Interview de Danielle Hassoun : Gynécologue-obstétricienne depuis 40 ans, continue à travailler mais va bientôt prendre sa retraite.

Pour la prescription de la pilule, on est obligé d’analyser le côté médical selon la méthodologie de base en médecine :

base à recueillir pendant la consultation et avant toute prescription : antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiers (maladies, allergies, opérations, ...)

Cependant la consultation pour la prescription d’un moyen de contraception diffère d’une consultation usuelle :

la personne qui consulte n’est pas malade : c’est assez fondamental car ce n’est pas le même raisonnement en terme de soin ou de prévention.

La personne en face doit décider.

Le travail du médecin doit accompagner le choix qu’elles font, et de faire attention aux contre-indications formelles.

En médecine on considère toujours la balance bénéfice-risque ( sens positif : risque<bénéfice). Attention ici en prévention, cette balance n’est pas la même qu’en soin : les personnes qui consultent sont en bonne santé et doivent le rester, alors que pour une maladie, le cancer par exemple, les effets secondaires de la chimiothérapie sont acceptés même s’ils sont importants, car les risques du au cancer sont plus importants.

Avant de prescrire la pilule :

élaboration d’une réflexion pour choisir son moyen de contraception.

Un bon médecin doit regarder les besoins, les attentes et la situation de la personne pour pouvoir conseiller à la patiente le moyen de contraception le plus adapté.

Éléments à prendre en compte : antécédents cardio-vasculaires personnels et familiaux.

Il existe deux types de contraception : médicalisée (avec un professionnel de la santé, gynécologue ou sage-femme, sur prescription : pilule, dispositif intra-utérin et implant) et hors du domaine médical ( méthode des dates, préservatif, spermicide).

Consulter les chiffres sur le rapport de baromètre santé.

Le choix du moyen de contraception dépend aussi du niveau d’éducation des femmes, cela influence leur niveau d’information. En France, les personnes ont souvent les informations sur les différents moyens de contraception, mais elles sont floues, et les personnes y ajoutent leurs à priori. Le rôle du médecin est de rectifier ces informations, par exemple le stérilet peut être prescrit à toutes les femmes, pas seulement à celles ayant déjà eu des enfants. Par contre les femmes ne connaissent en général pas les contre-indications de chaque moyen de contraception, elles en connaissent les risques mais les hypertrophient. Le médecin veille à donner des informations justes, des chiffrés notamment (4/100 000 risque d’accident cardio-vasculaires par exemple) mais ceux-ci sont aussi sujets à interprétation (beaucoup ou peu selon les femmes, il ne faut pas oublier que pour les femmes qui sont effectivement concernées, les effets peuvent être très graves).

On observe depuis quelques années, 2005 environ, avant la crise de la pilule en 2012, une baisse du désir de contraception hormonal. Cela est du à trois choses :

* avant la pilule était considérée comme une libération, il n’y avait pas de notion de risque associée
* les personnes sont beaucoup plus inquiètes de manière générale sur les choses qu’elles consomment, leur environnement (Danielle Hassoun appelle cela inquiétude du risque écologique) . Avant la pilule était considérée comme un avancement scientifique, sans préoccupation pour ses conséquences.
* Certaines femmes disent : je vais sentir mon corps. Elles disent qu’elles sentent les différents moments du cycle hormonal, ce qui est bloqué par la pilule, qu’elles ressentent des choses (émotions, sensations) différemment selon le moment du cycle.

La pilule a des effets secondaires aussi positifs : pas de règles douloureuses.

Effets secondaires négatifs :

très légère augmentation du risque de cancer hormonal, surtout cancer du sein, pour les personnes qui prennent la pilule pendant très longtemps et depuis très jeune. Mais ce risque, cette augmentation sont très faibles, la balance bénéfice-risque demeure toujours très positive. On peut d’ailleurs aussi souligner que les grossesses représentent un certain risque, qui est donc enlevé quand on prend la pilule.

Par contre il est faux que la pilule engendre des dérèglements hormonaux, 10 ans de prise de pilule n’engendre pas de baisse de la fertilité et le système hormonal reprend son fonctionnement normal après l’arrêt de la pilule (quelques mois éventuellement)

Contre-indications pendant la prescription :

par exemple femme de plus de 35 ans et qui fume → pas de pilule œstroprogestative

Il existe différent types de pilule, mais elles sont quasiment toutes identiques, les différences de produit utilisé sont minimes. Danielle Hassoun nous explique que la pilule la plus souvent prescrite est une pilule de deuxième génération œstroprogestative, elles sont très faiblement dosées.

