissibles...c'est bien de le répéter. », « Le dépistage du VIH on le fait quand même très souvent. »

T3 : « Si ce n'est que la contraception n'empêche pas le port du préservatif. On va dire que là, j'ai une petite action sur les MST. »

T4 : « Oui,... surtout chez les ados. »

T5 : « Si, bien sûr, ben oui, cela fait partie, souvent chez les jeunes filles c'est le moment d'en parler, après on n'en parle pas non plus à toutes les consultations. Mais c'est

vraiment les premières consultations, souvent quand il y a une demande de pilule on la revoit assez rapidement, et c'est à ce moment-là que j'en parle, ça oui. », « Expliquer que le préservatif et le seul outil qui protège des MST, ça je fais. La sérologie HIV systématique, je ne le fais pas systématiquement mais quand on parle d'IST, en général on parle de cela. »

T6 : « Préservatif en cas de rapport je ne dirais pas avec un inconnu mais... », « Chez les jeunes systématiquement ont leur en parle. »

T7 : « Je leur dit que la pilule ou le reste. La pilule protège des bébés mais pas du reste. Je dis toujours cela. Ça vaut ce que ça vaut mais au moins le message est clair. Je leur dis toujours de continuer à mettre des préservatifs tant qu'elles n'ont pas un petit copain attirer et que chacun n'a pas éventuellement fait une sérologie. Voilà, et que s'il y a des rencontres extra conjugales il faut absolument se protéger. »

T8 : « On évoque. »

T10 : « Surtout quand on donne la pilule pour la première fois, après c'est vrai je n'en parle pas. La première fois toujours. Surtout chez les jeunes. »

T11 : « Je leur explique la première fois. Je leur explique que normalement c'est avec un préservatif. »

OUI, on parle sexualité à la deuxième consultation : T3 : « Pour la deuxième consultation, où là on parle...un peu plus de sexualité. »

- 3) Oui, même chez les plus âgées : T9 : « J'essaie de le faire à chaque fois de parler un petit peu des autres modes de protection. », « C'est vraiment presque le maître mot de mon discours quand je débute, tout le temps. Même chez les plus âgées. Chez les sujets de 50, 60 ans, mais on n'est plus dans la contraception. On se retrouve avec des comportements à haut risque. »

4) Tentative du médecin pour une consultation dédiée à la contraception :

T1 : « Je leur dit : Ah non ! Attendez, il faudrait quand même... », « C'est vraiment celles-là (les femmes qui viennent en coup de vent pour renouvellement de contraception ou avec motifs multiples) pour lesquelles on a le plus de mal à leur expliquer. », « C'est cela qui nous pose le plus de problème c'est leur dire : Non, revenez pour vous, il faut que je prenne la tension et tout. »

T3 : « Je leur dis de revenir et qu'on a plein de choses à se raconter. », « sinon (si il n'y a pas de suivi) on refait avec une autre consultation. Donc en un an, cela commence à porter ses fruits car j'ai moins de consultations multi-problèmes, dont la pilule. Donc, il faut se laisser un peu de temps mais ça marche. En plus, je leur dis que quand je fais une consultation gynéco, je fais une consultation qui est un peu plus longue, je prends une demi-heure, alors il faut l'anticiper sur le planning...Ça commence à marcher. Elles ne viennent que pour cela, on prend un peu plus de temps. »

T5 : « J'essaie quand même d'éviter cela (la prescription sur le coin de la table). », « Moi, j'essaie de leur dire que c'est pas anodin, que cela ne se prescrit pas comme cela. »

T7 : « Soit c'est quelqu'un qui n'a pas un bon suivi. Qui n'est pas à jour dans son frottis, dans sa prise de sang. Dans ce cas-là je lui dis de revenir. Par exemple, si je dois lui faire un frottis. Si c'est en début de consultation, je le fais dans la consultation, si c'est en fin de consultation que j'ai pas le temps, je leur dis de revenir. Et puis, on en rediscute. Je fais le frottis etc... Dans ce cas je les dépanne d'une boîte. »

T9 : « La plupart du temps on se fâche avec ça, on essaie de faire revenir mais c'est quand même compliqué. »

T10 : « Je mets une boîte comme cela, sans rien faire. Puis je leur dis de revenir. »

T11 : « Je leur dis, cela fait longtemps que je ne vous ai pas examiné, alors vous viendrais voir mon interne pour faire l'examen gynéco. Ou alors je dis il y a ma femme qui me remplace tous les mardis matin et elle vous fera l'examen gynéco. Je suis méchant, je leur renouvelle pour 3 mois et je leur dis vous prendrais un rendez-vous pour examen gynéco. Et après, je ne veux pas. », « J'ai tendance à dire « Ben, écoutez c'est une consult », voilà. »

5) Déroulement de la consultation :

a-Déroulement de l'entretien :

1) Déroulement différent si la patiente est connue ou non :

T1 : « Cela dépend si je les connais ou pas. » « Si je les connais je ne leur demande pas leur antécédents familiaux etc.... »

2) Question sur le parcours contraceptif :

T3 : « On a parlé contraception, oubli de pilule,...elle sait quoi faire quand cela arrive. », « J'ai beaucoup de nouvelles patientes, et donc je leur demande l'histoire qu'elles ont avec leur contraception. Si elles ont essayé d'autre chose, s'il y a eu des changements, pourquoi il y a eu des changements, si elles connaissent d'autres contraceptions. »

3) Questions sur le tabac et le mode de vie :

T7 : « Je demande ce qu'elles font, leur habitudes tabagiques et puis tout cela. »

b-Vérifications examens complémentaires à jour et examen clinique avant renouvellement :

T1 : « Je vérifie si leur frottis est à jour, parce qu'on leur demande systématiquement ». « Je leur demande si leur frotti est fait. »

« Je vérifie de quand date leur dernière prise de sang. », « Et tension etc...voilà. »

T2 : « Au moins une fois par an pour sa contraception. Prise de sang périodiquement tous les 3 ans. »

T3 : « Un frottis. », « J'ai renouvelé pour 1 an. », « Mais en général, j'essaie de leur poser la question, pour les femmes plus âgées : est ce qu'il y a un suivi gynéco, le frottis date de quand ? »

T4 : « On vérifie si la biologie avait été contrôlée. »

T5 : « Prise de tension, je la pèse en général. »

T6 : « Bilan biologique, tabac, antécédents de phlébite. Tolérance antérieure des moyens de contraception. »

T7 : « Je lui avais fait faire une prise de sang (lors de l'initialisation de la pilule). », « Donc à la fois le bilan sanguin et le frottis. Je fais toujours un examen clinique, tension etc..., je vérifie toujours le poids. »

T8 : « Je regarde un peu où elles en sont, surtout au niveau tabagique, c'est un peu malheureux dans toutes c'est jeunes femmes. », « Les bilans biologiques que je fais en fonction des antécédents familiaux, au niveau lipidique et puis diabétique. »

T9 : « J'ai vérifié que les biologies avaient été faite à date prévue. Questions : s'il y avait des problèmes particuliers, je lui ai pris sa tension. »

T10 : « J'ai regardé si prise de sang et frottis étaient à jour. »

T11 : « J'ai beaucoup de patientes sous CERALETTE et donc qui n'ont plus de règles. Au bout d'un moment on fait quand même une petite prise de sang pour voir si elles ne sont pas ménopausées. »

c-Occasion de poser d'autres questions sur sa santé :

T2 : « Pas forcément en rapport avec leur contraception, si il n'y a pas d'autres pathologies intercurrentes qui ont pu intervenir depuis la dernière fois qu'on les a vues. »

T7 : « Eventuellement, je demande éventuellement si il y a des problèmes autres, acné etc...Si il y a eu des événements, moi, je fais tous les 6 mois. Donc, s'il y a eu des événements dans cette période si je ne les ai pas revus. Événements, genre : infection urinaire, infection gynécologique. »

T8 : « Et des vaccinations. Vous voyez c'est un peu différent mais j'en profite. Car il y a quand même le GARDASIL et l'équivalent le CERVARIX. »

6) Femme médecin, biais de recrutement dans la contraception :

T1 : « En plus, moi, je suis une femme. », « J'ai investi dans une table de gynéco, je faisais les frottis mais les femmes venaient me voir que pour cela et je ne voulais pas faire que de la gynéco. Elles venaient faire leur frottis puis se faisaient prescrire la pilule par leur médecin. Je ne les voyais que pour cela. Elles se faisaient suivre par leur médecin pour le reste. Parce que je suis une femme et cela attire la gynéco. »

