



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'abord de la première contraception, en cabinet de médecine
générale, entre la France et l'Île Maurice**

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2020 à 16heures
Au Pôle Recherche

Par Nolwenn MIENS

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Delphine LEGRAND DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

ED : Enseignement dirigé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etude Démographique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TP : Tiers-Payant

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Liste des tableaux	5
Liste des Figures	6
Liste des photos	7
RESUME	8
ABSTRACT	9
INTRODUCTION	10
<u>I - Généralités sur l'Île Maurice.....</u>	<u>11</u>
A) Histoire et culture	11
B) Lien entre culture, religion et contraception	12
C) Les études de médecine à l'Île Maurice.....	13
D) La contraception à l'Île Maurice	14
<u>II - Quelques chiffres en France.....</u>	<u>14</u>
<u>III - L'histoire de la contraception</u>	<u>18</u>
<u>IV - Les moyens de contraception</u>	<u>19</u>
A) Les pilules	19
B) L'anneau vaginal.....	22
C) Le patch contraceptif	23
D) L'implant contraceptif.....	24
E) Le Dispositif Intra-Utérin ou DIU	25
F) Le diaphragme.....	27
G) La cape cervicale.....	28
H) Les spermicides.....	29

I)	Les préservatifs masculins et féminins	29
J)	Les injections hormonales	31
K)	Les méthodes naturelles.....	31
L)	La contraception définitive	34
	<u>V - La contraception d'urgence.....</u>	35
	<u>VI - La place du médecin généraliste dans la contraception.....</u>	36
	MATÉRIEL et MÉTHODES	38
	<u>I)- Type d'étude.....</u>	38
	<u>II)- Choix de population</u>	38
	<u>III)- Déroulement des entretiens.....</u>	39
	<u>IV)- Evaluation des résultats</u>	40
	RÉSULTATS	41
	<u>I) A propos de l'échantillon</u>	41
A)-	Sélection des médecins généralistes.....	41
B)-	Profil des participants.....	41
	<u>II – Résultats principaux</u>	43
	<u>III – Abord de la contraception à l'Île Maurice.....</u>	45
A)-	L'information sur la contraception	45
B)-	Le rôle du médecin	46
C)-	Attitude lors de la consultation	47
D)-	Prescription de la contraception	47
E)-	La prévention	49
F)-	Freins à une bonne consultation	50
G)-	L'intérêt d'une consultation sur la contraception.....	51

<u>IV)- Abord de la contraception</u>	52
A)- Information de la contraception.....	52
B)- Le rôle du médecin	53
C)- Attitude lors de la consultation	54
D)- La prescription	54
E)- Prévention.....	57
F)- Freins à une bonne consultation	58
G)- Intérêt de la consultation	59
DISCUSSION	61
<u>I)- Les forces et les limites de l'étude</u>	61
<u>III) Comparaison entre l'Île Maurice et la France</u>	63
A) Le déroulement d'une consultation de première contraception.....	63
B) Le rôle de prévention du MG.....	68
C) Les freins à la consultation	68
D) Une consultation primordiale	72
<u>V)- Les pistes d'amélioration</u>	73
<u>VI) Les perspectives</u>	76
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	82

Liste des tableaux

Tableau 1 : Méthodes contraceptives utilisées pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans.

Tableau 2 : Les pilules oestroprogestatives de 1ère 2ème et 3ème génération.

Tableau 3 : Description des DIU existants.

Tableau 4 : Nombre de médecins Mauriciens ayant répondu oui ou non aux différents thèmes.

Tableau 5 : Nombre de médecins Mauriciens ayant répondu oui ou non aux difficultés rencontrées.

Tableau 6 : Nombre de médecins Français ayant répondu oui ou non aux différents thèmes.

Tableau 7 : Nombre de médecins Français ayant répondu oui ou non aux difficultés rencontrées.

Liste des Figures

Figure 1 : Préviation de l'évolution de l'âge médian de la population de l'Île Maurice.

Figure 2 : Méthodes contraceptives utilisées par les femmes concernées par la contraception en 2016.

Figure 3 : Nombre d'IVG pour 1000 femmes en France en 2018, selon la tranche d'âge.

Figure 4 : Répartition de la population selon la religion en France en 2020.

Figure 5 : Le cycle menstruel.

Liste des photos

Photo 1 : Un anneau vaginal.

Photo 2 : Un patch contraceptif.

Photo 3 : Un implant contraceptif et son applicateur.

Photo 4 : Un DIU à la progestérone et un DIU au cuivre.

Photo 5 : Un diaphragme.

Photo 6 : Une cape cervicale.

Photo 7 : Spermicides.

Photo 8 : Un préservatif masculin et un préservatif féminin.

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste tient une place importante dans le choix de la contraception, que ce soit en France ou à L'Île Maurice. Cependant, une méconnaissance sur la contraception existe chez les jeunes filles à l'Île Maurice avec de nombreuses grossesses non désirées et le recours à des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) cependant interdites par la loi. En France, les femmes se disent bien informées sur ce sujet mais le taux de recours à l'IVG chez les jeunes filles reste néanmoins stagnant.

Objectif : Faire une comparaison de l'abord de la première contraception, au niveau de l'information, de la prescription et de la prévention, entre deux pays très différents, la France et l'Île Maurice, afin d'identifier les forces et les freins de cette consultation.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 6 médecins généralistes du Nord-Pas de Calais et de 6 médecins généralistes de l'Île Maurice, avec retranscription intégrale avant triangulation. Une analyse par théorisation ancrée a été réalisée jusqu'à suffisance des données.

Résultats : En France et à l'Île Maurice, la majorité des médecins généralistes prescrit une contraception en tenant compte des champs médicaux et non médicaux de la patiente. Cependant, la prise en charge des mineures reste floue, et la sexualité, nommée comme thème primordial à évoquer, n'est que peu abordée dans les deux pays. Le rôle de prévention est quasi inexistant à l'Île Maurice.

Conclusion : Les résultats de cette étude tendent vers la délivrance d'une information complète et vers un respect des souhaits de la patiente. En France, un rappel de l'anonymisation des consultations des mineures ainsi qu'une sensibilisation à la sexualité via des formations seraient judicieux. A l'Île Maurice, des recommandations uniques ainsi qu'un travail sur l'abord de la sexualité pourraient être bénéfiques dans la prise en charge des patientes et de leur contraception.

ABSTRACT

Context : General practitioners play a significant role in helping to choose a contraceptive method for women, in France as in Mauritius. However, young women in Mauritius suffer from a lack of knowledge about contraception : numerous unwanted pregnancies and abortions – though legally prohibited - are observed. In France, women assert that they are well-informed of the various options for contraception. Nonetheless, the abortion rate remains stable among young ladies.

Objective : To compare the approach to the implementation of a first contraception - information delivery, prescription and prevention - between two very different countries, France and Mauritius, in order to identify strengths and hurdles in the inherent characteristics of the first consultation.

Methodology : To perform a qualitative study of one-to-one semi-structured interviews among 6 general practitioners in Nord Pas de Calais in France and 6 in Mauritius. These interviews have been fully transcribed, before triangulation. Grounded theory data analysis has been performed up to the reach of sufficient data.

Results : In France and in Mauritius, a major part of general practitioners prescribe contraception in the light of medical and non medical data. Nonetheless, underaged patient care are yet unclear. The issue of sexuality remains a key topic which is rarely addressed in consultation in both countries. Unwanted pregnancy prevention role is almost nil in Mauritius.

Conclusion : The outcome of this study tends to consider the importance of delivering a comprehensive information to the patient and to take into account her requests. In France, it would be relevant to remind the anonymisation of underaged patient consultations and to perform trainings on sexuality awareness. In Mauritius, unique recommendations at the country level, and specific efforts on the way to tackle sexuality, could be useful in order to improve patient care and their contraception.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est définie comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (1). La contraception correspond à « l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée et de façon réversible » selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). La contraception doit être adaptée à chaque personne, à chaque moment de sa vie (2).

A l'île Maurice, le taux d'IVG n'est pas connu puisqu'il n'est réalisable que sous certaines conditions strictes mais des IVG clandestines sont réalisées. De manière empirique, une mauvaise connaissance de la population sur la contraception a pu être constatée. Les jeunes femmes, peu informées, ne connaissent pas les modalités de prise de la pilule ou ne connaissent pas du tout le DIU ou l'implant et nous rapportent une peur de devenir stériles en utilisant un contraceptif. Malgré cette interdiction, et suite à des hospitalisations pour complications, les IVG clandestines sont d'environ 20 000 par an (3). Les plannings familiaux, installés à l'Île Maurice depuis 1957, nous permettent d'avoir un reflet de la contraception. En décembre 2017, selon le rapport du Ministère de la Santé, on retrouve 60 204 femmes utilisant une contraception régulièrement soit seulement 1/9 de la population féminine (4).

Je me suis donc interrogée sur les causes possibles de cette méconnaissance en prenant en compte les médecins généralistes, acteurs clés pour l'information et la prévention des jeunes filles, de connaître leurs méthodes pour une telle consultation, leur approche et les limites auxquelles ils se heurtent. Il était intéressant de comparer,

ce type de consultation, avec la France, où 97% des femmes actives sexuellement utilisent un contraceptif (5) mais où le nombre d'IVG en 2017 était de 204 000 IVG (6), soit un chiffre stable, afin d'évaluer les points positifs et négatifs de la consultation de première contraception. On pourrait se poser la question du choix de l'Île Maurice. À côté du cadre idyllique de ce pays, nous avons pu voir des conditions médicales difficiles avec une absence de couverture sociale. La question de la contraception, tant sur sa connaissance que son abord, nous a paru comme essentielle.

I - Généralités sur l'Île Maurice

A) Histoire et culture

L'Île Maurice est une île pluriethnique de l'océan Indien, comptant 1 265 475 habitants, avec un sex-ratio en 2017 de 639 453 femmes pour 626 022 hommes. C'est une ancienne colonie française puis britannique, ayant acquis son indépendance en mars 1968, c'est pourquoi tous les documents officiels sont rédigés en anglais (7).

Les habitants sont majoritairement d'origine indienne pour 68 %, puis viennent ensuite 27 % de franco-mauriciens, 3 % d'origine chinoise et 2 % d'européens. La religion a une part très importante à l'Île Maurice, l'hindouisme étant la principale pour 52% de la population, 28% sont catholiques et 20% sont musulmans (8).

Ces dernières années, la population est vieillissante. L'espérance de vie a augmenté, passant de 69,3 ans en 1991 à 74,5 ans en 2017 (4).

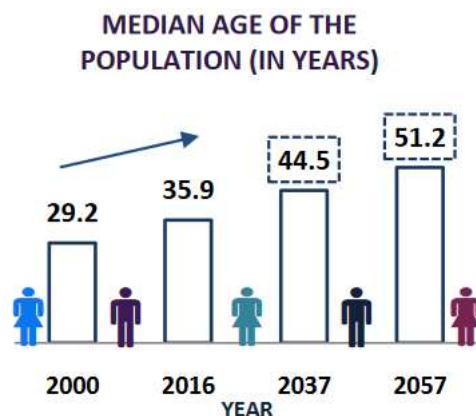


Figure 1- : Prédiction de l'évolution de l'âge médian de la population de l'Île maurice - Graphique tiré du site du « Ministry of Health and Wellness, Republic of Mauritius », Family Planning and Demographic Yearbook 2017(4)

Au niveau de la fertilité, on remarque un déclin important, le taux était de 5,86 enfants/femme en 1962 et de 1,41 enfant/femme en 2017. L'âge le plus fertile est de 25 ans. Le taux de natalité baisse également, passant de 12,9 naissances en 2009 contre 10,4 en 2017. Le taux de fécondité des femmes âgées de 15 à 19 ans est passé de 34,2 en 2008 à 23,1 en 2017, ce qui a entraîné une baisse de 32,5 %. Même si des progrès ont été réalisés dans la réduction du taux de fécondité chez les adolescentes. Malgré cette baisse, 30 naissances vivantes ont eu lieu chez des adolescentes de moins de 15 ans en 2017(4).

Depuis 1957, l'apparition des plannings familiaux a permis de donner la possibilité à tous de décider librement et avec responsabilité le nombre d'enfants ainsi que le moment de les avoir.

B) Lien entre culture, religion et contraception

La culture est liée à la religion depuis la période postcoloniale. Tout ce qui touche au sexe est synonyme de honte, on n'en parle pas, on ne pose pas de questions (9). D'après Anne McClintock, professeur ayant réalisé une étude du genre et de la

sexualité au Wisconsin, « cette culture de la honte a pour stratégie de qualifier de déviant toute personne qui transgresserait le système ou encore à la rabaisser avant de la réduire au silence. Dans la longue liste des individus qui entreraient dans cette catégorie, nous retrouvons les homosexuels, les femmes qui revendiquent leur sexualité, les jeunes, les seniors ou quiconque fréquenterait une personne d'une autre religion ou d'une autre ethnie. » (9) C'est avec la mondialisation, et tout d'abord avec internet, que les mœurs ont évolué et continuent encore d'évoluer. C'est ainsi que la contraception par pilule n'a fait son apparition qu'en 1986, et que le sujet de la sexualité reste un sujet extrêmement tabou (9). Les mœurs sont toujours en évolution et il est toujours très compliqué de parler de sexualité dans un pays où la jeune génération est tiraillée entre le poids des traditions et une envie de libération des mœurs.

C) Les études de médecine à l'Île Maurice

Les médecins généralistes exerçant à l'Île Maurice ont pour presque la totalité, réalisé leurs études à l'étranger (Inde et Chine principalement). Il est possible de réaliser ses études de médecine à l'Île Maurice, avec trois années d'externat puis trois années d'internat, mais la majorité des étudiants préfèrent quitter le pays pour des universités proposant des cursus plus variés (10). Le statut du médecin généraliste est salarié de l'Etat, même en ayant son propre cabinet.

En Chine, les étudiants étrangers doivent passer une année à apprendre le chinois puis le cursus normal est la licence (5 ans), le master (3 ans) et le doctorat (3 ans). En Inde, les étudiants rentrent à la faculté de médecine sur concours et entretien. Ils y suivent une formation théorique pendant quatre ans et demi, sans pratique hospitalière. Suit une année d'internat où l'étudiant exerce à temps plein dans un ou

plusieurs services de son choix. Au terme de ce parcours, le titre de médecin généraliste lui est attribué (11).

D) La contraception à l'Île Maurice

La sécurité sociale n'existe pas, tout est à la charge de la patiente sauf si elle s'adresse aux planning familial pour se voir délivrer gratuitement sa contraception. Souvent les patientes viennent voir le médecin généraliste une première fois pour avoir une ordonnance puis ne reviendront plus, et iront directement chercher le contraceptif à la pharmacie. Tous les médicaments étant en vente libre en pharmacie, ils restent à la charge du patient même avec une ordonnance médicale.

