



CONTRACEPTION

Dans le secret de la consultation

Quelques mois après les inquiétudes suscitées par les pilules de 3^e et 4^e générations, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé le 18 mai dernier une campagne d'information « La contraception qui vous convient existe ». L'occasion de vérifier comment la question est abordée en médecine générale et si les patientes sont bien informées.

Il existe différents modes de contraception.

Le préservatif au début de la vie sexuelle, puis la pilule lorsqu'un couple se stabilise, enfin, le dispositif intra-utérin (DIU) - ou stérilet - après la première grossesse. Le schéma contraceptif des Françaises est bien établi, comme l'indiquent les premiers résultats de l'enquête FECOND menée par l'Inserm et l'Institut national d'études démographiques (Ined). En 2010, malgré une baisse inédite de l'utilisation de la pilule, une femme sur deux entre 15 et 49 ans y a recours. *Quid* alors du patch ou des implants hormonaux ? De l'anneau vaginal ou encore de la stérilisation définitive ? « *Alors qu'en France, quelques pourcents de femmes et une infime minorité d'hommes choisissent cette dernière option, c'est le cas pour 8 % des femmes et 21 % des hommes en Grande-Bretagne, 24 % des femmes et 13 % des hommes aux États-Unis*, rappelle Nathalie Bajos (☛), spécialiste de la sexualité et de la santé sexuelle, au Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations.



L'implant, inséré sous la peau, diffuse une faible dose d'hormone dans le sang - une contraception pour 3 ans.

La culture nataliste de la France est l'un des facteurs qui conduit à privilégier les méthodes réversibles de contraception.

D'abord informer...
En dehors de cet aspect, peut-être les femmes ne sont-elles pas informées que la stérilisation définitive est légalement autori-

sée depuis 2001 ? Thierry Brillac, médecin généraliste, responsable du pôle Santé de la Femme au département de Médecine générale de l'université Paul-Sabatier à Toulouse et maître de conférences associé, espère que non. « *Nous avons un devoir d'information envers nos patientes. À nous, médecins, de ne pas adopter un comportement paternaliste et de les informer de toutes les méthodes de contraception disponibles, sans jugement* », rappelle-t-il. « *Mais il ne faut pas se leurrer*, intervient Danielle Hassoun, gynécologue obstétricienne, ancienne responsable du Centre IVG de l'hôpital Delafontaine, à Saint-Denis, en banlieue parisienne. *Une consultation est trop courte pour toutes les présenter en détails. De mon côté, lorsqu'une patiente arrive pour une première consultation sur le sujet, je prends d'abord connaissance de son histoire médicale. Lorsqu'elle me dit quelle méthode elle souhaite utiliser, je lui demande pourquoi, quels avantages elle y voit et l'informe des autres moyens auxquels elle pourrait avoir recours, en fonction de ses indications et contre-indications.* »

La santé sexuelle en France

L'enquête FECOND, pour « Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles », a été réalisée en 2010 par l'Inserm et l'Ined auprès de 5 275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3 373 hommes du même âge. Ses enjeux ? Explorer les pratiques contraceptives depuis l'entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement, la prise en charge de l'infertilité et les dysfonctions sexuelles. En parallèle, 1 011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville ont été interrogés en 2011 sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive.



→ À CHACUN SA CONTRACEPTION

« Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux. »

www.choisirsacontraception.fr

Affiche de la campagne d'information conçue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Thierry Brillac renchérit : « *La contraception relève du domaine de l'intime, chaque personne a ses propres représentations, dont il faut tenir compte pour aborder le sujet.* » Le médecin toulousain, qui

affirme qu'il ne se passe pas une demi-journée sans que la contraception ne soit l'objet d'une consultation, regrette cependant que la question soit parfois abordée « *la main sur la porte, alors que la patiente s'apprête à partir.* » Quant à Marie Flori, médecin généraliste et maître de conférence associé au département de Médecine générale de l'université de Lyon, elle a une méthode imparable pour présenter les différents moyens contraceptifs : « *Je sors ma "boîte magique" de mon tiroir, celle qui contient préservatifs, pilule, implant...* » Et à chaque fois, les femmes s'exclament « *Mais c'est si petit que ça ?* », quand elles découvrent les DIU. L'occasion d'expliquer que leur pause constitue aussi - ce qui est très souvent ignoré - une méthode de contraception d'urgence : il n'y a pas que la fameuse « pilule du lendemain » pour éviter une grossesse non désirée juste après un rapport sexuel non protégé.

... ensuite, choisir

Et qu'en est-il des pilules de générations les plus récentes qui ont défrayé la chronique à cause du risque plus élevé de formation de caillots sanguins ? Comment les médecins,

généralistes ou spécialistes, ont-ils fait face aux inquiétudes de leurs patientes ? Ont-ils changé leur prescription, suivant ainsi les recommandations de l'Agence nationale du médicament, reprenant celles de la Haute Autorité de santé de ne délivrer ces pilules qu'en cas d'intolérance à celles de première et deuxième générations ? Marie Flori

ne se sent pas vraiment concernée par le sujet : « *Je ne la prescris jamais en première intention.* » Une attitude souvent adoptée par les médecins généralistes.

Nathalie Bajos apporte un éclairage à cette plus forte prescription des pilules de 3^e et 4^e générations par les gynécologues. « *D'une part, les femmes qui confient leur suivi gynécologique à un spécialiste sont socialement plus favorisées que celles suivies par un généraliste, et elles sont plus demandeuses de produits récents. D'autre part, les gynécologues sont beaucoup plus soumis à la pression des visiteurs médicaux qui en vantent les mérites.* » Pourtant, ces pilules ne sont pas mieux tolérées et coûtent plus cher que les autres...

Et les hommes dans tout ça ? « *Il est très rare qu'ils posent des questions sur la contraception*, témoigne Thierry Brillac. *Sauf quand cela concerne une problématique du couple.* » La contraception demeure donc toujours une affaire de femmes. À moins que la dernière campagne ne sensibilise aussi les hommes ? ■ Julie Coquart

1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e génération, quelle pilule pour la contraception ?

La pilule associe généralement deux hormones : des œstrogènes et de la progestérone. L'œstrogène le plus souvent utilisé est l'éthinylestradiol. La génération de la pilule est déterminée par le progestatif associé, avec l'idée que les dernières diminuent les effets secondaires reprochés aux premières pilules (maux de ventre, douleur dans les seins, migraines...). Une seule pilule de 1^{re} génération, fortement dosée en œstrogènes, est encore disponible.

- Progestatif des pilules de 2^e génération, commercialisées depuis 1973 : lévonorgestrel ou norgestrel
- Progestatif des pilules de 3^e génération, commercialisées depuis 1984 : désogestrel, gestodène ou norgestimate
- Progestatif des pilules de 4^e génération, commercialisées depuis 2001 : drospirénone

En population générale, le risque de thrombose est de 0,5 à 1 pour 10 000 femmes. Il passe à 2 pour 10 000 avec les pilules de 2^e génération. Et à 4 pour 10 000 avec celles de 3^e et 4^e générations. « *Pour autant, rappellent Danielle Hassoun et Nathalie Bajos, ce surrisque reste inférieur à celui qu'une grossesse fait courir.* »

www.choisirsacontraception.fr
www.has-sante.fr