T3 : « Il n'y a pas de femmes chez qui je fais de la gynéco et qui sont suivies par un autre médecin traitant ailleurs. », « Les femmes font plus de contraception. Les jeunes sont plus à l'aise. D'ailleurs quand je disais que je ne suivais pas de femmes que pour la contraception. Il y a quelques-unes qui sont suivies par mon associé qui viennent parler contraception avec moi, et restent suivies par lui, elles font un petit passage éclair. Changement d'interlocuteur quand cela

les arrangent. Même des femmes un peu plus âgées, pourtant c'est mon associé qui fait le suivi, les frottis. »

T11 : « Je leur dit, cela fait longtemps que je ne vous ai pas examiné, alors vous viendrais voir mon interne pour faire l'examen gynéco. Ou alors je dis il y a ma femme qui me remplace tous les mardis matin et elle vous fera l'examen gynéco. »

B- Vision du médecin généraliste de l'attente et de l'observance des femmes en matière de contraception:

1) Vision de l'attente des femmes :

a-Elles souhaitent une contraception bien supportée :

1) Vérification oublis et tolérance physique avant renouvellement (poids) :

T1 : « Je leur demande si elles ne l'oublient jamais, si elles n'ont pas de soucis, si elles n'ont pas mal aux seins. »

T2 : « On leur demande si elles voient leurs règles régulièrement, si elles n'ont pas d'oligoménorrhée, si elles n'ont pas de nausées, les effets secondaires habituels. »

T3 : « C'est des questions plutôt ouvertes où effectivement je demande s'il n'y a pas de soucis s'il n'y a pas eu de prise de poids, s'il n'y a pas de seins tendus. Comment cela se passe avec la contraception, si c'est un moyen qui convient bien. »

T4 : « S'il y a eu une prise de poids. S'il y a un souci quelconque. », « Surtout par l'interrogatoire et le poids. », « Tension mammaire etc...la tolérance au niveau de la circulation périphérique. », « On ne pose pas énormément de question quand cela va bien, je ne vais pas fouiller. »

T5 : « La question c'est de savoir si cela se passe bien, si elle la supporte bien, s'il n'y a pas eu d'événement particulier depuis la dernière fois. », « En l'interrogeant, en lui demandant si cela se passe bien, si il y a des saignements, des douleurs abdominales, des douleurs au niveau de la poitrine, enfin voilà, les questions habituelles dans ces cas-là. »

T6 : « J'ai un questionnaire à la Prévert, au niveau des jambes, douleurs pelviennes, pertes. Saignements, douleur au niveau de la poitrine, tolérance globale, des maux de têtes, des vomissements et je termine par les oublis de pilule. »

T7 : « Je voulais savoir si tout c'était bien passé, si elle n'avait pas de trouble au niveau mammaire ou de saignement si elle n'avait pas pris de poids. », « Je demande toujours, tolérance au niveau mammaire, les règles, la durée des règles, si il y a des spottings. Si il y a des règles douloureuses, dysménorrhée. »

T8 : « Poids, tension, on leur demande si il n'y a pas eu de modifications. Je ne demande pas trop la question indiscrete de la diminution de la libido. »

T9 : « Je leur demande comment cela se passe, si elles ont des tensions mammaires, comment se passe les règles, est ce qu'il y a autre chose. J'essaie de ne pas trop orienter sur la prise de poids. »

T10 : « Je leur demande si tout va bien, si elles n'ont pas de métrorragies, si elles ne l'oublient pas trop. »

T11 : « Tu n'as pas mal aux seins quand c'est des jeunes femmes, les règles sont bien régulières, il n'y a pas de caillots. », « Je leur demande s'il n'y a pas de douleur, si elles n'ont pas mal aux seins. Pour les femmes plus âgées c'est plutôt la prise de poids, au niveau des règles. »

2) Absence de nécessité d'explorer la tolérance après plusieurs renouvellements :

T2 : « Quand cela fait longtemps on sait que cela ne se reproduira plus, c'est en général au début qu'on le remarque. »

T4 : « Pour le renouvellement, je veux dire pour les jeunes, je leur demande si il y eu du nouveau, si il y a eu des oublis, s'il y a eu une prise de poids... »

3) Demande de changement car moyen de contraception antérieur mal supporté :

T7 : « C'est plus souvent la patiente. Soit la patiente supporte bien sa contraception et alors ça roule. Ou alors elle vient en disant je saigne entre mes règles, j'ai trop de règles, je n'ai pas assez de règles, j'ai pris trop de poids, j'ai mal aux seins. Mais je dirais que c'est la patiente qui vient pour cela. Ou changement de contraception, de mode de contraception. Il y a des femmes qui disent j'oublie trop souvent ma contraception, il me faudrait autre chose. Je supporte pas mon stérilet, je ne supporte pas l'implant. Ou alors des fois des critères économique aussi. »,

T11 : « Si par exemple je vois qu'elles prennent du poids, souvent elles viennent me le dire. C'est la pilule qui me fait grossir. »

4) Les jamais contente :

T1 : « Quand elles ne sont jamais contentes car il y en a aussi qui ne sont jamais contentes. »

T3 : « Non c'est des situations compliquées où des femmes qui tolèrent mal la pilule qui ont essayé le stérilet mais cela ne marche pas, l'implant, qui ont essayé plein de choses, qui sont satisfaites pleinement par rien. »

b-Situations difficiles dans la contraception :

1) Les fumeuses de plus de 35 ans :

T1 : « Les fumeuses de plus de 35 ans. » : « Elles ne veulent pas changer, elles comprennent pas pourquoi avant cela allait et que maintenant ça va plus. Elles ne veulent pas changer. », « Mais heu, le plus compliqué c'est quand on leur force la main à changer et qu'elles ne sont pas d'accord. », « On n'arrive pas. Dur à convaincre. »

T2 : « Non pas facilement. Quand une femme est bien habituée à sa contraception, qu'elle est bien habituée, elle n'aime pas changer c'est clair. Surtout, quand c'est une fumeuse et qu'on lui propose un stérilet. »

T3 : « Tabac, pilule, plus de 35 ans...elles sont un peu compliquées. Quand on explique ce qui existe d'autre comme moyens de contraception, c'est des femmes qui disent non le

stérilet j'en veux pas cela me fait peur, l'implant j'en veux pas j'ai peur de prendre du poids. Tout se négocie. Cela m'est arrivé de prescrire à des femmes de plus de 35 ans dans la mesure où j'ai expliqué le risque et que quelque part elle préfère le risque tabac pilule que le fait de ne pas prendre de moyen de contraception ou pas de contraception. Donc, je prescrivais à ce moment-là pour 6 mois en disant bien, on va se revoir plus souvent et on va en discuter. Et de toute façon, elles peuvent aller la chercher toute seule en pharmacie, donc je préfère qu'elles reviennent et qu'on en rediscute. On retravaille la question, ou travailler le tabac. Je leur dis on arrête la pilule ou on arrête le tabac, vous choisissez. Après cela se réoriente sur conseil tabac. »

T5 : « On y arrive à un moment ou un autre, c'est difficile car elles (les fumeuses de plus de 35 ans) n'ont pas très envie et en même temps souvent elles ont une contraception depuis des années, des années et puis elles ne s'en portent pas plus mal et elles ont du mal à comprendre qu'il va falloir changer car à un certain âge elles sont plus à risque et qu'elles fument et ça elles ont du mal à le comprendre. C'est sûr que ça c'est la situation la plus compliquée, le tabac, en général elles n'ont pas très envie d'arrêter de fumer déjà et pas très envie de changer de contraception. »

T6 : « Oui, cela pose problème. Elles (les fumeuses de plus de 35 ans) sont attachées à leur pilule, elles ne comprennent pas. », « Elles sont dans le refus. Elles terminent chez le gynécologue en principe. On est un peu démuni. »

T7 : « A la fin, c'est quand même le patient qui décide. Exactement comme la contraception remboursée ou pas. C'est le patient qui dit celle-là je la prendrais ou pas. C'est pas vrai que pour la contraception. »