Une étude réalisée en 1996, sur 475 Mauriciennes hospitalisées suite aux complications d'un avortement auto-induit, montre que toutes utilisaient de façon inappropriée une méthode contraceptive telle que le retrait ou pas de méthode contraceptive. La raison principale citée pour cette non utilisation était la peur des effets de ces contraceptifs modernes (12).

En 2017, la pilule est la méthode préférée des femmes avec 22,71 % d'utilisatrices, suivent les méthodes naturelles des courbes thermiques pour 22,3 % d'utilisatrices (4).

II - Quelques chiffres en France

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fécond, réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Etude Démographique (INED), 97 % des femmes de 15 à 49 ans, sexuellement actives au

cours des douze derniers mois, ne voulant pas d'enfant utilisent un moyen de contraception, soit la même proportion qu'en 2010 selon la même source (5).

L'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie affective et sexuelle des femmes est un enjeu pour la santé sexuelle. Les actions se sont multipliées en matière de contraception et la dernière campagne nationale d'information sur la contraception, réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2007, a été promue sous le titre: « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (13).

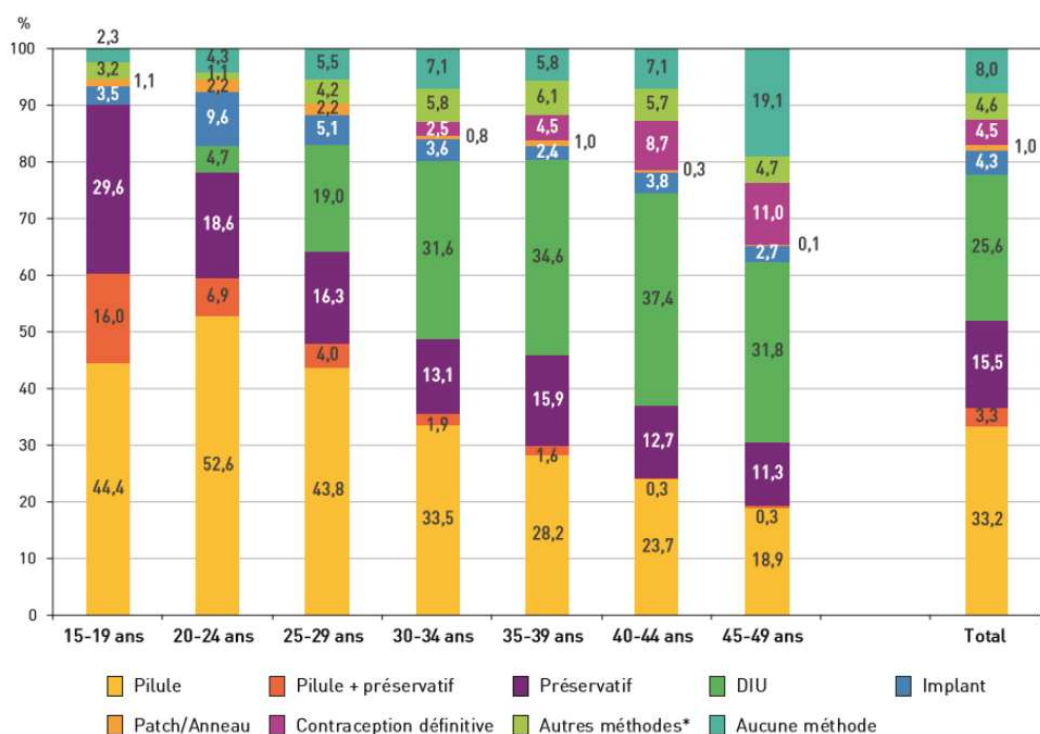
Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans									
	Année d'enquête								
	1968	1973	1978	1983	1988	1994	2000	2010	2013
Stérilisation (1)	9,7	9,1	8,5	7,8	7,1	5,6	5,4	3,7	3,2
Pilule	4,8	18,7	35,7	39,0	45,4	55,6	56,9	53,3	43,4
DIU	1,3	3,3	10,1	18,6	23,0	20,6	19,9	18,2	21,3
Autres méthodes hormonales (2)	-	-	-	-	-	-	-	4,6	4,8
Préservatif	10,9	8,8	6,6	5,5	4,3	6,6	9,3	11,1	15,3
Retrait	31,8	27,2	22,4	17,5	6,0	3,1	2,6	3,5	4,9
Autres méthodes (3)	16,0	12,9	9,7	5,2	8,7	3,7	2,6	2,8	4,5
Sans contraception	25,4	20,1	7,1	6,4	5,5	4,8	3,4	2,8	2,6
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ : France métropolitaine. Femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.
(1) L'enquêtée ou son partenaire
(2) Implant, patch, anneau vaginal
(3) Abstinence périodique, méthodes locales, autres

Tableau 1 – Méthodes contraceptives utilisées pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans - Extrait de « Contraception en chiffres », données de 1968 à 2013, INED (14)

L'évolution de la contraception entre 1968 et 2013 montre que la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé. L'utilisation du Dispositif Intra-Utérin (DIU) a nettement augmenté. Au contraire, les méthodes dites naturelles ont considérablement diminué.

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 2- Méthodes contraceptives utilisées par les femmes concernées par la contraception en 2016 - Extrait de « Baromètre Santé 2016 », 2016, Santé Publique (15)

En 2016, on peut voir que la pilule reste la méthode la plus utilisée. Le DIU quant à lui reste majoritaire chez les plus de 35ans (Voir **Figure 2**).

A noter qu'en 2010, commence un débat autour des effets indésirables des méthodes de contraception médicalisées. Cela conduit à une crise de la pilule et à une remise en avant des méthodes traditionnelles de contraception de 2010 à 2013. Mais cela ne dure pas, entre 2013 et 2016, le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive médicalisée ne change pas (15).

Au niveau des IVG, en 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse ont eu lieu en France métropolitaine, soit un taux de recours de 14,5 IVG pour 1 000 femmes. Si le taux global est stable depuis quelques années, il a en revanche évolué

différemment selon les âges. Chez les moins de 20 ans, le taux d'IVG continue à diminuer légèrement depuis 2010, après une forte hausse entre 1990 et 2010. Il est en 2015 de 7,6 IVG pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans. Les femmes de 20 à 24 ans demeurent les plus concernées par l'IVG, avec un recours moyen de 27 femmes sur 1 000 en métropole (16). En 2018, on peut voir que le nombre d'IVG reste stable globalement (voir **Figure 3**).

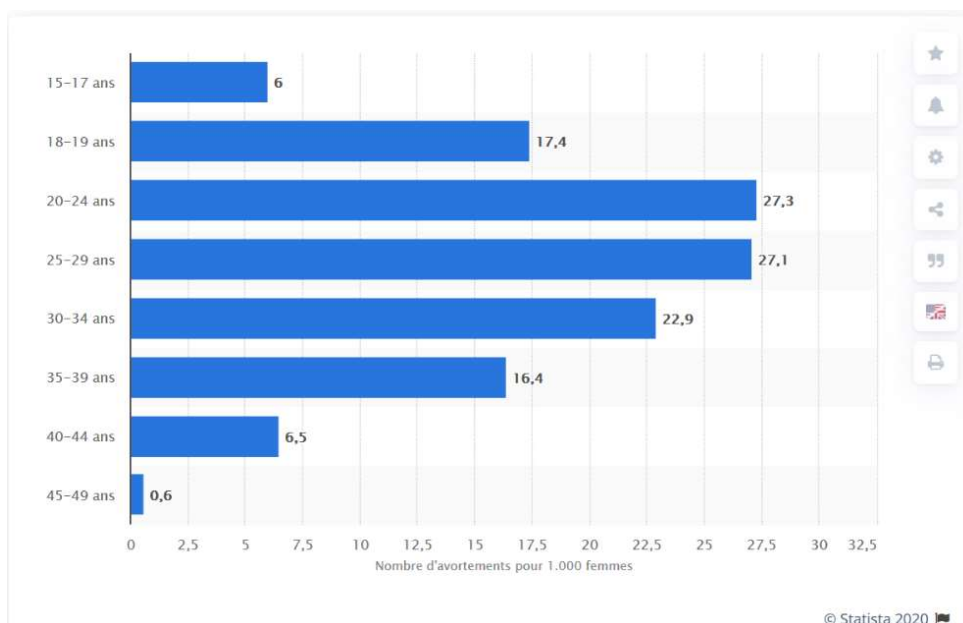


Figure 3 : Nombre d'IVG pour 1000 femmes en France en 2018, selon la tranche d'âge – Extrait de « Statista »
Données de 2020, Statista (17)

Au sein des pays d'Europe autorisant l'IVG, la France se situe parmi les pays aux taux les plus élevés, (14,9 IVG pour 1000 femmes) juste après le Royaume-Uni (18,3 IVG pour 1000 femmes) et avant la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie, la Suède et l'Estonie (5).

Au niveau de la religion, celle majoritairement présente en France est le christianisme, suivi des personnes n'ayant pas de croyance religieuse (Voir

Figure 4).

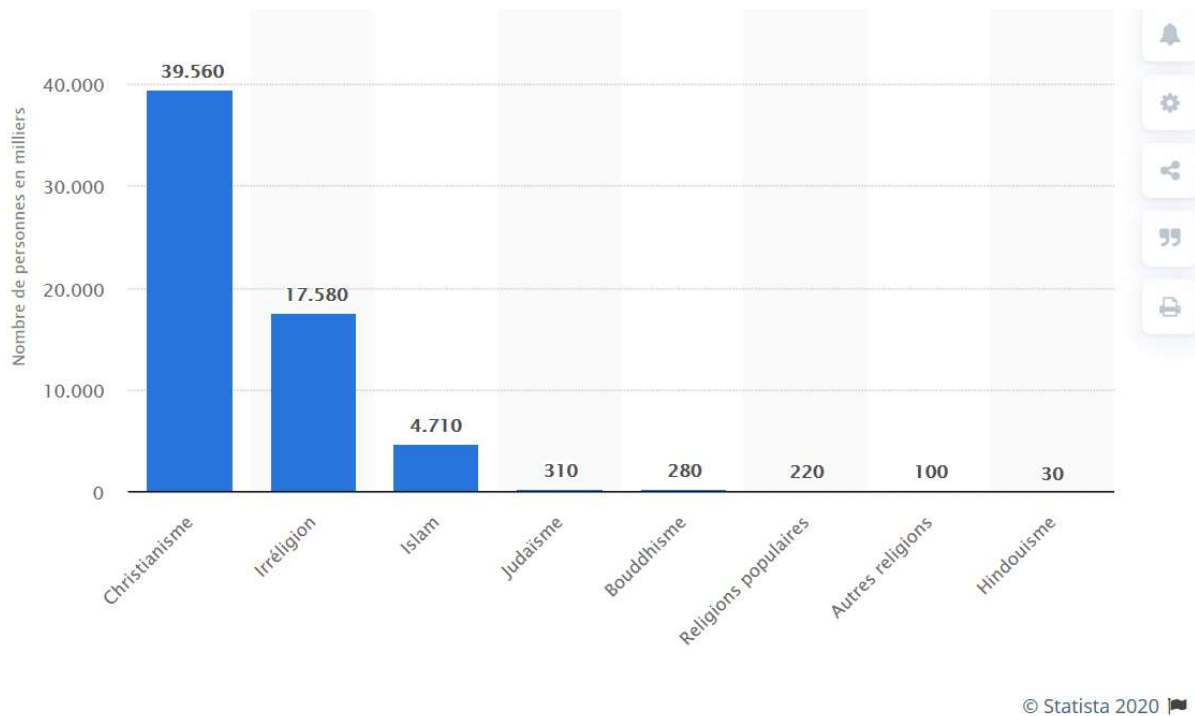


Figure 4 : Répartition de la population selon la religion en France en 2020 - Extrait de « Statista », données de 2020, Statista (17)

III - L'histoire de la contraception

En 1600 avant JC il a été conseillé aux femmes d'utiliser des pierres intra-vaginales pour éviter toute grossesse, ou dans l'Antiquité où les femmes utilisaient des infusions, parfois mortelles, ou devaient sauter pour évacuer sur place pour évacuer le sperme. Tandis que les romains et les grecs utilisaient l'avortement et l'infanticide pour régler le problème des grossesses non désirées (18). Dans l'Egypte Antique, le premier préservatif masculin en intestin d'animal apparaît, suivi au XVIème siècle de celui en herbe. Ce préservatif était une solution à l'épidémie de syphilis se propageant à cette

époque. C'est à la fin du XIX -ème siècle que les contraceptifs féminins se développent, avec le diaphragme en 1880, moyen contraceptif le plus utilisé jusqu'à l'apparition de la pilule dans les années 50. En 1928, naît la méthode Ogino-Knaus dite méthode des courbes thermiques, méthode de contraception naturelle. Le premier DIU est fabriqué en 1928, il faudra attendre 1966 pour que son succès décolle.

La pilule est révolutionnaire et participe à la libération de la femme. En 1956, elle est testée dans deux régions en surpopulation à Haïti et Porto-Rico. En France, elle est interdite jusqu'en 1967 par l'Eglise Catholique. Puis elle est remboursée en 1974. En 1985, arrive le préservatif féminin FEMIDOM, mais ayant peu de succès car il est cher et peu esthétique. La contraception d'urgence est disponible en pharmacie sans prescription en 1999. L'implant contraceptif Nexplanon arrive sur le marché en 2000. Arrive ensuite l'anneau vaginal, le patch contraceptif (19).

IV - Les moyens de contraception

A) Les pilules

Selon l'OMS, les pilules ont un indice de Pearl, indice d'efficacité, de 0,3 (20). Les pilules sont composées d'hormones de synthèse : les œstrogènes et les progestatifs.

Il existe deux types de pilules :

- Les pilules œstroprogestatives composées de ces deux hormones ;
- Les pilules progestatives composées uniquement d'un progestatif de synthèse.

Pour les pilules œstroprogestatives, elles agissent à plusieurs niveaux :

- Elles bloquent l'ovulation.
- Elles modifient la muqueuse utérine, la rendant plus fine, empêchant la nidation si un ovocyte est quand même fécondé.
- Elles modifient la glaire en la rendant plus épaisse pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

Pour les pilules progestatives :

- Elles modifient la muqueuse utérine et la glaire cervicale. Le blocage de l'ovulation est fonction du progestatif utilisé.