Les différentes générations de pilule : très peu de différence, même principe d’action et substances utilisées, différence dans les produits associés utilisés.

1ère plus prescrite : fortes doses d’hormones

2ème génération : couramment prescrite

3ème et 4ème génération : modifications biologiques complexes en fonction des produits associés qui peuvent expliquer l’augmentation du risque cardio-vasculaire (risque de thrombo-embolie 2/100 000 pour la deuxième génération, 4/100 000 pour les 3ème et 4ème générations). Il existe une polémique autour de ces pilules, même s’il est difficile de mettre en évidence l’augmentation du risque. La création de pilule de 3ème et 4ème génération sont liées au système capitaliste : les laboratoires pharmaceutiques sortent de nouveaux produits qu’ils vendent plus cher et espèrent se démarquer. C’est un problème commercial et non médical, l’efficacité est la même entre les différentes générations de pilule. Il n’y a pas de nouveau service rendu, il n’est pas amélioré. d’ailleurs pour qu’un médicament soit remboursé, il faut prouver à l’ANSM que le produit apporte quelque chose, un service rendu supplémentaire par rapport à ce qui existe déjà sur le marché. CE service rendu est prouvé à partir d’études, qui dans le cas des pilules de 3ème et 4ème génération sont nulles (trop petits échantillons, mauvaise mise en évidence …), elles ont été faites uniquement pour obtenir le remboursement à travers la validation par l’ANSM.

On observe une chute, une baisse de la vente des pilules.

Il n’existe pas de prescription type, cela dépend des envies et des besoins des femmes :

stérilet : contraception longue durée, pas besoin d’y penser mais certaines femmes ne souhaitent pas d’un corps étranger.

Cela dépend aussi des relations qu’elles entretiennent.

Prescription de la pilule pour des raisons autre que contraceptives :

règles très douloureuses auxquels les anti-douleurs classiques n’apportent pas de solution

acné : les pilules de 3ème et 4ème générations limitent l’acné

Des études montrent que les femmes et même les médecins pensent que le stérilet ne peut être prescrit qu’à des femmes ayant déjà eu des enfants, alors que les études scientifiques le démontrent.

La pilule est un médicament très sur, mais avec les médicaments, le risque zéro n’existe pas , cependant la balance bénéfice-risque est très positive. L’argument souvent mis en valeur contre ce moyen de contraception est le fait que les personnes en ont marre ou n’ont pas envie de devoir y penser et la prendre tous les jours.

Il existe un certain nombre de personnes (grandissant) qui se tournent ou retournent à des méthodes naturelles, essentiellement la méthode des dates ; même s’ils elles sont très peu efficaces. Mais malgré cette modification du type de contraception, il n’y a pas d’augmentation du nombre d’IVG, même pendant la crise de la pilule.

Dans les mois qui ont suivi la crise de 2012, un vent de panique a soufflé sur ce moyen de contraception et beaucoup de personnes appelaient pour dire qu’elles ne souhaitaient plus la prendre.

En contraception, on raisonne en terme d’efficacité, théorique et pratique. James Shessel, a fait beaucoup de comparaison. Le calcul de l’efficacité est très compliqué, et diffère d’un pays à l’autre. Par exemple l’efficacité théorique de la pilule est de 0,3 (3 grossesses pour mille femmes prenant la pilule), son efficacité pratique est de 2,4 (car on tient aussi compte des oublis dus à une utilisation habituelle), ce chiffre est de 9 aux USA. La différence entre risque théorique et pratique est encore plus important pour les méthodes naturelles, du fait de leur difficulté de tenue et mise en action.

Définition de la contraception : moyen non nocif, (souvent) réversible (même s’il existe des moyens irréversibles qui sont considérés comme des moyens de contraceptions), de contrer une grossesse non désirée.

En tant que médecin, certaines personnes sont payées par des laboratoires pharmaceutiques pour écrire des articles, les conclusions ne concordent alors pas forcément avec le corps de l’article.

John le Carré, la Constance du jardinier