T9 : « Les femmes qui fument c'est difficile de leur proposer quelque chose de cohérent par rapport à la contraception. Car à 36 ans, chez les fumeuses, on arrête, cela s'est dit depuis le début. Je ne me pose pas trop de questions par rapport à cela. »

T11 : « Les problèmes c'est toujours les mêmes c'est les femmes de 45 ans qui fument, qui sont un peu rondettes et qui veulent une pilule remboursée, je ne sais pas trop ce que je peux leur proposer. »

2) Les fumeuses :

T8 : « Il faut convaincre de diminuer voir d'adapter la contraception à leur habitudes. », « Je pense que la problématique actuelle c'est le tabac. Pour moi, c'est une préoccupation. Car si ce n'est pas vous qui la donnez, se sera quelqu'un d'autre. Par un lien détourné, par une copine ou elles iront dans un centre de planning familial et elles l'auront tabac ou pas. Il faut jouer de la prévention, donner des minis dosages j'essaie de leur proposer une autre formule. Voilà la complexité de la situation. »

T10 : « Et si je ne donnais pas la pilule à toutes celles qui fumaient je ne donnerais pas de pilule. Pour moi c'est un souci. Le tabac, elles fument beaucoup, tout le monde fume. »

3) Femme jeune à qui on refuse la stérilisation :

T5 : « Qui ne supportait pas le stérilet, qui avait des migraines importantes sous pilule et qui enfin voilà tous les moyens de contraception, nous avons presque tout passé en

revu. Et elle ne supportait rien. Rien n'allait et il restait effectivement ce mode-là. Sauf qu'on lui refusait car elle était trop jeune. Alors ça c'est quand même un problème. »

c-Souhaite un moyen de contraception remboursé :

Proposition de changement (par le MG) car moyen de contraception non remboursé :

T9 : « Je leur propose aussi des changements de contraception quand elles viennent avec une contraception prescrite par quelqu'un d'autre qui est chère et non remboursée. On passe sur une contraception classique. »

T11 : « En fait, en causant elle me dit CERAZETTE c'est casse pieds car ce n'est pas remboursée. Je lui dis pourquoi vous ne vous faites pas posé d'implant. », « Ou bien elles disent moi, j'en ai marre de payer 15 euros pour la pilule, on essaie de changer. »

d-Demande de conseil par les patientes :

T1 : « Qu'est-ce que vous en pensez-vous ?(en parlant du stérilet) Mais c'est parce qu'elles ne veulent pas le faire si déjà elles posent la question. »

T2 : « (Propos de patientes) Qu'est-ce que vous en pensez-vous (en parlant du stérilet proposé par le gynécologue) ? »

T3 : « L'information sur la contraception passe bien (dans les médias). Donc après elles viennent là pour avoir des compléments d'information et qu'on les aide à choisir. »

2) Vision de l'Observance :

a-Exploration des oublis, élément important de la consultation :

T3 : « Ca dépend aussi, on pose la question, enfin moi, je demande toujours si c'est compliqué de prendre la pilule si il y a des oublis, comment elles gèrent quand il y a des oublis. »

T4 : « Je leur demande si il y a eu des oublis, j'insiste sur les oublis. »

T6 : « Je termine (mon interrogatoire) par les oublis de pilule. »

b-Explications en cas d'oubli :

1) Explication par voie orale : T2 : « (Je ne me sers pas beaucoup de mes fiches pré-imprimées dans l'ordinateur). Je leur explique. »

T7 : « Quand je prescris une contraception orale, je dis bien orale. J'explique comment la prendre, quand, ce qu'il faut faire si on a oublié la pilule. J'explique en détails. Je fais même des petits schémas avec un cycle de 28 jours. »

2) Consigne d'appeler en cas d'oubli : T1 : « Je leur explique par contre, je leur dis si elles oublient, si elles ne savent plus, si elles oublient un comprimé de m'appeler, en fait. Je leur dit ce qu'il faut qu'elles fassent, par contre. »

T9 : « Je leur dis ce qu'on m'a appris sur la façon de gérer les vomissements, gérer les oublis, gérer les différentes situations. Je leur dis de m'appeler. »

3) Distribution d'une fiche de conduite à tenir : T3 : « On a parlé contraception, oubli de contraception. Car elle oublie ou pas, mais elle sait quoi faire quand cela arrive. », « Et que je donne (la fiche faite par elle), et sur l'ordonnance, j'ai noté, et je leur dis aussi que c'est noté dans la notice de pilule. »

T5 : « Pour la conduite à tenir en cas d'oubli j'ai fait mon propre papier. »

c-Proposition médicale de changement de contraception pour mauvaise observance :

T2 : « (la mauvaise observance) Ça peut arriver chez les jeunes notamment. », « Il y a quelques femmes incapables de se discipliner par rapport à la pilule contraceptive, qui ne veulent pas de stérilet. On n'a pas grand-chose à leur proposer on peut leur parler (de l'implant) à ce moment-là. »

T3 : « Quand il y a des oublis fréquents,...ça peut arriver de réorienter de proposer d'autres moyens de contraception et de faire une prescription de Contraception d'Urgence si besoin. »

T6 : « Les oublis répétés (m'amène à proposer un changement de contraception). »

T8 : « L'autre problématique c'est l'oubli. Ou on est sur un problème d'observance et il faut essayer de trouver autre chose. », « Il n'y en a pas 36, c'est ou le stérilet ou l'implant. »

C- Prescription de contraception :

1) Place du choix :

a-Pour le médecin généraliste :

1) La première contraception doit être simple :

T2 : « J'essaie de leur donner en premier une pilule extrêmement simple à utiliser. Une seule couleur de comprimé. 7 jours d'arrêt. J'essaie de faire au plus simple pour démarrer. Pour démarrer j'essaie de faire au plus simple. »

2) Respecter les contre-indications :

Proposition médicale de changement car Contre-indications : T1 : « Si à la prise de sang elles ont cholestérol, tension, choses habituelles. », « C'est rare que nous ayons

des problèmes de tension ou de cholestérol. », « Si il y a des contre-indications c'est nous qui leur forçons la main. », « Les fumeuses de plus de 35 ans. »

T2 : « Une tension artérielle qui commencée à arriver à la limite. Avant elle était sous ADEPAL. J'ai arrêté les oestrogènes de synthèse avec CERAZETTE. », « Une mauvaise tolérance, une mauvaise observance aussi. La chose que l'on remarque cliniquement, la tension par exemple, si la patiente s'est mise à fumer par exemple. Ça peut nous amener à changer ce que l'on propose comme contraception. »

T9 : « Au point de vu biologique, il y a quelque chose qui se modifie. Il y a le tabac aussi. »

T10 : « Quand elles fument. »

Situation difficile : Les jeunes filles qui ont du cholestérol : T1 : « Les jeunes filles qui ont du cholestérol avec la pilule. »

3) Changement de contraception pour mauvaise tolérance T1 : « Elles me disent, je suis gênée, ça va pas j'ai mes règles trop longues ou j'ai plus de règles du tout ou j'ai mal au ventre, j'ai mal aux seins, enfin les choses habituelles, ou j'ai des boutons, ou j'ai pris du poids ou j'ai la migraine avec cette pilule. »,

T5 : « Si cela se passe mal, si il y a des effets secondaires si elle supporte mal ce moyen...Le principal, c'est les problèmes de tolérance. »

T7 : « Des symptômes, ça peut être des spottings, des tensions mammaires, une mauvaise tolérance digestive. Si on parle de pilule. Qu'est-ce qu'il y a d'autre, une prise de poids, un bilan sanguin qui est pas bon. »

T8 : « Les intolérances ou les mastodynies. Les métrorragies éventuelles. Les douleurs mammaires. »

T9 : « Quand il y a une plainte particulière, un problème d'acné, de saignement. »

T10 : « Si elles ont des métrorragies. Ce n'est pas grave en soit mais cela m'ennuie toujours un petit peu. »

T11 : « Elles ont des signes : elles ont mal aux seins, elles ont mal au ventre. Elles ont des signes cliniques. »

Situation difficile : les effets indésirables : T9 : « Les situations difficiles à gérer, oui il y en a : des spottings importants, des saignements. »