Un grand nombre de pilules oestroprogestatives fonctionnent de la manière suivante : un comprimé par jour (à heure fixe) pendant 21 jours puis 7 jours sans pilule. Il existe aussi des pilules œstroprogestatives comprenant 28 comprimés. Elles possèdent un certain nombre de comprimés dits "actifs" qui sont faits d'hormones et de quelques comprimés dits "inactifs" qui ne contiennent aucune hormone, ayant pour but d'améliorer l'observance. Toujours commencer le 1^{er} comprimé de la première plaquette le 1^{er} jour des règles, puis tous les jours au même moment de la journée. Pour les pilules à 21 comprimés, faire 7 jours d'arrêt après le dernier comprimé. Les règles surviendront 2 à 3 jours après le dernier comprimé. Que les règles soient terminées ou non, il faut redémarrer une nouvelle plaquette au 8^e jour. Le risque majeur de cette contraception est l'oubli. Ce moyen contraceptif augmente le risque d'événement thromboembolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) et artériel (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ischémique). Le tableau récapitulatif des différents types de pilule oestroprogestatives, montre trois types de

génération. A savoir que seules les premières et deuxièmes sont remboursées, la troisième augmentant le risque d'événements thrombo-emboliques selon certaines études. (2)

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
C1G	EE (35 µg)	Noréthistérone	Triella®	
C2G	EE (20, 30 ou 40 µg)	Lévonorgestrel	Adepal®, Amarance®, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Ludeal Gé®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®, Zikiale®	
	EE (50 µg)	Norgestrel	Stediril®	
C3G	EE (20 ou 30 µg)	Désogestrel	Desobel®, Varnoline Continu® et EE/désogestrel Biogaran®	Cycleane®, Mercilon®, Varnoline®
	EE (15, 20, 30 ou 40 µg)	Gestodène	Carlin®, Efezial® et EE/gestodène Arrow®, Biogaran®, Ranbaxy®, Ratiopharm®, Sandoz®, Winthrop®	Harmonet®, Meliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Triminulet® et neuf génériques *
	EE(35 µg)	Norgestimate	-	Cilest®, Effiprev®, Triafemi®, Tricilest®

Tableau 2- Les pilules oestroprogestatives de 1ere 2eme et 3eme génération - Extrait de « Contraceptifs oraux oestroprogestatifs, préférez les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération », 2012, HAS (21)

Pour un récapitulatif, à l'intention des praticiens comme des patientes, de toutes les pilules, avec leur nom commercial, leur dosage et leur mode d'utilisation, voir **Annexe 1**.

B) L'anneau vaginal



Photo 1 – Un anneau vaginal - Photo tirée du site « coupementruelle.net »

Il convient aux femmes ne présentant pas de contre-indication aux oestroprogestatifs. Une des contre-indications propres à l'anneau vaginal est le prolapsus. Son efficacité théorique est identique à celui de la pilule (15). Il a exactement le même mécanisme d'action que les pilules oestroprogestatives. Il se présente sous la forme d'un anneau

souple et transparent, qui se pliera en forme de 8 pour être inséré au fond du vagin. Correctement mis, sa présence n'est pas ressentie. Il sera mis le premier jour des règles et gardé trois semaines puis retiré pendant 7 jours, pendant lesquels les règles surviennent. Une semaine après le retrait, on en placera un nouveau. Il peut être vendu seul ou par boîte de trois. Son prix approximatif est de 16 euros par mois et il n'est pas remboursé par la sécurité sociale. On les connaît sous les noms de NUVARING, l'ETORING (2).

C) Le patch contraceptif



Photo 2 – Un patch contraceptif - Photo tiré du site « GYNANDCO.be »

C'est un moyen contraceptif qui s'adresse aux femmes ne présentant pas de contre-indication aux oestroprogestatifs. Il présente donc le même mécanisme d'action que les pilules. Son Indice de Pearl est de 0,3 également s'il est utilisé correctement (20). Il est déconseillé chez les femmes ayant un poids corporel supérieur à 90kg, puisque sa fiabilité diminue. Le patch se colle le premier jour des règles, le 8^{ème} jour il est enlevé et est remplacé par un nouveau, ainsi de suite jusqu'à la 4^{ème} semaine où on ne colle aucun patch, semaine où les règles arrivent. Le cycle recommençant le 8^{ème} jour, on remettra un patch. Il est conseillé de coller le patch à un endroit du corps différent à chaque fois. Seule la zone de la poitrine est interdite. C'est un patch de 20,25 cm² (4,5 cm x 4,5 cm) de couleur beige. A savoir qu'il coûte en moyenne 15euros la boîte de 3 et n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Son nom commercial est EVRA, en boîte de trois ou de neuf (2).

D) L'implant contraceptif



Photo 3 – Un implant contraceptif et son applicateur - Photo tirée du site « MSD »

Il convient aux femmes ne supportant pas les oestroprogestatifs puisqu'il ne contient que des progestatifs. Son action est donc triple : il bloque l'ovulation, amincit la muqueuse utérine et épaissit la glaire cervicale. Les contre-indications majeures à son utilisation sont principalement les antécédents de troubles hépatiques, les cancers de sein ou des organes génitaux, une phlébite ou une embolie pulmonaire.

Son Indice de Pearl est de 0,05 s'il est utilisé correctement. (20) Il se présente sous la forme d'un petit bâtonnet souple, de la taille d'une allumette. Il sera placé au niveau de la face interne du bras non dominant par un professionnel de santé habilité à la pose, après une anesthésie locale de la zone. Son utilisation se réalise à l'aide d'un pistolet d'injection à usage unique, entre le 1^{er} et le 3^{ème} jour des règles si pas de contraception hormonale préalable ou dans la semaine suivant l'arrêt du dernier comprimé actif. Son efficacité est de 3 ans maximum, 2 ans en cas d'obésité. Le retrait de l'implant peut être effectué à tout moment. Pour retirer l'implant, le médecin pratique une petite incision de la peau après avoir pratiqué une anesthésie. Le jour du retrait, un nouvel implant peut être posé au même endroit. Les effets indésirables à retenir sont les saignements plus importants lors des règles. Mais aussi la migration dans les

poumons, effet en cours de recherche, si l'implant a été posé trop profondément. Communément appelé NEXPLANON, son coût est d'environ 106 €. Il est remboursé à 65% par les caisses d'assurance maladie (2).

E) Le Dispositif Intra-Utérin ou DIU



Photo 4 – Un DIU à la progestérone (à gauche), un DIU au cuivre (à droite) - Photo tirée du site « e-sante.fr »

C'est un petit dispositif très léger en matière plastique, en forme de T, que le médecin place dans la cavité utérine. Des fils de nylon permettent de vérifier qu'il est en place et de le retirer.

Le stérilet au cuivre

Ce stérilet ne contient aucune hormone, il est constitué d'un fil de cuivre entourant la tige. Le stérilet au cuivre a une action mécanique, il crée une inflammation de l'endomètre qui empêche l'œuf de s'implanter dans l'utérus. Son efficacité théorique est de 0,6 (20). Il est laissé en place entre 5 et 10ans maximum. Quelques rares fois avec ce type de stérilet, les règles sont parfois plus longues et plus abondantes, surtout au cours des 6 premiers mois. Si ces symptômes persistent, il est conseillé de consulter pour reparler des autres possibilités de contraception.

Le stérilet à la progestérone

Il contient uniquement un progestatif qui va avoir une action triple au niveau local : la glaire cervicale s'épaissit, l'endomètre devient plus fin et les spermatozoïdes sont rendus moins mobiles. Son Indice de Pearl est de 0,2 (20). Chaque femme va réagir différemment au DIU, avec des règles abondantes ou leurs absences. Dans l'immense majorité des cas, ce stérilet est très bien supporté. Il est laissé en place entre 3 et 5 ans. Le stérilet peut être posé à des jeunes filles, ou à des femmes n'ayant pas eu d'enfant. Les contre-indications à la pose d'un stérilet sont la grossesse bien entendu, les infections génitales, des malformations de l'utérus et l'allergie au cuivre pour le stérilet au cuivre. Les partenaires sexuels multiples et des antécédents d'IST sont des contre-indications relatives au stérilet. Le coût d'un DIU varie de 30 euros pour un DIU au cuivre à 125 euros pour un DIU hormonal, et est remboursé à hauteur de 65% par la sécurité sociale (2).

DIU Hormonaux

Nom DIU	R	Description	Durée selon Labo
Mirena 52mg Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,09AF	111,18 €	Lévonorgestrel : 52 mg délivrance de 20mcg /24h Ø inserteur : 4,8mm Taille 32 mm x 32 mm	Durée de vie : 5 ans. DIU hormonal. Le plus efficace de tous les DIU : ASMR niveau 3 IP 0,1
Kyleena 19,5mg Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,09AF	Commercialisation en juin 2018 ? 99,42 €	Lévonorgestrel : 19,5 mg délivrance de 9 mcg /24h Ø inserteur : 3,8mm Taille : 28mmX30mmX1,55mm	Durée de vie : 5 ans. DIU hormonal. IP 0,2
Jaydess 13,5mg. Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,4	99,42 €	Lévonorgestrel : 13,5 mg délivrance de 6mcg /24h Ø inserteur : 3,5mm Taille : 28mmX30mmX1,55mm	Durée de vie : 3 ans. DIU hormonal. Adapté aux nullipares IP : 0,3

DIU au Cuivre

Nom DIU	R	Description		
Novaplus T 380 Cu Mini Normal Novaplus 380 CuAg Mini Normal Maxi (Euromédial) DIU T au cuivre (7MED) : U 380 standard : USTA, short : USHA DIU T Cuivre Ag (7MED): N380 standard : NSTA, short : NSHA Mona Lisa NT Cu 380 mini, standard (HRA Pharma) NT 380 short et standard Cu Ag (CCD) UT 380 short et standard (CCD)	30.50 €	Fil de cuivre 380mm2. Ø inserteur : 3,8mm		
		DIU	Larg. mm	Long. mm
		NovaplusTCuAgMini	24	30,5
		NovaplusTCuMini		
		NovaplusTCuAgNorm.	31	33
		NovaplusTCuNorm.		
		NovaplusTCuAgMaxi	36,5	38
		T Cu USTA (std)	32	35,4
		T Cu USHA(mini)	32	28,4
		T CuAg NSTA(std)	32	32
		T CuAg NSHA(mini)	28	28
		MonaLisaNTCu380std	31,8	31,9
		MonaLisaNTCu380mini	24	30
		NT 380 std CuAg	31	33
NT 380 short CuAg	24	30,5		
UT 380 std	31	33		
UT 380 short	24	30,5		
Ancora 375 CU (Euromédial) Gynelle 375 (CCD) Mona Lisa Cu375 (standard)/375 SL (short) (HRA-Pharma) 7 MED ML 375 (hystérométrie >7cm)	30.50 €	Fil de cuivre 375 mm2. Forme en Ω Diamètre total insertion: 6 mm environ (bras lat en dehors du tube d'insertion et se replie dans le col) 7 MED ML : 19,6 mm de Large 35,5 mm de long Gynelle 375 : 19mm deLarge 35,5mm de long		

Tableau 3 – Description des DIU existants - Extrait de « Récapitulatif des DIU », Apima.org

F) Le diaphragme



Photo 5 – Un diaphragme - Photo tirée du site « contraception-diaphragme.com »

Il s'agit d'une coupe en silicone ou en latex qui comporte un anneau de maintien qui recouvre le col de l'utérus. Il existe différentes tailles, un médecin, après examen, pourra vous indiquer quelle taille choisir. Son action est mécanique, il bloque le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Son efficacité seule est faible. Il faut donc l'utiliser avec des spermicides, pour que l'Indice de Pearl soit de 6 (20). Le diaphragme se place 2h avant le rapport, il doit être laissé 8h au minimum après le rapport et 24h maximum. Il est réutilisable. Le coût d'un diaphragme est d'environ 33 € en latex, et 42 € en silicone et est remboursé par la sécurité sociale sur la base de 3,14 €. Le nom commercial est : CAYA (2).

G) La cape cervicale



Photo 6 – Une cape cervicale - Photo tirée du site « mfpclinic.com »

Elle a été lancée en mars 1998. Elle est en silicone et s'applique directement sur le col de l'utérus, couplée au spermicide. Bien en place, elle n'est pas perçue lors des rapports sexuels. Elle est à retirer 8h après le rapport, 24h au maximum. Son Indice de Pearl est de 9 à 26 (20). Le coût d'une cape cervicale est d'environ 60 euros. Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale (2).

H) Les spermicides



Photo 7 – Spermicides - Photo tirée du site « cngof.fr »

Ils sont commercialisés sous forme d'ovules, de crèmes, de tampons ou d'éponges. Ils contiennent du chlorure de benzalkonium qui détruit et immobilise immédiatement les spermatozoïdes. Ils sont à placer au fond du vagin juste avant le rapport. Il est nécessaire de renouveler la dose en cas de rapports successifs (avant chaque rapport, sauf pour l'éponge). Pour avoir une efficacité maximale, il ne faut pas réaliser de toilette dans les 2h qui précèdent le rapport et dans les 4h qui le suivent. La protection est assurée durant 4 à 10 heures, suivant les produits et se prolonge jusqu'à 24 h pour les tampons. Leur coût est de 1 € environ l'unité. En vente libre, ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Leur efficacité théorique est de 18 (15). Le nom commercial est le PHARMATEX (2).

I) Les préservatifs masculins et féminins

→ Le masculin :

Il est à usage unique, en vente libre en pharmacie, dans les distributeurs, en grande surface, dans les centres de planification. Il existe différents modèles variant sur la

taille. Ils peuvent être lubrifiés ou non. Il protège du VIH et des autres IST (sauf de l'herpès et du papillomavirus). Son coût varie de 0,15 € à 0,76 € l'unité. Son Indice de Pearl est de 2 (20). Son efficacité avoisine les 100 % s'il est d'utilisation rigoureuse à chaque rapport, même pendant les règles, et associé à un spermicide. Une seule contre-indication : l'allergie au latex. Il existe depuis 2002 un préservatif en polyuréthane. Sa résistance est accrue et il est possible d'utiliser n'importe quel lubrifiant. On le trouve en pharmacie. Son coût est 1,50 € pièce. Depuis le 10 décembre 2018, certains préservatifs seront remboursés sur prescription médicale. Le préservatif EDEN est au prix de 1,30 € pour la boîte de 6, 2,60 € pour les 12 et 5,20 € pour les 24, sera remboursé à hauteur de 60 %. Il s'agit du premier préservatif remboursé en France (2).

→ Le féminin



Photo 8 – Un préservatif masculin (à gauche) et féminin (à droite) - Photo tirée du site « news-medical.net »

Il est commercialisé en France depuis 1999. Il a la forme d'une gaine cylindrique avec deux anneaux de taille différente permettant son maintien : l'interne contre le col utérin et l'externe, plus grand et plus fin, sur la zone des lèvres. Il est en polyuréthane et il peut donc être utilisé en cas d'allergie au latex. Il protège des IST et du VIH. Contrairement au préservatif masculin, il peut se placer bien avant le rapport et il n'est pas nécessaire de le retirer juste après. Il est d'usage unique et de taille unique. Son

coût est de 1,07 € à 1,52 € à l'unité. On le trouve difficilement en pharmacie car la demande n'est pas suffisante. On peut le commander par correspondance (2).