4) Sur discussion avec la patiente, T3 : « J'ai beaucoup de nouvelles patientes, et donc je leur demande l'histoire qu'elles ont avec leur contraception. Si elles ont essayé d'autre chose, s'il y a eu des changements, pourquoi il y a eu des changements, si elles connaissent d'autres contraceptions, sinon on peut en parler. Cela peut amener à déboucher sur une autre consultation si elles souhaitent changer. S'il y a des avantages qui les séduisent sur d'autres moyens. Sachant que quand on prend une contraception, on prend les avantages mais on prend les inconvénients aussi. Voilà ça s'est dit au départ. Le changement c'est sur la discussion. Si elles ont envie d'essayer, moi je dis qu'on peut essayer et puis revenir. On n'est pas figées. »

T5 : « Il faut mettre un peu d'eau dans son vin et arriver à convaincre, cela prend du temps en fait. La convaincre d'arrêter de fumer déjà, et sinon éventuellement la convaincre de changer. En une consultation, on n'y arrive pas. »

Exposition des différents moyens de contraception :

T1 : « Je leur explique les différentes techniques. »

T3 : « Est-ce qu'elle a entendu parler d'autre moyen de contraception ? »

T5 : (réceptivité des patientes) « C'est variable, il y a beaucoup d'idées reçues sur les autres moyens. », « Déjà les femmes ont des idées reçues et nous aussi on a des idées reçues sur les modes de contraception. Sur le mode de contraception pour chaque type de patiente, entre guillemets. »

T7 : « J'envisage une contraception adaptée qui va du stérilet, car je pose également des stérilets. Des méthodes locales voir la contraception. »

b-Pour la patiente :

1) Le changement, plus souvent une décision de la patiente :

T1 : « Si elles me le demandent, si elles viennent spontanément. », « Souvent c'est elles qui nous le demandent. Elles disent : on ne pourrait pas changer? », Souvent, souvent, souvent cela vient d'elles. Elles veulent essayer autre chose. »

T3 : « Et assez souvent elles disent si cela ne va pas. Si les copines ça marche bien et elle il n'y a rien qui marche. », « Souvent elles viennent avec une idée. »

T4 : « Essentiellement la demande de la jeune fille, qu'elle n'est pas satisfaite. », « On va dire 50/50. »

T5 : « La plupart du temps c'est plutôt elles qui viennent avec une idée de changement. C'est plutôt sur la demande de la patiente. »

T9 : « C'est rarement moi, qui suis amené à suggérer autre chose. »

T11 : « Je pense qu'il y a deux tiers c'est elles qui viennent avec l'idée de changer et un tiers c'est moi. », « Deux tiers c'est elles qui veulent changer, et un tiers c'est moi qui change parce qu'il y a quelque chose cliniquement ou sur la prise de sang. »

2) Phénomène de mode :

T4 : « Elles ont une copine ou elles ont vu une lecture. »

T6 : « Et elles parce qu'elles en ont ras le bol de prendre la pilule. Et que la copine ou la voisine, ça marche mieux. »

T7 : « Souvent les femmes arrivent avec une idée de ce qu'elles veulent prendre. Soit, il y a un peu le phénomène de mode. Soit elles ont vu des revues des choses comme cela et c'est elles qui nous en parlent. »

Pilule oestro progestative : Moyen le plus populaire : T1 : « Elles sont très attachées à leur pilule et le comprimé. », « elles préfèrent avaler c'est quand même plus simple. Moins de

manip. Mais la majorité, elles sont pilule contraceptive classiques. C'est dans les statistiques je crois. »

T2 : « Une pilule oestro-progestative avec des règles très très précises. »

T5 : « (Vision des patientes) La contraception, c'est la pilule, et en gros le reste c'est plus difficile, je pense. »

T7 : « Souvent, les femmes arrivent avec une idée de ce qu'elles veulent prendre, bon alors c'est souvent encore la contraception orale. »

3) Les femmes sont ouvertes aux propositions de changement :

T3 : « Je ne trouve pas qu'elles sont fermées. Elles ont des questions, cela se passe plutôt bien. »

2) Place de la contraception d'urgence :

a-Contraception d'Urgence en accès libre, le médecin généraliste :

1) Est très peu concerné : T1 : « Les plus jeunes savent que cela existe, vont la chercher toute seule. »

T2 : « Cela peut arriver encore exceptionnellement, puisque la contraception d'urgence est disponible en pharmacie en vente libre, on ne passe plus tellement par nous pour cela. Elles y vont directement la plupart du temps. »

T5 : « Et après, maintenant là-dessus, on est zappé. On n'a pas à intervenir dans l'histoire...parce que c'est quelque chose qui est maintenant disponible sans ordonnance. »

T7 : « Contraception d'urgence, j'en ai très rarement prescrit parce que j'ai l'impression que les jeunes femmes vont plutôt au planning ou en gynéco quand c'est comme cela. Cela m'est arrivé une fois ou deux. »

T8 : « Je pense que là nous, nous sommes fait dépasser par les pharmaciens. Je n'ai jamais été confronté depuis un bout de temps par la contraception d'urgence. », « Je pense que ça doit passer par les urgences ou les gens plus disponibles qui en effet peuvent régler ce problème. »

T9 : « Cela m'arrive une fois par an car on a très peu de consultation pour cela. Vraiment très très peu. », « Cela passe directement soit par le planning, soit par les pharmacies directement. On a peu accès à cela. »

T10 : « Pratiquement jamais. Non, elles téléphonent mais c'est rare. », « Non, cela ne passe pas par moi la plupart du temps. »

T11 : « J'explique qu'elle peut toujours aller à la pharmacie, qu'on lui en donnera. Normalement, la pharmacienne ne peut pas refuser de lui donner. Et que même les infirmières d'école peuvent lui donner. Mais le problème c'est qu'il n'y a pas d'infirmière à l'école tous les jours. Il vaut mieux se fier à la pharmacienne. », « Je crois que maintenant elles savent bien que cela ne sert à rien de passer par moi, elles ne

reviennent plus. Je pense que le message est bien passé qu'elles peuvent aller directement à la pharmacie se la faire délivrer. »

2) Moins concerné qu'avant : T10 : « Plus avant que maintenant c'est curieux. »
T11 : « Au début, j'avais quelques petites patientes qui venaient qui passaient entre deux me demander la pilule en urgence. En garde on voyait des femmes qui venaient pour la contraception d'urgence. »

b-Prescription au cabinet :

1) Pas de prescription de contraception d'urgence en systématique :

Car elle a déjà une contraception : T1 : « A partir du moment où j'ai prescrit une contraception, je ne pense pas forcément à la contraception d'urgence. », « Non, je n'en prescris pas systématiquement. »

Oubli d'en parler : T1 : « Je ne leur dit pas toujours que cela existe, je ne leur en parle pas systématiquement. C'est peut être bête. »

Car il n'y a pas d'oublis de pilule : T1 : « J'en prescris que si elles viennent et qu'elles me disent : Voilà, j'ai oublié ma pilule. »

T3 : « Si elles gèrent bien, qu'il n'y a pas d'oubli, à ce moment-là, je ne le fais pas. »

Pas l'habitude de la prescrire en dépannage : T2 : « Ce n'est pas quelque chose que je prescris systématiquement en même temps que la contraception quotidienne. »

T4 : « Non, je n'ai pas l'habitude de la prescrire sauf demande urgente. »

T5 : « Je ne la prescris pas par contre j'en parle. »

T6 : « Je ne le fais pas. Très rarement (prescrire la Contraception d'Urgence.) »

T7 : « Je ne prescris pas de contraception d'urgence en même temps, je dis ce qu'il faut faire si on oublie sa pilule. »

2) Prescription de contraception d'urgence en même temps que le premier moyen de contraception : T3 : « Chez les jeunes, chez qui je débute une contraception, en général je mets aussi une ordonnance avec la contraception d'urgence. Souvent, enfin tout le temps sur la première pilule enfin la première prescription. », « La première prescription et finalement assez rarement sur les renouvellements. »

T11 : « Je prescris toujours la prescription d'urgence la première fois, la première pilule. »

3) Place du gynécologue par rapport au médecin généraliste dans la personnalisation de la contraception:

a-Prise en charge par le médecin généraliste en attendant la prise en charge par le gynécologue :

T3 : « Les ados elles aiment bien, elles ont une demande (de contraception) elles aiment avoir une réponse. (Un an pour avoir une consultation gynéco c'est trop long). »

T4 : « Souvent les jeunes, on les voit de 16 à 18 ans en attendant qu'ils trouvent un gynéco. »

b- Médecin généraliste seulement pour le renouvellement de la contraception :

T1 : « Une femme qui avait sa pilule prescrite par la gynéco. », « Il y en a qui vont chez la gynéco, mais je ne me rends pas compte des chiffres. », « C'est leur gynéco qui leur fait (le stérilet). »

T2 : « car à l'heure actuelle les patientes qui sont suivies par un gynécologue n'arrivent pas à se faire renouveler leur contraception par eux, c'est pour dépanner. Nous on ne sert qu'à renouveler. Les gynécologues leur demandent de voir leur médecin généraliste pour le renouvellement. »

T4 : « Dans ce cas-là (renouvellement des patientes suivi par un gynécologue) c'est rapide car il y a déjà un suivi. »

T6 : « Parce que le gynéco ne pouvait pas la recevoir. C'est souvent le cas. », « Dans la mesure où le gynéco la reçoit tous les 6 mois ou tous les ans. Elles ne viennent pas pour un examen gynéco systématique. »

T10 : « Je leur dis bien d'aller voir le gynéco. J'aime bien qu'elles aillent voir le gynéco une fois par an. Quand elles vont voir le gynéco une fois par an, le gynéco renouvelle pour un an donc c'est pratique. »

c- Difficultés à trouver un gynécologue dans le Cher :

T3 : « Nous sommes dans une région où la consultation gynéco il faut un an pour l'avoir. Donc ça démotive beaucoup. », « Un an après, cela fait long en sachant en plus que dans la région ils prennent peu de nouvelles patientes. En gros s'il n'y a pas maman qui est suivie par la gynéco, elles n'ont pas d'initiation de contraception. », « S'il y a un suivi par un gynéco autre, en général je renouvelle pour 3 à 6 mois pour qu'elles ne soient pas en rupture. », « On est dans un secteur où il y a beaucoup de jeunes avec la base militaire qui est pas loin, avec ces femmes jeunes qui arrivent, qui n'arrivent pas à trouver de gynéco en ville, elles viennent mais après je les suis pour tout. »

T4 : « Souvent les jeunes, on les voit de 16 à 18 ans en attendant qu'ils trouvent un gynéco et quand elles partent vers une ville de fac on leur dit « Ecoutez, vous verrez un gynéco là-bas. », « J'essaie de faire un petit courrier pour la gynéco. Elles iront peut être plus facilement chez un gynéco. », « Le problème étant de trouver un rendez-vous gynéco. »

« C'est un problème financier, celles qui ne peuvent pas avoir un rendez-vous gynéco en dehors de Bourges. »

d-Changement de moyen de contraception dévolu au gynécologue :

T10 : « Le changement c'est plus souvent dévolu à la gynécologue. »

T11 : « Les problèmes c'est toujours les mêmes c'est les femmes de 45 ans qui fument, qui sont un peu rondettes et qui veulent une pilule remboursée, je ne sais pas trop ce que je peux leur proposer. J'ai quand même tendance à dire, vous ne voulez pas aller voir un gynéco et envisager une solution un peu définitive (stérilisation). »

4) Place des supports et documents sur la contraception :

a-Outils pour les patientes :

1) OUI :

Outil de démonstration : T1 : « J'avais des trucs de labo, on voyait les plaquettes. », « Pour montrer aux jeunes filles à quoi cela ressemble, j'avais un mini stérilet...pour leur montrer la taille du stérilet, leur montrer la tête que cela avait. »

T3 : « Oui, cela j'ai (des supports tel que stérilet, implants etc...), j'ai plus d'implant. Pour leur montrer à quoi ressemble un stérilet. Oui, ça j'ai. Pour démystifier un peu le stérilet, cela se pose bien. »

T5 : « Le préservatif, tout cela, j'ai des plaquettes pour essayer d'expliquer tout cela. », « J'ai mon petit truc de plaquettes : j'aime bien lors montrer les plaquettes comment cela se présente. Parce que l'air de rien au départ elles ne savent pas comment cela se prend, ou elles savent de façon partielle.

T6 : « C'est un anneau, un implant, différentes pilules, des courbes modèles, un stérilet dans du plastique. »

T7 : « Je montre les pilules, je montre le stérilet. J'ai mon petit porte-clé avec tout. Mon petit stérilet. Oui, oui, cela j'explique. J'ai aussi un support papier pour les cycles. »

T8 : « Parfois je trouve quelque chose, une démonstration de stérilet et tout cela. Démonstration de préservatifs. On avait des organismes péniers. »

Fiches pour les patientes : T2 : « J'ai des fiches pré-imprimées dans l'ordinateur. Mais c'est vrai que je ne m'en sers pas beaucoup. »

T3 : « Pour les jeunes je me suis faite une petite fiche notamment pour la prise de pilule. Qu'est-ce qu'on fait en cas d'oubli. Et c'est tout ce que j'ai. Et que je donne. », « Avoir des supports écrits, je pense que notamment chez les jeunes, c'est indispensable, j'ai cela à améliorer. »,

T5 : « Et ben, j'ai mes petits papiers de, mon petit carton d'infos de l'INPES. », « Et après les petits formulaires de l'INPES, notamment sur les MST. Et puis ce que je donne souvent, j'ai un truc qui est bien fait sur les oublis de pilule, cela explique quoi faire selon

le moment où elle a oublié. Cela évite les appels. Dans ce papier-là, je crois qu'il doit y avoir un truc sur la pilule du lendemain. Je ne la prescris pas mais je le note dans le petit formulaire là. Alors cela en général, je le donne à la première prescription, maintenant après je ne leur donne pas à chaque fois. »

T6 : « La première fois, oui régulièrement. J'ai cela : La pilule au quotidien par exemple. C'est des choses que j'essaie de distribuer. »

T7 : « Oui, j'ai des petits livres que je donne à la patiente sur, voilà c'est que sur la pilule, la contraception orale. Que faire si je vomis, que faire si je saigne, que faire si je l'oublie, etc...Ce qu'on retrouve dans la boîte. Je leur explique et je leur en donne quand j'en ai. »

T8 : « J'avais toujours des petits trucs à utiliser si vous avez oublié une pilule. Quelques informations de premier recours s'il y avait un problème, j'ai un support écrit. »

Supports pour préparer la consultation : T4 : « J'en ai quelques-uns, je vais vous montrer ce que j'ai. De labo, ce n'est pas tout à fait actualisé. Celui-là je l'aime bien, il y a tout d'expliqué dedans mais il date un peu. Souvent je leur donne les documents à l'avance en leur disant qu'elles le lisent, qu'elles notent les questions avant la consultation. Histoire de gagner du temps. Qu'elles notent ce qu'elle veut savoir, ce qu'elle ne sait pas. Pour qu'on en discute, qu'on cible ce qui ne va pas. Plutôt que de faire un catalogue. »

Support utile pour la patiente après la consultation : T6 : « C'est un support pour continuer la consultation. A tête reposée qu'elles le lisent. »

2) NON :

Car on a trop de papiers : T1 : « J'ai pas de support, cela vire vite au bazar, j'en mets partout, je les perds. Je les jette au fur et à mesure, j'en ai des tonnes et je ne les utilisais jamais. », « (elle cherche) La preuve je les perds. »

Ne les utilise pas : T1 : « Ca j'en ai pas non (en parlant de documents à remettre aux femmes). », « J'ai pas de papier à leur remettre, de brochure. J'avoue je ne donne pas. »

T2 : « J'en ai mais je ne m'en sers quasiment jamais. J'en ai mais je m'en sers très peu. »

T3 : « Pour moi non (en parlant des supports pour la consultation). »

T8 : « Pas grand-chose. »

Non, car préfère les consignes par voie orale : T9 : « Par principe, je ne donne pas de support. On a un mal fou avec mon associé à donner des supports. J'ai l'impression que c'est pas forcément quelque chose qui va être lu, ce n'est pas forcément quelque chose qui va être utilisé après. Et je ne veux pas que cela me dispense moi de faire passer les messages que j'ai à faire passer. »

T10 : « Non, je leur donne des consignes par voie orale. »

b-Outils d'aide pour le médecin :