J) Les injections hormonales

C'est une méthode peu utilisée mais efficace. C'est une méthode contraceptive trimestrielle consistant en une injection intra-musculaire de progestatif de synthèse, l'acétate de médroxyprogestérone. Sa tolérance est variable. Elle n'est pas recommandée chez les jeunes filles en croissance et chez les femmes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose. Les contre-indications sont nombreuses : cancer du sein et de l'endomètre, obésité, diabète, hypertension artérielle, saignements vaginaux non vaginaux, fibrome utérin, hépatite et maladies thrombo-emboliques. Le retour de la fécondité après l'arrêt de cette méthode peut prendre plusieurs mois. Le coût varie entre 8 euros et 22 euros l'injection. Elle est remboursée en partie par la sécurité sociale (2).

K) Les méthodes naturelles

Ces méthodes naturelles nécessitent une connaissance du cycle menstruel ainsi qu'une rigueur quotidienne. Leur taux d'efficacité est faible, avec 25% d'échecs (20). La méthode la plus efficace est la symptothermie (2).

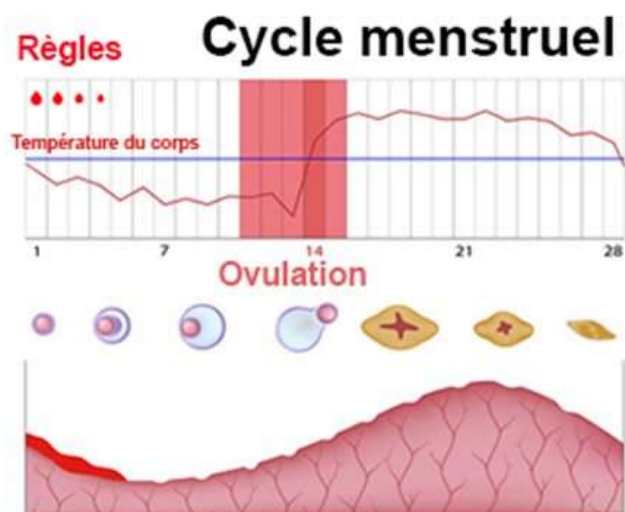


Figure 5 – Le cycle menstruel - Photo tirée du site « clearblue.fr »

- **La Méthode OGINO**

Cette méthode consiste à éviter d'avoir des rapports pendant les jours dit « fertiles », c'est-à-dire précédant et suivant l'ovulation. A savoir que même si le cycle est régulier, l'ovulation peut être imprévisible.

- **La Méthode des Températures**

Cette méthode consiste à prendre chaque matin à la même heure, sa température, avant le lever. Elle repose sur le fait que pendant l'ovulation, la température corporelle augmente de 0,2 à 0,4°C au moment de l'ovulation, pendant 24H et l'ovocyte survit 48h au maximum. Ainsi les rapports non protégés plus de trois jours après cette élévation n'entraînent, en principe, pas de grossesse. Cette méthode nécessite une rigueur, et peut-être perturbée si présence de fièvre, levers nocturnes ou décalages horaires.

- **La Méthode Billings**

Il s'agit de déterminer la période de l'ovulation en observant l'aspect de la glaire cervicale, qui doit devenir plus abondante et plus fluide. Néanmoins, de nombreux paramètres peuvent modifier son aspect.

- **La symptothermie**

Elle associe la méthode des températures, la méthode Billings et l'observation de la position du col de l'utérus. Elle permet de déterminer les périodes fertiles. Des formations à cette méthode existent et durent sur 3 à 6 cycles d'observation.

- **Le système avec appareillage**

On utilise une bandelette urinaire au matin, et avec un mini lecteur informatisé, la quantité d'hormones fabriquée par les ovaires est mesurée et indique si le jour est sûr ou non pour un éventuel rapport. Le coût de ces appareils est élevé, environ une centaine d'euros.

- **Le retrait**

C'est l'homme qui en a la maîtrise car cette méthode consiste à se retirer juste avant l'éjaculation. Le taux d'échec est de 22% puisque l'émission de liquide pré-éjaculatoire et l'éjaculation elle-même peuvent être incontrôlées.

- **La Méthode MAMA : allaitement maternel et aménorrhée**

Cette méthode repose sur l'effet contraceptif de l'allaitement via la sécrétion de la Prolactine. Elle nécessite un allaitement exclusif jour et nuit ainsi qu'à une absence de règles. Elle peut être utilisée jusqu'au retour de couche et maximum 6 mois après la naissance.

L) La contraception définitive

- **La Vasectomie**

Une chirurgie, sous anesthésie locale, est réalisée, avec ligature des canaux déférents pour empêcher les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique. Cette intervention est régie par la loi du 7 juillet 2001 laissant un délai de réflexion de 4 mois entre la demande de vasectomie et la consultation donnant les modalités de l'intervention. Un consentement écrit devra être signé par le patient. Après la chirurgie, il est indispensable d'attendre 12 semaines et la réalisation d'un spermogramme pour confirmer l'absence de spermatozoïdes et donc la stérilité. Elle coûte environ 65euros et est remboursée par la sécurité sociale.

- **La ligature des trompes**

Une consultation préalable de demande de contraception définitive est réalisée, où le médecin indique les modalités ainsi que les autres moyens de contraception existant. Un délai de 4 mois de réflexion est laissé à la patiente. Si elle confirme son choix, la patiente devra signer un consentement écrit. La chirurgie se réalise sous anesthésie générale, le

plus souvent sous coelioscopie. Elle a pour but d'empêcher le passage de l'ovule dans la trompe, soit en sectionnant la trompe et en la ligaturant, soit par électrocoagulation ou par pose d'un clip. Méthode prise en charge par la sécurité sociale (2).

V - La contraception d'urgence

Cette contraception regroupe les méthodes contraceptives permettant de prévenir la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport non ou mal protégé, avec échec ou usage défectueux d'une contraception. Elle ne doit pas être utilisée de façon régulière. La contraception d'urgence se décline sous deux formes, une pilule ou un DIU. Le DIU au cuivre créant une inflammation locale de l'endomètre empêche la nidation. Il peut être utilisé jusqu'à 120 h après le rapport. Il nécessite une prescription par un médecin ou une sage-femme pour permettre sa délivrance et son remboursement.

La pilule se décline elle-même sous deux formes :

- Le Lévonorgestrel (NORLEVO) inhibe ou retarde l'ovulation, et peut-être utilisé jusqu'à 72 h après le rapport sexuel ;
- L'Ulipristal acétate (ELLAONE) retarde ou inhibe l'ovulation, et peut-être utilisé jusqu'à 120 h après le rapport sexuel.

Les interactions médicamenteuses de ces deux pilules sont les anticonvulsivants. Les effets indésirables sont principalement un dérèglement du cycle hormonal. Elles sont délivrées sans ordonnance, anonymement et gratuites pour les mineures (par les pharmacies, les plannings familiaux et les infirmeries scolaires). Pour les majeures,

elles ne seront remboursées que sur prescription médicale préalable. L'ELLAONE a un coût d'environ 19,77 euros et la NORLEVO vaut 4,34 euros (22).

VI - La place du médecin généraliste dans la contraception

Le médecin généraliste tient une grande place dans le choix de la contraception.

Une étude de 2008 avait montré l'application des recommandations de l'HAS de 2004 dans la stratégie de choix d'une méthode contraceptive et avait soulevé un manque d'application de ses recommandations par le prescripteur, ce qui entraînerait des grossesses non désirées et ainsi un recours stable à l'IVG (23).

Une seconde étude réalisée en 2010, interrogeant des femmes avec un antécédent d'IVG, nous rapporte un manque d'information par les médecins généralistes lors de cette consultation de première contraception et une non présentation de tous les moyens existants (24).

Plusieurs interrogations peuvent être soulevées quant à l'abord médical de cette première consultation :

- Comment les médecins abordent-ils en particulier la première consultation ?
- Quelles sont leurs impressions sur leur pratique ?
- Respectent-ils les recommandations de l'HAS ?

En comparaison avec la France, pays considéré comme l'un des pays où la couverture contraceptive est la meilleure, nous pouvons nous interroger :

- Comment les médecins de l'Île Maurice abordent-ils le sujet de la contraception ?

- Sont-ils gênés par la culture ou la religion dans leur exercice ?
- Comment jugent-ils leurs informations délivrées sur la contraception ?

Cette thèse a pour objectif principal de comparer l'abord de la première contraception, au niveau de l'information, de la prescription et de la prévention, entre deux pays très différents, la France et l'Île Maurice. Il s'agit de montrer les forces et les freins des médecins généralistes sur ce sujet.

MATÉRIEL et MÉTHODES

I)- Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais et de l'Île Maurice a été réalisée afin de comparer l'abord de la première contraception au niveau de l'information de la prescription. Ce type d'entretien a été retenu afin de permettre une plus large liberté d'expression de la part des médecins mais aussi d'approfondir certains sujets.

II)- Choix de population

Des médecins généralistes, remplaçants ou installés, ont été contactés par téléphone avec proposition d'un entretien individuel aux dates, horaires et lieux de leur convenance. Les critères de non inclusion étaient : être un médecin spécialiste.

Les médecins généralistes ont été choisis dans notre réseau de connaissances, ils s'agissaient de médecins thésés, installés ou en remplacement. Nous voulions obtenir des profils socio démographiques et professionnels différents pour être le plus représentatif de la population des médecins généralistes, tout en conservant une homogénéité en termes de caractéristiques administratives entre ces deux pays. La langue officielle utilisée à l'Île Maurice étant l'anglais, des médecins maîtrisant la langue française ont été sélectionnés pour éviter de possibles erreurs de compréhension de chaque partie.

III)- Déroulement des entretiens

Un guide d'entretien a été élaboré comportant 13 questions (**Annexe 3**), avec au début un rappel du sujet et de l'objectif de l'étude. Ce guide d'entretien a vu sa question numéro 11 modifiée au vue de l'absence de remboursement des préservatifs à l'Île Maurice. La question 12 a été supprimée à l'Île Maurice devant l'absence d'existence de cette cotation. Ce guide a été initialement utilisé pour un entretien test chez un médecin généraliste ne faisant pas partie de l'échantillon, pour évaluer la pertinence des questions et nous entraîner à ce type d'entretien. Au début de chaque entretien nous demandions l'autorisation de pouvoir enregistrer, et nous rappelions l'anonymisation des données. Au terme de chaque rencontre, nous recueillions quelques informations administratives sur le profil du médecin (Voir **Annexe 2**). Chaque entretien a duré une trentaine de minutes, et a été mené par un enquêteur unique. L'enregistrement s'effectuait par un dictaphone Olympus puis le verbatim retranscrit mot pour mot (ad integrum) sur un ordinateur ASUS Zenbook avec Windows 12, le jour ou le lendemain de l'entretien. Préalablement, un chiffrement du disque dur a été réalisé pour assurer la sécurité des données. L'étude a été déclarée à CNIL le 05 mars 2019 à 16 heures 15 après une entrevue avec le Délégué à la protection des données de la Faculté de Médecine de Lille. Les questions du guide étaient ouvertes permettant ainsi une liberté de parole. Si certaines réponses étaient imprécises, des techniques de relance ont été employées (interrogatives, réitératives et interprétatives). La suffisance des données a été obtenue dès le 5ème entretien, le 6ème confirmant la suffisance.

IV)- Evaluation des résultats

Le verbatim a été codé manuellement par une analyse introductive de type théorisation ancrée, avec tout d'abord : une analyse ouverte où nous avons résumé les propos et attribué un terme principal :

- une analyse axiale où les thèmes sont comparés entre eux et combinés ensemble ;
- une analyse sélective où nous établissons des connexions entre les différents codes. (Biblio)

Ce codage réalisé par 2 chercheurs différents sans concertation préalable a permis d'obtenir une triangulation des données, cette triangulation permet de réduire la subjectivité du codage (25).

RÉSULTATS

I) A propos de l'échantillon

A)-Sélection des médecins généralistes

1)- A l'Île Maurice

Sur neuf médecins contactés par téléphone, trois ont décliné par manque de temps à consacrer à l'entretien. Sur six médecins restants, trois ont fixé un rendez-vous à la polyclinique et trois autres à leur domicile. Chacun des MG a accepté d'être enregistré par dictaphone.

2)- En France

Sur neuf médecins contactés par téléphone, trois ont refusé de participer par manque d'intérêt sur le sujet. Chacun des médecins restants a fixé un rendez-vous à son cabinet médical sauf un à son domicile.

B)- Profil des participants

1)- Les MG

La majorité des MG interrogés était des hommes, que ce soit en France ou à l'Île Maurice, comme on peut le voir grâce au tableau en **Annexe 2**. L'âge moyen des MG interrogés en France est de 37 ans et 10 mois et de 35 ans à l'Île Maurice.

2)- Le Médecin test

Ce MG a été interrogé et enregistré selon le protocole de l'étude. Cet entretien a permis d'affiner le guide d'entretien, en modifiant 3 questions trop directives, laissant peu de liberté d'expression. Il a permis également de s'entraîner à la pose correcte

des questions et de savoir relancer le MG quand les réponses étaient peu précises ou incomplètes.

3)- Ressenti général

Tous les médecins ont été accueillants et motivés pour répondre à toutes les questions. Dans la majorité des cas, ils ont avoué s'être préparés ou au moins avoir réfléchi au sujet avant l'entrevue. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, le plus long a durée 50 minutes (MG1) et le plus court 16 minutes (MG2). Après chaque fin d'entretien, la discussion se poursuivait, plus particulièrement à l'Île Maurice, avec de nombreuses questions sur la contraception en France. Tous les MG relevaient des oublis dans leur consultation, dans les 2 pays, il y avait une incertitude des réponses sur la question portant sur l'accompagnement des mineures. A l'Île Maurice, on ressentait une certaine gêne sur la question portant sur la sexualité.