- 1) Fiches avec dosages hormonaux : T8 : « J'ai un truc qui est pas mal c'est tous les dosages hormonaux, de toutes les pilules. Cela me donne une référence œstrogène, progestatif et c'est parfait en fonction des inconvénients qu'elles peuvent avoir, comment les compenser et tout ça. J'ai les équivalents génériques de ce qui n'est pas remboursé. C'est pas mal, c'est un vieux truc, c'est parfaitement visuel. J'ai rajouté les génériques. Je la garde précieusement. »
- 2) Livre : (Astuce en cas de migraine cataméniales) : T9 : « Je me réfère beaucoup à un livre de Martin Winckler qui est dans mon bureau et je vais régulièrement voir. »,
« J'ai Prescrire sur mon bureau. »
T9 : « J'ai appris le système tri-cycle. Je ne pensais pas que l'on pouvait l'utiliser comme cela. Par exemple une jeune fille qui a des céphalées cataméniales et qui est embêtée, la solution c'est le système tri-cycle, on fait trois cycle sans s'arrêter et cela diminue d'autant le nombre de céphalées. »
- 3) Formation : T9 : « J'étais allé à la formation MG form sur la contraception il y a quelques années, sur la gynécologie de la jeune femme. »
T3 : « J'ai fait le DU de gynéco l'année dernière. »
- 4) Avis de médecins femmes : T9 : « J'en parle aux internes si elles ont des solutions. »

c-Fiche INPES : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? »

- 1) Aucun souvenir de l'avoir reçu : T1 : « Je ne m'en souviens pas, franchement pas du tout. », « Oui, celle-là je l'ai reçu, ce que j'en ai fait, je ne m'en souviens absolument pas. »
T2 : « Franchement non, franchement non, cela ne me dit rien. Rien du tout. Si je l'ai reçue cela est parti dans un coin. Je n'ai pas le souvenir d'avoir reçu cela. Cela ne me dit vraiment rien. », « On reçoit tellement de documents, on est tellement noyé sous les documents. Avec un an de recul je ne me souviens pas de ce que j'ai reçu. »
T4 : « Non, ...je pensais que c'était à donner aux patientes. Je cherchais un truc pour les patientes. »
T7 : « Non, cela ne me dit rien. On l'a reçu tous ? Cela ne me dit rien du tout. Ben non, je ne la connais pas, je ne l'ai même pas vu. »
T11 : « Du tout. (Je lui montre) Sûrement, oui j'ai sûrement reçu cela. Le problème c'est qu'on est noyé par d'une part les documents de l'INPES et d'une part les documents envoyés par la sécu. L'INPES, ils sont bien gentils, ils envoient plein de choses très intéressantes mais si on garde tout on n'a plus rien. On n'a pas de place pour tout. Il faudrait avoir le temps de tout lire de tout regarder mais moi je n'ai pas le temps. »
- 2) A reçu la fiche de l'INPES mais ne l'utilise pas : T3 : « Je l'ai lu vite fait, je ne l'utilise pas, car j'ai fait le DU de gynéco l'année dernière, nous avons un peu travaillé dessus effectivement. Je ne me la suis pas appropriée effectivement. »

3) Des rappels inutiles dans la fiche INPES : T5 : « Il me semble que j'ai reçu cela. Je dois avoir cela quelque part. », « C'était des trucs que je savais déjà en fait. Il n'y a rien d'autre d'extraordinaire là-dessus. »

T8 : « Non, je n'ai pas cela. Alors peut être que je l'ai vu passer. Oui, cela on le fait. C'est des rappels. Ça fait partie des...C'est bon. Cela va me rafraîchir la mémoire. Cela correspond à ce qu'on fait. »

4) Fiche INPES passée à la poubelle : T6 : « Oui, je l'ai vu cela. Je l'ai lu puis je l'ai jetée. »

T9 : « Moi, l'INPES cela passe directement à la poubelle. Il y a des conflits d'intérêt absolument majeur. »

D- Idées reçues autour de la contraception :

1) Idées reçues du médecin :

a-Pilule :

1) Avis sur la pilule oestro-progestative :

Problème des oublis avec la pilule oestro-progestative :

T8 : « (Difficulté) La méthode : prendre la pilule et ne pas l'oublier, c'est cela la difficulté. Comme tout le monde. Les filles un peu distraites. Un jour sur deux et comme on est dans les mini dosages...Problème : l'observance. Sinon c'est passé dans les mœurs. »

2) Avis sur les micro-progestatifs :

Pilule contraignante : T1 : « Pilule assez contraignante quand même, qu'il faut prendre tous les jours et cela c'est compliqué. »

Micro-progestatifs associées aux Dysménorrhées : T2 : « Contraception où vous avez des règles beaucoup moins régulières. Il faut les prévenir avant que cela ne sera pas toujours aussi impec. Et ce n'est pas forcément toujours bien accepté ce genre de chose. Il y a les avantages et les inconvénients, il faut bien leur mettre en avant les avantages aussi. Elles peuvent quand même se laisser convaincre. Mais ce n'est pas toujours facile. »

T11 : « Il y a des femmes qui sont en péri-ménopause qui ont des contraceptions avec la progestérone et donc qui n'ont déjà plus de règles. », « J'ai beaucoup de patientes sous CERAZETTE et donc qui n'ont plus de règles. »

Situation difficile : changement pour micro-progestatifs : T2 : « Heu oui, par exemple quand vous passez d'une pilule oestro-progestative avec des règles très, très précises. Vous passez à une contraception où vous avez des règles beaucoup moins régulières. »

b- Avis sur les implants :

1) Problème de tolérance :

Beaucoup d'effets secondaires avec les implants T1 : « Nous maintenant, on les prévient bien. Il y en a eu tout un tas fut un moment qui ne se sont pas rendu compte qu'elles pouvaient avoir des aménorrhées ou des saignements n'importe quand. Et qui demandaient de les enlever 6 mois après la pose. On leur explique bien, que cela peut avoir des effets secondaires et qu'il faut qu'elles essaient en comprimés. », « J'en ai eu plusieurs qui sont venues me voir à la suite pour faire retirer les implants. »

T4 : « Non, alors ça directe gynéco. Les implants elles sont toujours en train de rouspéter, cela ne va jamais. Alors non, retour directe au gynéco. Je ne suis pas compétente. Tout ce qui est implants,... cela ne va jamais. Donc je leur fais un courrier. »

T5 : « C'était un peu galère. Des implants posés qui quelques semaines après voulaient être enlevés. Parce que c'était absolument insupportable, alors ça franchement moi. Je préfère, les gynécos le font très bien. Je ne le fait pas, enfin, je ne le fais plus en tout cas. Celles à qui j'en ai posé si à échéance, cela se passe bien, qu'elles sont d'accord pour le remettre, je le remettrais peut être. Pas initier un implant chez une femme qui n'en a jamais eu... Que je n'expliquais peut être pas bien les choses. Les modalités, une fois que c'était posé, que c'était quand même mieux si c'était poursuivie, on ne pouvait pas en retirer, en remettre comme cela tous les 4 matins. »

T7 : « Je dirais que ce qui reviens comme effet secondaire c'est l'aménorrhée. Ce n'est pas trop mal toléré, c'est même bien toléré. »

T8 : « Mes amis gynécos ne m'ont pas incité à mettre des implants, ils n'étaient pas d'accord. Tous ceux à qui j'ai demandé n'étaient pas d'accord surtout les effets hormonaux que cela peut donner. »

T9 : «Propos rapportés de patientes: « On est dans le pâté, on n'est pas bien, on est vertigineuses, nauséuses. » », « J'ai du mal à avoir une idée clair sur l'implant, le niveau de tolérance. J'ai du mal à le conseiller. ».

Implant et problème de tolérance locale : T7 : « Les implants c'est pareil, on peut l'enlever quand localement cela gêne. Elle le supporte puis au bout d'un moment cela devient gênant, on ne sait pas pourquoi. »

T11 : « Moi, tous les implants que j'ai posés, il n'y a pas eu de problème local. Bon après il faut qu'elles supportent. »

2) Avant de mettre un implant, proposition de pilule progestative :

T1 : « Mais les implants c'est assez particulier, alors on essaye d'abord les micro-progestatifs avant...au moins qu'elles sachent à quoi s'attendre. Au niveau des effets secondaires. »,

T10 : « On essaye une pilule puis elles iront voir leur gynécologue après. Je leur propose. », « CERAZETTE. »

T11 : « Moi, ce que je fais, je donne la pilule pendant 6 mois. Et on voit comment cela se passe. Je donne CERAZETTE pendant 6 mois. Chez les patientes que je connais bien, chez les patientes qui ne sont pas stressées des règles. »

3) L'implant au cabinet :

Implant difficile à retirer :

T5 : « L'implant ce n'est pas très connu finalement. », « Les implants j'en ai posé, et maintenant, je vous avoue que...souvent des soucis en plus. J'ai eu 2, 3 épisodes d'implants...Un posé par un gynéco et après on ne le retrouvait plus. »

T7 : « Le seul souci c'est pour les retirer. »

T9 : « Sachant qu'on doit le retirer, j'ai pas envie de faire de la boucherie. »

Pas de pose d'implant au cabinet par manque de temps T1 : « On leur propose. », « On les pose pas,...un peu débordé de boulot. Donc poser des implants en plus et tout, donc on le fait pas. Mais on leur propose. »

L'implant, pratique du médecin généraliste : T3 : « Oui et je les enlève aussi (en parlant des implants). »

4) Pour qui :

Implants pour les femmes intellectuellement limitées T8 : « On fait ça chez des gens intellectuellement limité, l'implant cela aide. »

Implant pour les femmes qui oubli leur pilule et refuse le stérilet : T2 :

« Exceptionnellement, exceptionnellement, c'est très rare. Il y a quelques femmes incapables de se discipliner par rapport à la pilule contraceptive, qui ne veulent pas de stérilet. On n'a pas grand-chose à leur proposer on peut leur parler à ce moment-là. »

c-Avis sur le stérilet :

1) Le stérilet, un moyen de contraception satisfaisant :

T3 : « Il n'y a pas de mauvais retour (de la pose de stérilet) donc heu tout le monde y gagne. »

T4 : « C'est vrai qu'il y en a certaines qui sont satisfaites et qui ne veulent pas changer. »

T9 : « Le stérilet je suis très favorable. »

2) La pose :

Le stérilet pose par le gynécologue : T1 : « Le stérilet, il y en a quelques unes, mais celles-là elles sont conquises. Pas de problème c'est leur gynéco qui leur fait. »,

T2 : « qu'on lui propose un stérilet, cela sera différent, pour elle la contrainte ne sera pas la même. C'est pas toujours facilement accepté. », « En général, c'est plutôt les gynécos qui les suivent maintenant, ils leur arrivent d'avoir des petits problèmes gynéco

intercurrents. », « Au début de mon installation, je posais les stérilets. J'ai arrêté cette pratique. Car quand on fait des gestes qu'on ne fait pas suffisamment souvent et régulièrement, on finit par le faire mal. Donc j'ai abandonné. Je ne le fais plus. »

T4 : « Non, alors ça directe gynéco. », « Le stérilet oui, cela m'arrive de la proposer assez facilement. », « Quand je vois qu'il n'y a pas une bonne observance de la pilule ou qu'il y a deux enfants. Dans ces cas-là, j'essaie de voir si elles ne pourraient pas se décider à, avec le gynéco. »

Frein à la pose de stérilet : le matériel nécessaire, l'assurance, le temps : T1 : « On leur propose. », « La pose de stérilet cela pose des problèmes d'assurance, l'assurance est particulière, et puis on est un peu débordé de boulot. »

T9 : « Je n'ai pas envie en plus de me mettre en plus tout le système qu'il faut, parce qu'on doit avoir de l'oxygène. Je pense qu'il faut en avoir fait suffisamment pour pouvoir le faire sans problème. ».

Pose de stérilet par le médecin généraliste : T3 : « Et les stérilets aussi (je les pose), j'ai un bon retour, pour l'instant cela se passe bien. », « Pour leur montrer à quoi ressemble un stérilet. Pour démystifier un peu le stérilet, cela se pose bien. »

3) Proposition du stérilet quand la pilule est mal tolérée :

T6 : « (Proposition du stérilet) Quand la pilule est mal tolérée. »

d- Avis sur le patch :

1) Le patch peu connu :

T2 : « Comme le patch aussi, je ne propose pas le patch car je ne propose pas ce que je ne maîtrise pas. »

T10 : « Les patchs je n'ai vu aucun représentant me les présenter. Je ne sais pas du tout. »

2) Patch, peu différent des autres moyens : de la pilule OP, proposé au même titre que les autres quand oublis de pilule :

T5 : « Oui, j'en ai. Le patch cela ne change pas grand-chose par rapport à la contraception orale, les effets secondaires c'est pareil, à part le mode qui est peut-être un peu plus facile et encore. Mais oui, j'en ai sous patch et effectivement cela se passe bien. Pas de choses particulières par rapport au patch. »

T7 : « Les patchs c'est comme les autres moyens de contraception moi je les propose quand il y a des oublis de pilule, une mauvaise tolérance enfin voilà. »

3) Inconvénients :

Les Patchs sont surdosés : T11 : « Ça a été la mode à une époque, je me contente de renouveler. Cela se passe bien. Des petites dames qui oubli la pilule. Ce que j'avais

remarqué c'était qu'elles avaient un peu mal aux seins et qu'elles avaient des règles très abondantes. Ça doit être un peu surdosé. »

Le patch peut se décoller : T1 : « Le patch, je leur propose, j'en ai quelques-unes, 4 ou 5 à tout casser, je leur propose mais elles ne veulent pas que cela se voit, elles ont peur que cela se décolle. »

T9 : « C'est presque plus les patientes qui viennent en parler. Quand elles ont l'impression qu'elles ne veulent pas avaler quelque chose. Quelles ont le sentiment que ce sera mieux que cela passe par la peau. J'ai un peu en tête le problème des patchs de substitution de la ménopause. Cela se décollait, aller se baigner ce n'était pas quelque chose de très marrant. Je pense que c'est plus à recommander à des gens qui oubli beaucoup, qui ne veulent pas prendre par la bouche. Je ne suis pas un amoureux de c'est trucs là. »

e-Avis sur l'anneau :

1) Anneaux, peu fréquent : T3 : « Des anneaux non. C'est moins... »

T9 : « C'est très peu utilisé, très peu utilisé par les confrères gynécologues. Je ne propose pas spontanément. »

2) Peu d'information sur l'anneau :

T2 : « Oui, oui très peu, cela se compte sur les doigts d'une seule main (nombre de patientes sous NUVARING). », « C'est pas moi (qui le propose), je n'ai pas assez d'expérience dans la contraception. »

T9 : « Il faudrait que je refasse une formation par rapport à cela. »

T10 : « (comme les patchs) Je ne connais pas non plus, je pense qu'il n'y en a pas beaucoup qui ont une contraception par anneau. »

T11 : « Ça je ne sais pas ce que c'est, je ne maîtrise pas du tout. Honnêtement c'est quelque chose que je ne prescris pas du tout. »

3) Anneau, problème d'irritation locale :

T5 : « J'ai une patiente qui a un anneau et qui le supporte bien. Par contre j'ai pas mal de patiente qui ont essayé et qu'on pas continué en fait. C'est très individuel. Moi, je le propose, j'ai quelques patientes qui ont essayé, qu'on dit que cela n'allait pas. Après quand elles sont habituée à la pilule, l'anneau c'est quand même un peu plus compliqué. Celles que j'avais qui avaient essayé souvent il y avait des irritations locales. Souvent c'est pour cela qu'elles arrêtaient. »

f-Autres moyens de contraception :

1) Préservatif pas un bon moyen de contraception :

T5 : « Le préservatif pour monsieur qui n'est quand même pas un super moyen de contraception. »

2) Méthodes locales non mis en avant :

T5 : « J'en fais pas la pub, je n'en parle pas à mes patientes. J'ai quelques patientes. Mais je ne propose pas. »

3) Injection trimestrielles :

T5 : « Les injections, je ne propose pas. C'est vrai qu'on ne le fait pas, je ne sais pas. »

4) Avis sur la stérilisation :

On repousse l'échéance : T5 : « C'est les femmes relativement encore jeunes qui voudraient en fait, à qui on refuse la stérilisation. J'en ai quelques-unes qui avaient déjà des enfants, qui voulaient une stérilisation, à qui on a refusé. On lui disait on ne sait jamais si elle refaisait sa vie etc.... En attendant c'était un peu compliqué pour trouver un moyen de contraception. », « Il s'était quand même renseigné pour la vasectomie. Il n'était pas très chaud pour cela, c'est souvent le cas. », « Faut qu'elle vieillisse. »