II – Résultats principaux

	OUI	NON
Délivrer une information complète : - Présenter les moyens contraceptifs -Aborder les effets indésirables -Aborder les contre-indications -Aborder les antécédents -Aborder le MDV -Aborder le statut marital	6 (100 %)	(0) 0 %
Respect du choix de la patiente	4 (66%)	2 (34%) Oriente vers la pilule
Rôle de conseiller	6 (100 %)	0 (0 %)
Utilisation d'un vocabulaire adapté	5 (84%)	1 (16%)
Réalisation d'un examen gynécologique	0 (0 %)	6 (100%)
Prévention des IST	0 (0 %)	6 (100%)
Intérêt du remboursement des préservatifs	6 (100%)	0 (0 %)
Proposition du vaccin HPV	2 (34%)	4 (66%)
Prescription conjointe d'une contraception d'urgence	1 (17%)	5 (83%)
Recours au gynécologue	5 (84%)	1 (16%)

Tableau 4 – Nombre de médecins Mauriciens ayant répondu oui ou non aux différents thèmes (exprimés en nombre absolu et en pourcentages)

	OUI	NON
Prescription d'un bilan biologique	3(50%) > 1 médecin avant > 2 médecins à 2/3mois	3 (50%)
Prescription d'un oestroprogestatif si tabagisme actif	6 (100%)	0 (0 %)
Méconnaissance de la population	6 (100%)	0 (0 %)
Impact de la culture sur la qualité de la consultation	6 (100%)	0 (0 %)
Abord de la sexualité	3 (50%)	3 (50%)
Qualité de cet abord	Tabou/Complicé/Sans détails	
La prescription aux mineures	2 (34%) Avec l'accord parental	4 (66%)

Tableau 5 - Nombre de médecins Mauriciens ayant répondu oui ou non aux difficultés rencontrées (exprimés en nombre absolu et en pourcentages)

	OUI	NON
Délivrer une information complète : -Présenter les moyens contraceptifs -Aborder les effets indésirables -Aborder les contre-indications -Aborder les antécédents -Aborder le mode de vie	6 (100%)	0 (0 %)
Respect du choix de la patiente	6 (100%)	0 (0 %)
Rôle de conseiller	6 (100%)	0 (0 %)
Examen gynécologique : - < 25ans - >25ans	0 (0 %) Dépend si la patiente à réaliser	6 (100%) un frottis ou non
Prévention des IST Prescription des préservatifs	6 (100%) 1 (16%)	0 (0 %) 5 (84%) Non demande des patients Mauvaise qualité du produit Difficulté de proposer
Proposition du vaccin HPV	5 (84%)	1 (16%)
Prescription conjointe d'une contraception d'urgence	3 (50%)	3 (50%)

Tableau 6 - Nombre de médecins Français ayant répondu oui ou non aux différents thèmes (exprimés en nombre absolu et en pourcentages)

	OUI	NON
Prescription d'un oestroprogestatif si tabagisme actif	2 (34%)	4 (66%)
Prescription d'un bilan biologique	5 (84%) ➤ 1 médecin avant ➤ 1 médecin à une semaine ➤ 3 médecins à 2 /3 mois	1 (16%)
Abord de la sexualité Qualité de cette abord	5 (84%) Complicquée/Insuffisante	1 (16%)
L'utilisation de la cotation CCP	0 (0 %)	6 (100%)
La prescription aux mineures		
> 15ans	6 (100%)	0 (0 %)
< 15ans	3 (50%)	3 (50%)

Tableau 7 - Nombre de médecins Français ayant répondu oui ou non aux difficultés rencontrées (exprimés en nombre absolu et en pourcentages)

III – Abord de la contraception à l'Île Maurice

A)- L'information sur la contraception

1)- Les moyens de contraception

Pendant cette consultation, les MG présentaient les différents types de contraception en les énumérant. Les principaux étaient la pilule et l'implant.

MG1 : « Il est important de présenter toutes les méthodes existantes. Pour ma part, je présente la pilule, le stérilet et l'implant ».

Un MG dit présenter également les autres méthodes comme la courbe thermique.

MG4 : « D'abord les moins orthodoxes, comme le système des températures, ... calculez la date de l'ovulation ».

On retrouve un seul MG qui évoque les préservatifs.

MG4 : « Je parle également des préservatifs masculins et féminins ».

2)- Une information adaptée et complète

L'information délivrée était complète, en exposant les effets indésirables de chaque méthode. Ils s'adaptaient à chaque patiente, en n'oubliant pas de parler de la fiabilité.

MG1 : « J'explique pour chaque méthode les effets indésirables ... ensuite j'adapte selon l'âge de la patiente et surtout son mode de vie ».

MG5 : « Les risques de la contraception, ce n'est jamais 100 % ».

3)- Vocabulaire adapté

Pour la thématique du vocabulaire adapté, voir le **Tableau 4**.

MG3 : « A L'île Maurice les gens n'ont souvent pas la notion de la contraception, je me sers très rarement du mot même « contraception ». Je parle plutôt de comment prévenir les grossesses, c'est mieux compris.

B)- Le rôle du médecin

1)- Lutter contre la méconnaissance

Les MG interpellèrent sur un manque de connaissance de la population sur la contraception, entraînant de nombreuses grossesses non désirées. Voir **Tableau 5**

MG3 : « Il y a encore une méconnaissance de la population ... ».

MG5 : « Ces dernières années, on voit le phénomène de teen pregnancy (grossesses chez les jeunes) ».

MG1 : « On voyait souvent des jeunes filles mineures avoir des enfants non désirés, environ 10 grossesses sur 3 mois. C'est énorme je trouve, surtout pour des filles si jeunes ».

2)- Orientation du médecin généraliste

Les MG disaient avoir un rôle de conseiller. Voir **Tableau 4**

MG4 : « Je laisse le libre choix à la patiente. Cela dépend de ce qu'elle recherche, je suis juste là pour la conseiller ».

Deux MG disaient plutôt orienter vers la pilule.

MG1 : « J'encourage la prise de pilules chez les jeunes filles ».

MG6 : « ...Des pilules, parce que c'est + simple ».

C)- Attitude lors de la consultation

Les médecins adoptaient une attitude en consultation permettant de mettre à l'aise les patientes, les mettre en confiance. Ils étaient à l'écoute des désirs des patientes.

MG6 : « Je préfère mettre à l'aise la patiente pour montrer qu'elle peut me parler de tous les sujets ».

D)- Prescription de la contraception

1)- Le terrain

Les éléments primordiaux pour proposer une contraception adaptée étaient selon les MG, l'historique de la patiente (voir **Tableau 4**) mais aussi les problèmes éventuels du cycle.

MG1 : « Le plus important est de connaître les antécédents de la patiente, que ce soit gynécologique ou médico-chirurgical, ses allergies ».

2)- La place de la situation familiale

Les MG tendaient à poser des questions sur la cause de la demande de contraception et la situation familiale de la patiente. Cela apparaissait chez chaque MG interrogé.

MG4 : « Essayer de comprendre comment ça marche le couple pour pouvoir proposer la meilleure méthode de contraception, dépendant de leur mode de vie ».

3)- Les contre-indications

Les MG n'indiquaient aucune contre-indication absolue à la prescription, en particulier, de la pilule. Un MG indiquait adapter les modes selon l'âge de la patiente.

MG1 : « Certaines méthodes sont plus adaptées à un certain âge ».

Un autre MG parlait d'obésité et de problème de coagulation. Il n'aimait pas prescrire la pilule dans ce cas.

MG6 : « Je n'aime pas trop donner une pilule à quelqu'un qui est obèse ... ça augmente le risque de surpoids. Et aussi tout ce qui est problème de coagulation, je ne prends pas le risque de prescrire ».

Quant au tabac, voir les résultats **Tableau 5**.

MG3 : « J'évoque le tabac avec elles ... Dans tous les cas, même avec le tabac, je leur propose la pilule ».

4)- L'examen clinique

Ils indiquaient réaliser un examen clinique dit de base, avec des éléments importants qui reviennent (poids, pouls, auscultation cardio-pulmonaire) et pas de nécessité d'un examen gynécologique.

MG3 : « Toutes les patientes passent par l'examen général, l'examen gynécologique est très rare ».

MG1 : « Je fais un examen plutôt orienté ... pas d'examens gynécologiques ».

5)- La biologie

Les différents MG donnaient une réponse très hétérogène quant à la prescription d'un éventuel bilan biologique, voir le **Tableau 5**.

MG1 : « Non, je ne prescris pas de bilan sanguin pour ce type de consultation ».

MG3 : « J'attends les résultats pour prescrire la contraception ».

MG6 : « j'aime bien les revoir quand même dans l'année pour faire un bilan de contrôle pour tout ce qui est cholestérol ».

6)- Le suivi

Un seul MG évoquait un possible suivi avec un bilan de contrôle qu'il souhaite réaliser à distance de la prescription.

MG6 : « Idem qu'avant ».

E)- La prévention

1)- Les IST

Les médecins ne s'exprimaient pas sur les IST.

MG3 : « Ce qu'ils savent surtout ce sont les préservatifs ».

« Ici, les IST sont rares, les préservatifs sont beaucoup utilisés ».

Sur la thématique du remboursement des préservatifs, voir le **Tableau 4**.

MG1 : « Je pense que ce serait une très bonne idée pour éviter tous ces inconvénients pour permettre un meilleur bien être des patientes ».

MG6 : « C'est coûteux ici ».

2)- Le vaccin HPV

La majorité des MG ne proposaient pas le vaccin HPV aux patientes.

MG3 : « Oui, je le propose ... le cancer du col de l'utérus est plus fréquent, on fait des frottis assez souvent ».

3)- Contraception d'urgence

La thématique de la contraception d'urgence est évoquée dans le **Tableau 4**.

MG1 : « Non, jamais ... elle n'a pas besoin d'ordonnance. Par contre j'explique quand il est nécessaire de la prendre.

MG6 : « Je préfère prescrire les deux. Je trouve que ça a un côté rassurant pour la patiente ».

F)-Freins à une bonne consultation

1)- Le frein de la culture

Tous les MG se rejoignent en disant que la contraception est un sujet tabou à l'Île Maurice.

MG3 : « Cette culture est très conservatrice ... si une femme a un problème de santé au niveau vaginal ou utérin, elle ne va pas venir voir un homme. « La contraception » reste un sujet tabou ».

Tous considéraient le sujet de la sexualité comme primordial mais compliqué à aborder.

MG4 : « Je suis très ouvert à en parler car je pense que l'éducation appropriée est très importante dans la vie de mes patientes... Je souhaite briser ses barrières et les mettre à l'aise à propos de leur sexualité ».

2)- Méconnaissance de la population

La population présentait une méconnaissance sur le sujet de la contraception.

MG4 : « On n'a pas les informations qu'il faut ou floues, ou des idées reçues ».

3)- Le cas particulier des mineures

Les résultats concernant la prise en charge des mineures sont résumés dans le **Tableau 5**.

MG3 : « Ce sont les parents qui décident. S'il y a un désaccord, j'écoute les parents ».

MG6 : « Je la reçois seule ou avec ses parents ». « Je trouve important qu'elle puisse se protéger ».

G)-L'intérêt d'une consultation sur la contraception

1)- Un problème majeur

Le problème actuel était la grossesse des mineures en augmentation.

MG2 : « Souvent la patiente vient trop tard, elle est déjà enceinte ».

MG5 : « On voit le phénomène de teen pregnancy, ça a augmenté ».

MG1 : « On voyait souvent des jeunes filles mineures avoir des enfants non désirés, environ 10 grossesses sur 3 mois, c'est énorme je trouve ».

2)- Un grand recours au spécialiste

Si un examen gynécologique était requis, la majorité des MG adressait au spécialiste.

MG2 : « Je ne les examine pas sur le plan gynécologique, pour cela je les envoie chez le gynécologue ».

3)- Le rôle des dispensaires (PF)

Un MG disait adresser ses patientes au planning familial pour les DIU car il n'en posait pas.

MG5 : « Tu as ce type de contraception qu'on offre au dispensaire local ... elle va partir là-bas pour le poser ».

4)- Eviter un recours à l'IVG

La majorité des MG interrogés déclarait bien que l'IVG était interdite par la loi, sans développer plus sur le sujet.

MG1 : « C'est strictement interdit par la loi sauf cas particulier, certains gynécologues le font en ville malgré que ce soit interdit, et beaucoup de patientes le font clandestinement par des personnes non médicales ».

IV)- Abord de la contraception en France

A)- Information de la contraception

1)- Les moyens de contraception

Les résultats sur la thématique de la présentation des moyens de contraception apparaissent dans le **Tableau 6**. Chacun ayant sa technique de présentation.

MG4 : « Tu lui présentes toute la panoplie ».

MG2 : « Avec un tableau devant eux sous mon sous-main. Je fais trois colonnes : oestroprogestatifs, progestatifs et sans hormone.

MG1 : « Je parle aussi des moyens mécaniques ».

Il était possible de faire appel à une aide extérieure, une conseillère conjugale, chez qui le MG pouvait adresser des patientes, pour aider à la présentation du choix.

MG3 : « Je confie cette tâche à la conseillère conjugale, qui a tous les échantillons dans son bureau ».

2)- Qualité de l'information

Une information totale et éclairée était délivrée par chaque MG. Le fonctionnement des différents moyens était expliqué ainsi que les effets indésirables.

MG5 : « En expliquant la modalité ... et le principe ... ensuite les effets indésirables potentiels ».

3)- Vocabulaire adapté

Le résultat portant sur le vocabulaire se trouve dans le **Tableau 6**.

B)- Le rôle du médecin

1)- S'adapter à la connaissance des patientes

Ils nous rapportaient qu'elles venaient déjà avec une idée de ce qu'elles souhaitent.

MG6 : « Souvent elle vient déjà avec l'idée précise de ce qu'elle veut ».

Ils étaient là pour compléter leur connaissance.

MG3 : « Si elle sait ce qu'est la contraception qu'elle a choisie, à quoi ça sert ».

Le problème relevé par les MG était de lutter contre les informations délivrées par les médias et influençant le choix des patientes. Ces temps-ci c'était de lutter contre la mode du sans hormone.

MG3 : « On doit lutter contre la mauvaise publicité qui est faite envers les hormones et on a beaucoup de mal ».

2)- Orientation du MG

Pour chaque MG, l'important était de laisser le choix à la patiente, comme les résultats du **Tableau 6** résument.

MG4 : « Il faut travailler sur la régularité et voir qu'est-ce qu'elle attend et qu'est-ce qu'elle veut ».

MG6 : « Dans tous les cas, je ne juge pas, je n'influence pas, c'est son choix, je respecte ».

C)- Attitude lors de la consultation

L'importance était une relation de confiance entre le MG et la patiente pour ce type de consultation portant sur la contraception.

MG4 : « Mettre en confiance la patiente ».

Il fallait être à l'écoute de la patiente.

MG6 : « ça met en confiance, elle se sent écoutée et elle est souvent plus apte à poser ses questions une prochaine fois ».

Un MG interrogé parlait de la réelle importance de ce premier contact avec la contraception qui pouvait avoir des répercussions pour la suite.

MG3 : « Je pense qu'il est très important de réussir ce premier contact avec la contraception car ça va déterminer le reste de la vie de la femme dans sa sexualité et dans sa contraception ».

D)- La prescription

1)- Le terrain

Les résultats portant sur l'interrogatoire se trouvent dans le **Tableau 6**.

MG6 : « Surtout les antécédents familiaux, au niveau des problèmes cardiovasculaires et carcinologiques. Ensuite perso, les problèmes cardiaques, les cancers ».

MG6 : « Sur le plan gynéco, s'il y a déjà eu des rapports, des IVG, comment se passe le cycle, s'il y a un syndrome prémenstruel ».

MG3 : « Lui demander si elle a un désir de grossesse La vie qu'elle mène ».

2)- Les contre-indications

Elles tenaient une place importante dans la prescription, celles qui reviennent étaient :

- **le tabac** : les avis divergents sont résumés dans le **Tableau 7**.

MG1 : « J'ai du mal à me dire que je ne vais pas lui donner de contraception car elle fume, je leur explique le risque ».

MG2 : « Si actif, pas d'oestroprogestatifs, progestatifs d'emblée ».

- **l'acné** : un seul MG abordait cela pour la pilule, à prendre en compte pour la décision.

MG5 : « Aussi les problèmes d'acné ».

- **Obésité et diabète** : pour la prescription de l'implant, un MG prenait en compte ces deux contre- indications.

MG1 : « Pour l'implant, s'il y a obésité ou chez une diabétique ».

Ensuite, c'était plutôt des situations particulières de vie empêchant une bonne prise de la contraception.

MG3 : « Si elle travaille par poste ».

3)- L'examen clinique

L'examen clinique restait basique avec une importance pour trois données clefs : une tension artérielle, un poids et une auscultation cardio-pulmonaire.

MG6 : « Un examen simple, une ACP, une palpation abdominale, une TA, une FC et un poids ».

Ils faisaient attention à l'âge, 25 ans étant l'âge clef. Les résultats correspondant à leur prise en charge en fonction de l'âge se trouvent dans le **Tableau 6**.

MG3 : « *Si c'est une fille qui débute sa vie sexuelle, il n'y a pas d'examen gynécologique. Si elle a plus de 25 ans, je vais lui demander si elle a déjà réalisé un frottis, si non, je vais lui proposer de le faire* ».

4)- La biologie

La conduite quant au bilan sanguin était très différente d'un médecin à l'autre, les résultats divergents sont résumés dans le **Tableau 7**.

MG5 : « *Sans antécédents particuliers, chez une jeune, non fumeuse, je ne pense pas que je la ferai systématiquement* ».

MG4 : « *On le prescrit, elle fait le bilan dans la semaine, et elle prend sa pilule tout de suite* ».

MG2 : « *Je prescris la prise de sang et la première contraception, je leur demande de faire la prise de sang avant le début de la première contraception. Je leur précise que je les appelle si jamais je vois que le bilan n'est pas bon* ».

MG1 : « *Pas tout de suite ... à 3 mois* ».

Tous se rejoignaient pour le contenu du bilan, voir profiter d'un bilan plus complet.

MG2 : « *Simple, glycémie, cholestérol total et triglycéride. TSH si soucis de surpoids et parfois une NFS dans le cadre d'un contrôle global* ».

5)- Le suivi

Ils rappelaient l'importance du suivi gynécologique aux patientes, déjà faire le point sur sa situation gynécologique, et expliquaient comment vont se passer les consultations à partir de 25 ans.

MG4 : « *Le suivi, effectivement, à partir de 25 ans, les frottis* ».

E)- Prévention

1)- Les IST

La prévention des IST était citée plusieurs fois dans chaque entretien, dès la première question.

MG1 : « Que ça ne protège que contre les bébés, pas contre les IST ».

Tous connaissent la prescription remboursée du préservatif masculin mais sa prescription est partagée, voir les résultats **Tableau 6**.

MG1 : « J'associe une boîte de préservatifs en même temps ».

Comme freins à cette prescription, on les retrouve dans le **Tableau 6**.

MG2 : « Je ne connais pas les modalités de prescription ».

MG5 : « Il n'y a qu'une taille donc ce n'est pas adapté à tous ».

MG1 : « Les jeunes gens viennent souvent avec leurs parents, et comment l'aborder, c'est un autre problème ».

MG2 : « Je n'ai pas eu de demandes ».

MG6 : « Certains patients m'ont rapporté qu'ils ne sont pas terribles ».

2)- La vaccination

Le vaccin HPV était proposé aux jeunes filles selon les recommandations dans la majorité des cas, mais pas pendant cette consultation en particulier.

MG2 : « Oui, pas forcément pendant la consultation de première contraception ».

MG6 : « Non, ce n'est pas du tout un automatisme pour moi ».

Le problème de l'accord parental pour les vaccins a été soulevé par un MG.

MG3 : « *Si elle est mineure, il me faut l'autorisation parentale* ».

La proposition de vaccin aux hommes, hors cette consultation a été évoquée par un MG.

MG4 : « *Je propose également aux mecs, j'en parle systématiquement* ».

3)- La contraception d'urgence

Les résultats concernant la prescription conjointe d'une contraception d'urgence sont regroupés dans le **Tableau 6**.

MG4 : « *Oui, toujours, pour moi s'est lié, si jamais il y a un oubli* ».

MG2 : « *Les jeunes filles vont voir les PMI et les pharmacies sans aucun soucis* ».

F)- Freins à une bonne consultation

1)- Influence des médias

Un MG nous indiquait qu'actuellement le plus difficile était de lutter contre la mésinformation envers les hormones.

MG6 : « *En ce moment, il y a l'anti hormone qui débarque* ».

2)- La pudeur de la part du MG

La majorité des MG abordait la question de la sexualité avec la patiente, mais ce sujet restait compliqué et tabou.

MG4 : « *La sexualité c'est un tabou dans la population ... ça dépend comment tu abordes les choses* ».

L'important était de mettre en confiance la patiente et rester disponible pour n'importe quelle interrogation.

MG6 : « *Je lui dit que je suis là si elle a la moindre interrogation* ».

Un seul MG disait ne pas aborder ce sujet par peur d'être trop intrusif.

MG1 : « *Je ne vois pas pourquoi je serai intrusif* ».

3)- Les mineures

Pour le cas d'une mineure consultant pour une contraception, les réponses étaient assez partagées, voir les résultats **Tableau 7**.

MG3 : « *Elle a le droit à avoir sa contraception* ».

MG2 : « *Je ne prescris pas de contraception à des patientes de moins de 15 ans* ».

MG4 : « *Je les adresse directement au planning familial* ».

Un MG abordait l'anonymat de la prescription.

MG5 : « *Je sais qu'il existe une cotation pour le pharmacien et moi pour que les parents ne sachant pas de quoi il retourne* ».

4)- La cotation

Tous connaissaient cette cotation mais aucun ne l'utilisait.

MG6 : « *Elle est limitée en âge et c'est bête car on peut avoir sa demande à l'âge qu'on souhaite* ».

G)- Intérêt de la consultation

1)- Pour la vie future

a)- Pour le suivi

Les MG l'abordaient surtout au niveau des frottis. Ils refaisaient le point avec la patiente : si moins de 25 ans, explications sur le suivi qu'il faudra réaliser, si plus de 25 ans, point sur son suivi, réalisation de frottis ou adresser à un gynécologue.

MG3 : « Si jeune fille qui débute sa vie sexuelle, pas d'examen gynécologique. Si plus de 25 ans, je vais lui demander si elle a déjà réalisé un frottis ».

b)- Premier contact

Pour les MG, le principal était la mise en confiance de la patiente dans ce premier contact avec la contraception.

MG6 : « C'est super important la 1^{ère} contraception car souvent elle nous accompagne toute notre vie ».

2)- Rôle de prévention

Ils restaient disponibles et à l'écoute sur les questions de contraception, d'IST, de sexualité et d'IVG.

MG3 : « Je laisse une porte ouverte le jour où elle a envie de me parler de violences sexuelles ou même d'IVG ».

3)- La disponibilité

Un MG disait qu'une jeune fille désirant une contraception, la voulait rapidement et le plus souvent auprès d'une personne de confiance.

MG6 : « Je lui dis que je suis là si elle a la moindre interrogation ... je réponds à tout, ça met en confiance ».

DISCUSSION

I)- Les forces et les limites de l'étude

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur les limites de la délivrance d'une contraception adaptée par le médecin généraliste en France, contrairement à l'Île Maurice.

Concernant l'échantillon :

- Une certaine comparabilité sur l'âge et le sexe a été recherchée, ainsi qu'une diversité des profils, limitant le biais de sélection. Il est composé au total de douze médecins généralistes, permettant d'atteindre une suffisance de données, essentielle à la validité de l'étude. L'échantillon restant petit, il diminue la validité externe de l'étude.

Concernant le recrutement :

- Chaque médecin généraliste a été préalablement contacté pour savoir s'il souhaitait participer à l'étude. Les médecins ayant accepté, avaient un intérêt particulier pour la contraception. Les médecins généralistes ayant refusé, donnaient comme motifs un manque de temps et/ou d'intérêt pour le sujet. Cela a créé un biais de sélection à notre étude. Le sujet de la contraception a été dévoilé aux médecins généralistes avant les entretiens mais le guide n'a pas été communiqué. Cela a permis aux médecins de ne pas préparer leurs réponses au préalable.

Concernant les entretiens :

- Le choix de mener des entretiens semi-directifs ne permettaient pas de confirmer la véracité des propos, puisqu'il n'y avait pas de mise en pratique. L'authenticité des réponses n'avait pas lieu d'être remise en question. Pour assurer une qualité optimale lors de la passation des entretiens, ils ont été réalisés dans un lieu de leur convenance, limitant les interruptions extérieures. Par ailleurs, le fait d'être enregistré ainsi que d'être interrogé par un autre médecin, peuvent modifier la façon de répondre aux questions, par peur d'être jugé, créant ainsi un biais de confusion. Au niveau des résultats, une retranscription immédiate des entretiens permettait de conserver une meilleure exactitude des propos.

Pour limiter les biais liés à la subjectivité de la personne dirigeant les entretiens, une triangulation a été réalisée. Le support utilisé permettait un total anonymat et le respect des exigences du CNIL.

III) Comparaison entre l'Île Maurice et la France

L'objectif de cette étude était de comparer la consultation de la première contraception du point de vue des médecins généralistes, entre deux pays, la France et l'Île Maurice.

A) Le déroulement d'une consultation de première contraception

1- L'information complète et les moyens de contraception

Les médecins généralistes interrogés à l'Île Maurice considèrent comme primordial de délivrer une information complète aux patientes, tout en respectant leurs choix et leurs modes de vie. Néanmoins, une minorité d'entre-eux (34 %) orientent volontiers vers la pilule. Les patientes de l'Île Maurice sont bien informées sur ce sujet, mais cette différence dans l'approche de l'information pourrait être mise en lien avec le tabou concernant la sexualité. Nous avons pu voir que les médecins généralistes français s'accordent tous sur cette vision de la consultation de contraception, chacun ayant sa méthode pour présenter les différents types de contraceptifs (tableau, échantillons). Ils affirmaient avoir un rôle de conseiller, pour guider la patiente possédant ou non des connaissances préalables, vers une contraception adaptée pour elle, sans jugement de valeur. La totalité des MG interrogés, dans les deux pays, laissait le choix à la patiente, un choix éclairé, en respectant ses désirs.

La Haute Autorité de Santé rappelle bien que la consultation de la première contraception est une consultation essentielle pour la patiente. Elle s'axe sur trois points :

- l'écoute ;
- l'échange ;
- le conseil.

Cette consultation s'étend hors du champ médical puisqu'elle prend en compte également le vécu de la femme (26).

En avril 2013 dans un rapport de la Haute Autorité de Santé, un des freins cités à une bonne contraception était la difficulté du soignant de ne pas tenir compte de la trajectoire et de la situation de la femme (27). Une différence à souligner entre les deux pays est l'utilisation d'un vocabulaire adapté (83 % des MG Mauriciens interrogés pour aucun MG français), permettant une meilleure compréhension du mot même de « contraception » par les patientes. Ce vocabulaire n'est pas à adapter spécialement en France, puisque les patientes sont plus à l'aise avec ce thème.

A l'Île Maurice, cet accès des médicaments en vente libre, pourrait soulever le problème du suivi des patientes ainsi que de la surveillance des médicaments.

2- L'interrogatoire

Concernant l'interrogatoire, dans les deux pays, les médecins prenaient tous en compte les antécédents et le mode de vie de la patiente mais les médecins généralistes de l'Île Maurice portaient une importance particulière au statut marital et à la causalité de cette contraception.

3- Les contre-indications

A l'Île Maurice, tabagisme actif ou non, les patientes étaient orientées sur la pilule par la totalité des MG. Le tabac étant également un sujet sensible, au même titre que la sexualité chez les femmes, n'était pas considéré comme une contre-indication. Au contraire, le tabac était considéré comme une contre-indication absolue pour une majorité des MG français interrogés (67 %) qui préféraient d'office orienter vers un autre moyen contraceptif que la pilule. Mais une partie non négligeable (33 %) jugeait que le risque d'une grossesse non désirée était plus important que le risque tabagique chez une patiente jeune sans antécédents particuliers.

La Haute Autorité de Santé recommande qu'avant 35 ans les oestroprogestatifs augmentent le risque de thrombose, une information doit être faite et une aide au sevrage proposée (28).

En effet, une étude récente indique que la consultation de contraception permet d'aborder le problème de tabagisme, de susciter une prise de conscience de la femme et de proposer une aide à l'arrêt (Péran, 2019) (29).

4- L'examen clinique

Au niveau de l'examen clinique, les médecins Mauriciens et Français disaient réaliser un examen clinique type sans examen gynécologique. Aucun examen gynécologique n'est réalisé durant cette consultation à l'Île Maurice. En France, la question du frottis revenait. Si la patiente avait moins de 25 ans, aucun examen gynécologique n'était réalisé. Au contraire, à partir de 25ans, tout dépendait du suivi antérieur de la patiente. Cette prise en charge est en accord avec la HAS, recommandant un frottis de dépistage à partir de 25ans (30).

5- Le bilan biologique

A l'Île Maurice, le bilan biologique n'est réalisé que pour la moitié des MG interrogés, soit avant la prescription soit à 2 mois. Mais les bilans sont rarement réalisés par les patients. Au contraire, en France, 84 % réalisent un bilan biologique, mais à des moments différents. Trois médecins le réalisent à distance de la consultation (2 mois), un le réalise avant la prescription de la contraception et un dernier le demande à une semaine d'utilisation de la contraception. Au final, leur pratique, dans les 2 pays, varie sur la temporalité du bilan biologique, le contenu restant le même pour tous les MG interrogés.

La Haute Autorité de Santé recommande de réaliser le bilan biologique 3 à 6 mois après le début de la contraception si l'examen et les antécédents sont normaux, et avant le début de la contraception ainsi qu'à 3/6 mois après si antécédents de dyslipidémie (28).