T7 : « C'est elles en général qui sont en demande et qui cherche un peu comment faire. Dans ce cas-là je les oriente vers le gynéco. »

T8 : « Des hommes qui demandent des vasectomies. », «Voilà pour les femmes on me demande mais on essaie de repousser l'échéance. »

T9 : « C'est les patientes qui viennent la plupart du temps. C'est des choses qui peuvent être évoquer quand elles ont eu plusieurs enfants et que manifestement elles n'ont plus envie d'avoir d'enfants, qu'elles veulent continuer de fumer, qu'elles ont eu un enfant non désiré sous contraception. Souvent elles ont une demande plus marquée à ce moment-là. Cela se discute mais relativement rarement. »

T10 : « Si, si voilà, je dis mais vous êtes jeune et la gynéco dit pareil. »

Médecins généralistes peut confrontés à la situation : T10 : « Peut-être une ou deux fois quand même. Cela fait maintenant des années qu'on ne me demande plus, et je ne propose pas non plus. »

g-Contraception d'urgence :

1) Contraception d'urgence, les jeunes sont informées, les plus âgées moins :

T1 : « Les plus jeunes savent que cela existe, vont la chercher toute seule. », « dans les femmes de plus de 25 ans, je ne me souviens pas qu'il y en a qui m'ont dit qu'elles l'avaient prise...c'est vrai qu'elles ne la prennent pas beaucoup. »

T2 : « Non, c'est plutôt les jeunes (qui utilisent la CU). »

T5 : « J'en parle plus, c'est vrai aux jeunes filles, voilà mais en fait c'est valable pour toutes les femmes. Plutôt les jeunes surtout lors de la première ordonnance. »

T6 : « Je parle de la contraception d'urgence chez les jeunes surtout. »

T9 : « La plupart du temps j'ai l'impression que les jeunes femmes le savent. Connaissent la contraception d'urgence. Je crois que c'est passé à peu près dans les mœurs. Moi, je

leur en parle lors de la première contraception. Puis également de temps en temps dans les consultations des adolescentes. »

2) Sentiment d'inutilité de prescription de la Contraception d'Urgence en cas de présence de moyen contraceptif :

T1 : « A partir du moment où j'ai prescrit une contraception, je ne pense pas forcément à la contraception d'urgence. »

T2 : « Elles nous voient après en nous expliquant ce qui s'est passé. Pour une contraception au long court. Mais pour la contraception d'urgence, c'est comme ça que cela se passe. », « Non, c'est plutôt les jeunes (qui utilisent la Contraception d'Urgence). Qui n'ont pas encore fait la démarche de mettre en route une contraception, coincées. »

T4 : « Et puis, elles vont démarrer rapidement, alors si elles ne l'oublient pas. C'est pour cela que je ne prescris pas tellement de contraception d'urgence à l'avance. »

h-Autres idées reçues :

1) Eliminer une grossesse avant d'initier une contraception :

T6 : « Chez les jeunes il y a systématiquement un toucher quand elles viennent pour la première fois ou autre pour vérifier qu'il n'y a pas une grossesse en cours. Cela m'est arrivé plusieurs fois. »

2) Omission ou mensonge des patientes :

T1 : « (en parlant de l'ancienneté du frottis) On s'est rendu compte qu'il devait y en avoir qui nous mentent sur le coup. »

2) De la patiente vue par le médecin :

a-Peur de la contraception :

1) Peur du stérilet :

T5 : « Le stérilet, vous avez des femmes qui ne veulent absolument pas en entendre parler. Qui ont une espèce de peur par rapport à cela. Et ça ce n'est pas très rationnelle, il faut expliquer et au bout d'un moment, on finit par arriver à quelque chose mais c'est souvent difficile. Il y a quand même pas mal d'idées reçues par rapport à cela. Le stérilet, l'implant, ce n'est pas très connu finalement. »

2) Refus de changement de moyen de contraception par peur :

T1 : « Elles comprennent pas pourquoi avant cela allait et que maintenant ça va plus. »

T2 : « Quand une femme est bien habituée à sa contraception, qu'elle est bien habituée, elle n'aime pas changer c'est clair. »

T3 : « Je pense que des fois il y a une barrière car elles n'ont pas forcément entendu parler. Ou parce qu'elles se font une image. »

T5 : « C'est vrai que des fois on change et on se retrouve avec des effets secondaires, puis elles vous disent, je vous avais bien dit, cela marchait mieux avec ma pilule d'avant. C'est vrai que ça c'est un peu compliqué. », « Des fois elles n'ont pas envie ou elles ont des idées bien arrêtées et puis vous avez beau leur expliquer les choses. »

T10 : « Elles n'aiment pas souvent changer. Je veux dire elles ne me demandent pas de changer quand moi je veux changer elles me disent « Ben non ». Elles sont habituées à leur pilule, alors elles ne veulent pas changer. C'est quand il y a un petit problème qui se pose. Des métrorragies ou autre chose. C'est plus souvent dévolu à la gynécologue. »

T11 : « Il y a des femmes qui me disent, je la prends depuis 25 ans, je ne vois pas pourquoi je la changerai. Je leur dis ce n'est pas la pilule qui change c'est vous. Alors la pilule que vous preniez à 20 ans, forcément à 40 cela ne va pas. Ce qui est compliqué, c'est quand elles la prennent depuis 20 ans et puis que manifestement c'est la pilule qui n'est pas adaptée. »

3) Anneau, appréhension d'un dispositif vaginal :

T1 : « Une qui a un anneau. Une seule. Elle trouve que c'est pratique, mais les autres l'idée de mettre un anneau. Il faut mettre l'anneau, le garder et mon partenaire, et si il tombe. »

T5 : « Voilà, il y a le côté, ce n'est pas non plus évident, sur le côté un peu psychologique. Enfin voilà, c'est plus compliqué. Donc, l'anneau, oui ça je le propose. »

b-Souhaite une contraception remboursée :

1) Utilisation de l'anneau freiné par le problème financier : T8 : « Oui, je le propose, problème financier. C'est le problème financier qui peut freiner l'utilisation. C'est quand même un certain prix. »

2) Patch, non remboursé : T8 : « C'est le problème financier qui peut freiner l'utilisation. »

3) Demande de changement de contraception pour une Pilule remboursée :

T5 : « C'est aussi à sa demande. Il y a certaines femmes qui peuvent en avoir marre de certain mode de contraception, qui veulent changer. Qui veulent éventuellement quelque chose qui soit remboursé, après il y a plein de motifs qui font que. »

Faculté de Médecine de TOURS

DUGUÉ Marie-Louise, Anne épouse DURET

Thèse n°

109 pages – 5 tableaux

Résumé :

Contexte : Le taux d'IVG reste stable à 200 000 par an depuis de nombreuses années en France malgré la multiplicité des moyens de contraception. Pourtant, 90% des femmes ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent un moyen de contraception. Les échecs sont donc probablement dus à un moyen non adapté. Le médecin généraliste est un des acteurs principaux dans la promotion de la contraception. L'objectif de cette étude a donc été d'explorer la pratique des médecins généralistes en 2012 en matière de personnalisation de la contraception.

Matériel et méthode : Une étude qualitative exploratoire prospective par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes du CHER a été réalisée entre Juillet et Août 2012. L'échantillon était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, des lieux d'exercice, de l'année de thèse, du mode d'exercice et du statut ou non de maître de stage. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des médecins généralistes évoquait des demandes fréquentes de prescription de contraception. Cependant, les patientes banalisant celle-ci, la personnalisation était plus difficile. Ils insistaient sur le fait qu'ils souhaitaient respecter les contre-indications mais que le choix se faisait par la patiente. Un manque d'information et des idées reçues persistaient sur les méthodes contraceptives. C'était le cas, particulièrement avec les nouvelles méthodes (patch, anneau et implant) et la contraception d'urgence. D'après les médecins les femmes semblent réticentes au changement de contraception.

Conclusion : Les freins à la personnalisation de la contraception mis en évidence restent le manque d'information des médecins généralistes et des femmes sur les différents moyens de contraception et l'absence de prise en compte des habitudes sexuelles des femmes.

Mots clés :

- Médecin généraliste
- Contraception
- Comportement en matière de contraception

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Gilles BODY
Membres : Monsieur le Professeur Henry MARRET
Monsieur le Professeur François MAILLOT
Madame le Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Date de la soutenance : 2 Avril 2013