Concernant l'Île Maurice, une hypothèse expliquant ces résultats pourrait être le fait que la totalité des frais liés aux soins revient à la patiente. Cela pourrait constituer un frein pour le médecin prescripteur à la réalisation d'une ordonnance pour un bilan biologique. En effet, la situation financière des patientes peut conduire à renoncer à certains aspects des soins. Une autre hypothèse serait que les médicaments sont délivrés en vente libre à l'Île Maurice. Les patientes n'ont donc pas toujours besoin de consulter à nouveau après la prescription initiale. Le suivi de la patiente peut soulever un questionnement, serait-il insuffisant ?

6- La contraception d'urgence

La grande majorité des MG Mauriciens (83 %) ne prescrit pas la contraception d'urgence conjointement à la contraception régulière. Seule une minorité (17%) la

prescrire dans un souci de réassurance. Une hypothèse est étant donné que la contraception d'urgence est sans ordonnance, elle est donc facilement accessible en pharmacie. En France, seule la moitié de nos médecins généralistes prescrivent cette contraception conjointement. Les autres la jugent inutile puisque l'accès en est facile en pharmacie ou en PMI. Les MG, des deux pays, s'accordent à tous délivrer une information complète sur son mode d'utilisation. Une étude réalisée dans le cadre d'une thèse doctorale menée en 2013 rapporte que seul 1,9 % des médecins généralistes prescrit simultanément une contraception d'urgence (23).

Bien que cette contraception soit facilement disponible, dans les deux pays, il serait intéressant pour la patiente d'avoir une ordonnance simultanée à sa contraception habituelle, dans un souci de réassurance. On pourrait ainsi éviter des situations où des patientes, par peur de jugement, ou par honte d'expliquer leurs raisons, n'osent pas aller demander cette pilule.

7- Le recours au spécialiste

A l'Île Maurice, la majorité des MG (83 %) adresse les patientes au gynécologue, pour un examen gynécologique, pour un frottis ou pour la pose d'un implant ou DIU. En France, les MG adressent seulement aux gynécologues pour la pose d'un implant ou d'un DIU ou pour un examen gynécologique s'ils n'en pratiquaient pas.

Cette différence de pratique entre les deux pays pourrait trouver une explication avec les délais et la facilité d'accès à un suivi spécialisé en gynécologie pour les patientes. A l'Île Maurice, les rendez-vous en gynécologie sont rapides à obtenir, et les femmes ont ainsi tendance à y aller plus facilement, tout du moins pour les frottis.

B) Le rôle de prévention du MG

Les MG Mauriciens n'abordent pas les IST avec les patientes. Seulement 66 % d'entre-eux disaient proposer le vaccin anti - HPV. Une hypothèse retenue est le dépistage important et efficace réalisé par frottis, ainsi qu'une connaissance suffisante de l'utilisation des préservatifs par la population.

A l'inverse, les MG français accordent une importance particulière à la prévention, et particulièrement aux IST, l'évoquant tous avec les patientes. Ils rappellent toujours que seuls les préservatifs protègent contre les IST. A l'inverse, 16 % des MG français interrogés ne proposent pas le vaccin anti-HPV contre 84 % l'évoquant systématiquement avec les patientes pendant cette consultation particulière ou dans le suivi général.

Une étude réalisée en octobre 2019 en France, montre que la couverture vaccinale en 2015 pour le vaccin HPV en France est de <15 %. Les freins évoqués pour ce vaccin sont son manque d'utilité par rapport aux autres vaccins et au dépistage par frottis ainsi que les recommandations paraissant profiter aux pharmaceutiques (31).

C) Les freins à la consultation

1- L'abord de la sexualité

La sexualité, de par son abord difficile auprès de jeunes filles, est une problématique partagée entre les deux pays mais de manière inégale.

A l'Île Maurice, la moitié des MG interrogés se dit en difficulté vis-à-vis de ce sujet, complexe et difficile à aborder avec les patientes. Ils disaient devoir choisir les bons mots, pour s'adapter à chaque patiente. Pourtant, ils disaient avoir un rôle d'éducation

sexuelle chez les jeunes mais que ce sujet n'était jamais abordé par la patiente elle-même.

En France, la majorité des médecins interrogés (84 %) pensait primordial d'évoquer la sexualité avec la patiente mais cela reste compliqué et gênant à évoquer. Ils ressentent la même complexité que les MG Mauriciens, à l'évoquer, à s'adapter selon la réceptivité de la patiente. Un médecin disait ne pas du tout en parler avec la patiente, par peur de se montrer trop intrusif. Le sujet est compliqué, il reste très tabou et il faut savoir comment en parler pour ne pas paraître intrusif et laisser une porte ouverte aux prochaines consultations. Ce sont les arguments qui ressortent de notre étude.

Une étude réalisée dans le cadre d'une thèse doctorale en 2016 sur les freins à l'abord de la sexualité en consultation insistait sur :

- La nécessité d'abandonner ses convictions personnelles sur la sexualité, et de n'avoir aucun jugement afin de favoriser une relation Médecin-Patiente solide basée sur la confiance.
- Le manque de sensibilisation à la santé sexuelle lors des études de médecine (32) .

2- La prise en charge des mineures

Concernant la prescription d'une contraception aux mineures, une peur de faute médico-légale touche la totalité des médecins généralistes.

- A l'Île Maurice, beaucoup de MG interrogés (66 %) ne prescrivait pas de contraception à une jeune fille mineure venant sans ses parents. Un tiers d'entre eux prescrivait une contraception, car ils trouvaient important que toutes les femmes aient accès à une contraception de leur choix, avec ou sans la

présence des parents. Dans la majorité des cas, (66 %) les médecins ne recevaient pas les patientes mineures seules par peur de poursuites judiciaires. La décision des parents était la seule prise en compte. Pourtant, il n'existe pas d'interdiction d'un point de vu juridique quant au fait de recevoir une personne mineure non accompagnée d'un majeur titulaire de l'autorité parentale Nous pouvons nous interroger sur les craintes et les obstacles auxquels sont confrontés les MG dans ces situations (33).

- En France, les médecins recevaient les mineures avec ou sans une autorité parentale mais ils hésitaient à prescrire si la patiente avait moins de 15 ans. Ils préféraient adresser en PMI, qu'ils jugeaient mieux formées qu'eux sur cette problématique.

La HAS rappelle bien que l'adolescente peut être reçue sans ses parents, lui rappeler que l'entretien est confidentiel. La contraception est gratuite et anonyme pour les 15-18 ans (28).

L'âge du premier rapport étant de plus en plus précoce (20 % des jeunes filles de 15 ans ont eu un rapport), la contraception à cet âge est donc une priorité de santé publique (34). En France, un seul médecin généraliste interrogé a évoqué d'emblée cette anonymisation de la consultation chez les mineures de plus de 15 ans et de moins de 18 ans. En effet, il est important que la patiente soit mise en confiance et ne se sente pas freinée à consulter par peur de la divulgation d'informations auprès de ses parents. Une étude réalisée en 2015 auprès des lycéens montrait que pour 75 % des jeunes filles, la médecine générale est la 1^{ère} source d'information sur la contraception mais seulement 50 % font confiance aux médecins généralistes sur le respect de l'anonymat (35). Un rapport de l'IGAS de 2015 montrait la méconnaissance sur ce dispositif mis en place en 2013 (36).

A noter qu'en 2020, face à un taux d'IVG restant stagnant, un projet de loi de financement de la sécurité sociale compte étendre la gratuité de la contraception délivrée par un médecin ou une sage-femme et la dispense d'avance des frais sur ces soins aux mineures de moins de 15ans. Ce système de gratuité et celui de confidentialité ont semblé efficaces chez les 15-18ans depuis 2013, permettant une diminution du nombre d'IVG, passant de 9,5 à 6 pour 1000 jeunes filles de 2012 à 2018. Jusqu'alors, seuls les frais liés à une contraception d'urgence et à une IVG étaient remboursés intégralement pour les mineures de moins de 15ans (37).

3- Impact de la culture et méconnaissance de la contraception

A l'Île Maurice, la totalité des MG interrogés tentait de lutter contre la méconnaissance de la population sur la contraception. Ils donnaient une information la plus optimale possible. A part une connaissance des préservatifs, leur utilité et leur utilisation, la contraception était un sujet peu connu par la population, et de nombreuses idées reçues persistaient.

Une des causes possibles de cette méconnaissance est le poids de la culture sur la contraception. En effet, la totalité des MG interrogés disait que la culture avait un impact sur la qualité de leur consultation. Une femme préférait ne pas consulter un médecin homme. Certains sujets ne peuvent également pas être évoqués puisque faisant partie de l'intimité. La contraception est donc un sujet délicat.

4- La cotation

Un autre dispositif, quant à lui, n'est pas du tout utilisé par nos médecins généralistes, soit par oubli soit car jugé trop restrictif car il ne concerne que les jeunes femmes de 15 à 18 ans. Il s'agit de la cotation de Consultation de Contraception et de Prévention (CCP) de 46 euros avec Tiers-Payant (TP).

En juin 2019, 500 médecins généralistes interrogés sur cette consultation depuis la revalorisation à 46 euros de cette cotation en 2017, 77 % n'ont pas modifié leur pratique (38).

D) Une consultation primordiale

Dans les deux pays, les MG interrogés insistent sur l'importance de cette consultation, qui permet d'enclencher sur un suivi gynéco sérieux et régulier.

- A l'Île Maurice, les MG aimeraient mener plus de consultation complète abordant la sexualité et la contraception, avec toutes les informations et conseils donnés. Cela ne serait que bénéfique, afin d'éviter les grossesses non désirées et les potentielles IVG. Précisons que l'IVG avant juin 2012 était strictement interdite à l'Île Maurice. Elle a été autorisée à partir de cette date, sous des conditions strictes. Une femme enceinte de moins de 14 semaines peut demander de mettre un terme à sa grossesse si sa vie est en danger ; si cette grossesse risque de nuire à sa santé physique et mentale ; si le fœtus risque une malformation ou une anomalie physique ou mentale qui le rendrait incompatible à la vie ; ou si la grossesse résulte d'un cas de viol, d'inceste et de relation sexuelle avec mineure. Cette demande est soumise à un comité d'experts. Toute fausse déclaration est passible d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas 10 ans (39).
- En France, les MG évoquent même cette consultation comme un premier contact qui doit se passer le mieux possible, puisqu'il initie le suivi gynécologique de la femme.

V)- Les pistes d'amélioration

Du côté de l'Île Maurice, ce travail ne vise pas à juger les pratiques médicales dont beaucoup de différences s'expliquent par l'interculturalité. Il serait mal avisé de regarder ces résultats d'un point de vue ethnocentrique. Les propositions qui suivent s'appuient sur une réflexion en termes de santé publique. Comme on a pu le voir, il n'existe pas de consensus universel à suivre, les médecins suivent les principes et les conduites à tenir trouvés dans leur manuel.

Néanmoins, des pistes d'améliorations peuvent être proposées.

Premièrement :

La publication de recommandations officielles à l'échelle nationale, à l'Île Maurice, pourraient faciliter le travail des MG lors de la prescription d'une première contraception avec un rappel des contre-indications et des cas particuliers ainsi que d'insister également sur le rôle de prévention du médecin généraliste.

Deuxièmement :

Concernant la prévention, nous nous positionnons sur la gratuité des préservatifs pour les mineures, afin d'éviter des grossesses non désirées par faute d'argent ou par peur du jugement.

Troisièmement :

Dans un pays où les mœurs sont en cours de changement (notamment du fait d'une influence culturelle venue de l'occident), la possibilité d'évoquer sans honte ni jugement le sujet de la sexualité est amené à devenir un enjeu de santé publique à l'Île Maurice. Il serait crucial de proposer des formations aux médecins généralistes sur ce sujet, voir réaliser des brochures ou des sites internet évoquant la sexualité et

répondant aux questions des jeunes filles. Les plannings familiaux devront notamment prévoir un développement plus important et permettre à chacune des patientes d'avoir accès à la contraception qu'elle souhaite, que ce soit sous forme naturelle ou médicamenteuse.

Quatrièmement :

A l'Île Maurice, au vu des frais à la charge des patientes, et à l'absence de sécurité sociale, la question du bilan sanguin ne me permet pas de trouver des solutions de changement en l'absence de profonds changements à la charge des décideurs gouvernementaux.

Cinquièmement :

En France, des recommandations nationales existent, très régulièrement mises à jour, par la Haute Autorité de Santé, et majoritairement appliquées par les MG. Elles sont en plus facilement accessibles en consultation. Durant notre étude, les médecins Français montrent une hésitation sur plusieurs sujets, ce qui les met en difficulté dans leur pratique.

Sixièmement :

En France, il paraît bénéfique de diffuser de nouveau les recommandations sous forme d'une première fiche mémo claire et concise sur la prescription d'un oestroprogestatif, en rappelant le suivi à réaliser. La deuxième fiche à faire diffuser est la contraception aux mineures. Préciser la prise en charge avant 15 ans, et entre 15 et 18 ans avec surtout la marche à suivre pour anonymiser cette consultation. Il est primordial que les adolescentes venant consulter sachent qu'elles peuvent avoir confiance en leur médecin généraliste et soient au courant de cette consultation anonyme. Il me semble tout aussi important de se former à la pose de DIU et d'implant, pour permettre à la

patiente d'avoir la contraception souhaitée le plus vite possible et d'éviter qu'elle se tourne vers la pilule au vu du délai important de rendez-vous chez un spécialiste. Il serait bénéfique de promouvoir le DU de gynécologie voir de le rendre obligatoire. Sur la sexualité, il serait très intéressant de réaliser des enseignements dirigés au cours de l'externat et de l'internat, ainsi que des formations ouvertes aux médecins sur la sensibilisation à ce sujet. Il serait utile de donner des outils permettant de l'aborder de façon adéquate. Il est nécessaire et indispensable de pouvoir évoquer ce sujet librement, dans une société où les mœurs ont considérablement évoluées.

Septièmement :

Dans les deux pays, les médecins n'ont pas évoqué les sites internet ayant comme thème la sexualité et la contraception. Ces sites peuvent pourtant répondre aux questions que la patiente se pose mais n'ose pas évoquer avec le médecin, et ainsi la rendre plus actrice de sa santé. On peut citer plusieurs sites :

- sexplique.org, la référence en santé et en éducation sexuelle(40)
- choisirsacontraception.fr, détaillant tous les types de contraception existante

On peut parler également des brochures, à mettre par exemple, en salle d'attente. Des brochures parlant de moyens de contraception et de questions sur la sexualité.

Huitièmement :

Aussi, toujours dans une optique de rendre la patiente actrice de sa santé, et de lui permettre d'avoir la contraception qu'elle souhaite, la santé publique a lancé un questionnaire en ligne depuis février 2020 intitulé « Quelle contraception me convient le mieux ? » pour permettre de se poser les bonnes questions et ainsi préparer sa consultation chez le médecin généraliste. Il prévoit environ six minutes pour le remplir et indique les bénéfices et les points négatifs de chaque moyen de contraception, ainsi

que le suivi recommandé à la patiente. Déjà 2614 femmes l'ont rempli, 97% disent se poser les bonnes questions grâce à ce questionnaire (41).

VI) Les perspectives

Afin de poursuivre ce travail et confirmer nos résultats, une étude qualitative auprès des patientes pour évaluer leur ressenti après une consultation pour une première contraception serait intéressante ainsi qu'une étude qualitative évoquant l'abord de la sexualité à l'Île Maurice. Cependant un frein à anticiper serait la pudeur face au thème de la sexualité et la méthode devrait prendre en compte ce facteur.

CONCLUSION

Il s'agit à notre connaissance du premier travail de recherche s'intéressant spécifiquement au sujet de la contraception chez les médecins généralistes de l'île Maurice.

A l'Île Maurice, pays nouvellement industrialisé et qui subit de profonds changements culturels, nous faisons le constat de nombreux points communs, entre les MG Mauriciens et Français lors de la prescription d'une contraception pour les femmes. Le rôle de délivrance d'une information complète tout en prenant en compte les volontés de la patiente est central et partagé par les deux groupes. Les difficultés rencontrées à l'Île Maurice et en France sont similaires tout en présentant des inégalités. Ces difficultés, plus marquées à l'Île Maurice, portent sur la prise en charge des mineures et l'abord compliqué de la sexualité. Certaines difficultés sont exclusives à l'Île Maurice dans notre étude, notamment quant à la possibilité d'une médecine préventive (vaccin contre l'HPV, prévention des IST, et aide au sevrage tabagique). A l'Île Maurice, on relève l'absence d'un consensus proposé par une autorité en matière de santé sur les pratiques médicales lors de la prescription d'une contraception (en particulier son initiation et la prise en charge des patientes mineures).

Des dispositions en ce sens à l'Île Maurice favoriseraient l'accès pour les mineures à une contraception adaptée, limiteraient les grossesses non désirées et le recours à des IVG précaires mettant en jeu leur santé ou des poursuites judiciaires. Il y serait également intéressant de proposer des formations pour sensibiliser sur l'importance du sujet de la sexualité et de délivrer des outils pour un abord plus facile et efficace. Le rôle crucial du MG dans la prévention pourrait également être renforcé par le développement d'un parcours de soins systématique.

En France, les mœurs évoluant d'autant plus rapidement, il serait primordial de pouvoir adapter son discours face à cette évolution. La prise en charge timide des mineures oriente vers un rappel juridique et un autre concernant la marche à suivre pour assurer l'anonymisation de la consultation afin d'éviter d'adresser au planning familial des patientes mineures à qui on aurait pu délivrer une contraception en cabinet.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Contraception [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. La contraception [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
3. Maurice : L'avortement légalisé [Internet]. Indian Ocean Times - l'information de l'océan indien. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.indian-ocean-times.com/Maurice-L-avortement-legalise_a147.html
4. Family Planning and Demographic Yearbook 2017 [Internet]. Disponible sur: [file:///C:/Users/nolwe/Downloads/FP%20and%20Demographic%20Yearbook%202017\(1\).pdf](file:///C:/Users/nolwe/Downloads/FP%20and%20Demographic%20Yearbook%202017(1).pdf)
5. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015. État Santé. 2015;326.
6. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
7. République de Maurice- Histoire [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.govmu.org/French/ExploreMauritius/Pages/History.aspx>
8. Statistics Mauritius - Population and Vital Statistics - Year 2019 [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: http://statsmauritius.govmu.org/English/Publications/Pages/Pop_Vital_Yr19.aspx
9. Cunniah B. La nouvelle réalité sexuelle à l'île Maurice : entre libéralisme économique et postmodernisme. Études Océan Indien. 1 déc 2010;(45):133-47.
10. ÉTUDES À L'ÉTRANGER: Ces institutions qui attirent de plus en plus de Mauriciens – OVEC [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://ovec.mu/etudes-a-letranger-ces-institutions-qui-attirent-de-plus-en-plus-de-mauriciens/>
11. Vincent Q, Vanrietvelde F, Vignon M. Médecine en Inde rurale : l'exemple du Saint Mary's Hospital. Laennec. 2008;Tome 56(1):53-64.
12. Mauritius Family Planning Association. The use of induced abortion in Mauritius: alternative to fertility regulation or emergency procedure? Afr J Fertil Sex Reprod Health. mars 1996;1(1):72-5.
13. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. :17.
14. Contraception [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>

15. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions [Internet]. Disponible sur: [file:///C:/Users/nolwe/Desktop/Entretien%20thèse/17112_1806%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/nolwe/Desktop/Entretien%20thèse/17112_1806%20(1).pdf)
16. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
17. : Les Français et la contraception [Internet]. www.statista.com. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/2750/les-francais-et-la-contraception/>
18. Sensier S. Histoire de la contraception de l'antiquité à nos jours [Internet]. Le Monde diplomatique. 1996 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/1996/11/SENSIER/5866>
19. Histoire de la contraception [Internet]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf>
20. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
21. contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
22. Contraception d'urgence [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence
23. 3840_CHAPUIS_these.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3840_CHAPUIS_these.pdf
24. macchi_these_contraception.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/macchi_these_contraception.pdf
25. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
26. Contraception et conseils aux femmes [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
27. Freins à la contraception [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
28. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
29. Péran A. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif: enquête en Haute-Normandie. :97.
30. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.

31. Degoue M. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes. :71.
32. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-8799?height=500&width=900>
33. MEDICAL COUNCIL [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.medicalcouncilmu.org/>
34. La contraception des adolescentes [Internet]. Pédiate Online. 2017 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.pediatre-online.fr/adolescents/contraception-des-adolescentes/>
35. Fleur M. CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS EN MATIERE DE CONTRACEPTION. :30.
36. Rapport_2014-167R.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf
37. Le gouvernement veut étendre la gratuité de la contraception aux mineures de moins de 15 ans [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/le-gouvernement-veut-etendre-la-gratuite-de-la-contraception-aux-mineures-de-moins-de-15-ans>
38. consultation dédiée à la première prescription de contraception chez les mineures [Internet]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/42ad7495-8932-4f7d-b59f-26df4612d302>
39. LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT DANS DES CAS SPÉCIFIQUES: Avancée historique en 2012... - Le Mauricien [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.lemauricien.com/article/legalisation-lavortement-des-cas-specifiques-avancee-historique-en-2012/?fbclid=IwAR16WUSoDi2cRxQsuKpzd3btLGIVh_gsA1qbWdeHRFYuRQapxKBkuk9B7Q
40. Sexplique. Sexplique, La référence en éducation et en santé sexuelle [Internet]. Sexplique. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://sexplique.org/>
41. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://questionnaire.choisirsacontraception.fr/>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Tableau des pilules contraceptives existantes avec le nombre de comprimés et le dosage en hormone

	Marque de Pilule	Nombre de Comprimés	Oestrogène En microgm/comp	Progestatif En microgr/comp
Pilule De 1ère Génération	Triella	7 blancs 7 orangés 7 oranges	35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol	500 noréthistérone 750 noréthistérone 1000 noréthistérone
Pilule De 2ème Génération	Leeloo Gè / Lovavulo G	21	20 Ethynilestradiol	100 lévonorgestrel
	Optilova	21 blancs actifs 7 rouges inactifs	20 Ethynilestradiol	100 lévonorgestrel
	Minidril / Ludéal G	21	30 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel
	Optidril	21 jaunes actifs 7 rouges inactifs	30 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel
	Stédiril	21	50 Ethynilestradiol	500 norgestrel
	Adépal / Pacilia G	7 blancs 14 orangés	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel 200 lévonorgestrel
	Trinordiol / Daily G / Amarence	6 orangés 5 blancs 10 jaunes	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol 30 Ethynilestradiol	50 lévonorgestrel 75 lévonorgestrel 125 lévonorgestrel
Pilule de 3ème Génération	Mélodia / Minesse / Edenelle	24 jaunes actifs 4 blancs inactifs	15 Ethynilestradiol	60 gestodène
	Varnoline continu	21 jaunes actifs 7 blancs inactifs	30 Ethynilestradiol	150 désogestrel
	Méliane / Carlin-20 / Felixita 20 Harmonet / Efezial 20	21	20 Ethynilestradiol	75 gestodène
	Mercilon / Cyléane 20 / Desobel Gè 20	21	20 Ethynilestradiol	150 désogestrel
	Monéva / Minulet / Felixita 30 Carlin 30 / Efezial 30	21	30 Ethynilestradiol	75 gestodène
	Varnoline / Cycléane 30 / Desobel Gè 30	21	30 Ethynilestradiol	150 désogestrel
	Cilest / Effiprev	21	35 Ethynilestradiol	250 norgestimate
	Phaeva / Tri-Minulet / Perléane	6 beiges 5 marrons 10 blancs	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol 30 Ethynilestradiol	50 gestodène 70 gestodène 100 gestodène
	Triafémi / Tricilest	7 blancs 7 bleu ciel 7 bleu foncé	35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol	75 gestodène
Pilule de 4ème Génération ou Nouveau Progestatif	Jasmine	21	30 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Jasminelle	21	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Jasminelle continu	21 jaunes actifs 7 blancs inactifs	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Yaz	24 jaunes actifs 4 blancs inactifs	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
Autres Pilules	Diane 35 / Holgyème Lumalia / Evépar Minerva	21	35 Ethynilestradiol	2 acétate de cyprotérone
	Belara	21	30 Ethynilestradiol	2 acétate de chlormadinone
Oestrogène «naturel»	Qlaira	2 jaunes foncés 5 rouges 17 jaunes clairs 2 rouges foncés 2 blancs inactifs	3 valérate d'estradiol 2 valérate d'estradiol 2 valérate d'estradiol 1 valérate d'estradiol 0 valérate d'estradiol	0 dienogest 2000 dienogest 3000 dienogest 0 dienogest 0 dienogest
	Zoely	24 blancs actifs 4 jaunes inactifs	1500 estradiol	2500 nomegestrel acétate
Progestatifs Seuls Microdosés	Microval	28		30 lévonorgestrel
	Milligynon	28		600 noréthistérone acétate
	Cérazette / Antigone Gè	28		75 désogestrel
Progestatifs Seuls Normodosés	Lutenyl 5 mg	2 x 10		5 mg acétate de nomegestrol
	Luteran 10 mg	2 x 10		10 mg de chlormadinone
	Orgamétril	30		5000 lynestrenol

Tableau cité du site internet « mongyneco.com »

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des médecins interrogés dans notre étude

	Sexe	Âge	Type d'exercice	Pays d'étude
MG 1	Femme	35	Urbain	Inde
MG 2	Homme	40	Semi-rural	Chine
MG 3	Homme	35	Semi-rural	Inde
MG 4	Homme	29	Semi-rural	Île Maurice
MG 5	Homme	30	Urbain	Chine
MG 6	Femme	42	Rural	Inde

Médecins interrogés à l'Île Maurice

	Sexe	Âge	Type d'exercice	Pays d'étude
MG 1	Homme	45	Rural	France
MG 2	Femme	39	Semi-rural	France
MG 3	Homme	32	Semi-rural	France
MG 4	Homme	30	Urbain	France
MG 5	Femme	47	Urbain	France
MG 6	Homme	34	Semi-rural	France

Médecins interrogés en France

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Présentation : Bonjour, suite à notre appel téléphonique concernant ma thèse de médecine générale, vous avez accepté de répondre, au lieu et heure vous arrangeant, à quelques questions portant la première contraception. L'entretien sera enregistré par dictaphone et anonymisé par la suite.

- 1- Dès l'entretien avec une patiente pour une contraception, quels sont les sujets que vous abordez ?
- 2- Comment présentez-vous les différents modes de contraception ?
- 3- Si vous examinez la patiente, quels sont les examens que vous pratiquez ?
- 4- En fonction du mode de contraception proposé, quels sont les informations que vous allez collecter ?
- 5- Abordez-vous la question du tabac ? Et si tabagisme actif, que proposez-vous ?
- 6- Proposez-vous un bilan sanguin ?
- 7- En complément de la contraception permanente, prescrivez-vous une contraception d'urgence ?
- 8- Que faites-vous si la patiente est mineure ?
- 9- Proposez-vous le vaccin contre le papillomavirus ?
- 10-Parlez-vous de sexualité ?
- 11-Que pensez-vous si les préservatifs étaient remboursés chez les jeunes de plus de 15ans et de moins de 18ans ? (Question utilisée à l'Île Maurice)
Connaissez-vous les préservatifs remboursés par la sécurité sociale ? (Question utilisée en France)
- 12-Connaissez-vous la cotation CCP ? (Question supprimée à l'Île Maurice)
- 13-Avez-vous des choses à rajouter ?

Merci de votre participation à cette étude et merci de m'avoir accordé de votre temps.

AUTEUR : MIENS Nolwenn

Date de soutenance : 29 avril 2020

Titre de la thèse : L'abord de la première contraception, en cabinet de médecine générale, entre la France et l'Île Maurice

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Contraception et Médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : Contraception, Sexualité, Médecin Généraliste, Recommandations

Contexte : Le médecin généraliste tient une place importante dans le choix de la contraception, que ce soit en France ou à L'Île Maurice. Cependant, une méconnaissance sur la contraception existe chez les jeunes filles à l'Île Maurice avec de nombreuses grossesses non désirées et le recours à des IVG cependant interdites par la loi. En France, les femmes se disent bien informées sur ce sujet mais le taux de recours à l'IVG chez les jeunes filles reste néanmoins stagnant.

Objectif : Faire une comparaison de l'abord de la première contraception, au niveau de l'information, de la prescription et de la prévention, entre deux pays très différents, la France et l'Île Maurice, afin d'identifier les forces et les freins de cette consultation.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 6 médecins généralistes du Nord-Pas de Calais et de 6 médecins généralistes de l'Île Maurice, avec retranscription intégrale avant triangulation. Une analyse par théorisation ancrée a été réalisée jusqu'à suffisance des données.

Résultats : En France et à l'Île Maurice, la majorité des médecins généralistes prescrit une contraception en tenant compte des champs médicaux et non médicaux de la patiente. Cependant, la prise en charge des mineures reste floue, et la sexualité, nommée comme thème primordial à évoquer, n'est que peu abordée dans les deux pays. Le rôle de prévention est quasi inexistant à l'Île Maurice.

Conclusion : Les résultats de cette étude tendent vers la délivrance d'une information complète et vers un respect des souhaits de la patiente. En France, un rappel de l'anonymisation des consultations des mineures ainsi qu'une sensibilisation à la sexualité via des formations seraient judicieux. A l'Île Maurice, des recommandations uniques ainsi qu'un travail sur l'abord de la sexualité pourraient être bénéfiques dans la prise en charge des patientes et de leur contraception.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Docteur Delphine LEGRAND DUFOUR

Directeur de thèse : Docteur Vincent COUVREUR

