

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 8 Novembre 2013 à Poitiers
par **Mme Maëlle Fontaine**

**Prescription et pose de dispositifs intra-utérins chez les patientes
nullipares : enquête sur les freins des médecins généralistes**

(sous forme d'entretiens semi-dirigés, auprès de dix-sept médecins généralistes de Charente)

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine Perault-Pochat

Monsieur le Professeur José Gomes

Monsieur le Docteur Jacques Bernat

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

Professeur des universités, Chef de service de Gynécologie et Obstétrique

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

J'ai eu la chance d'être formée en tant qu'externe dans votre service.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Marie-Christine Perault-Pochat

Professeur des universités, Chef de service de Pharmacologie clinique et vigilances

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur José Gomes

Professeur des universités, Médecine Générale

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Jacques Bernat

Docteur en Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence en tant que membre du jury.

Merci d'avoir guidé mes premiers pas en médecine générale au sein de votre cabinet.

Je vous exprime ma gratitude et mon profond respect.

Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet

Docteur en Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de tenter l'aventure de diriger cette thèse, de m'avoir encouragée et conseillée tout au long de sa réalisation.

Merci pour ta disponibilité, ta bonne humeur et ta gentillesse.

Merci aux dix-sept Médecins Généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens, de m'offrir un peu de leur temps et beaucoup d'eux-mêmes.

Merci à ma Famille dans son ensemble pour son soutien et son affection, avec une mention particulière à mes parents et mon petit frère bien-aimés.

Merci aux Amis d'ici et d'ailleurs, ceux des bancs de la faculté et des couloirs de l'hôpital. Vous m'avez fait réfléchir, avancer, rire et sourire durant ces longues études.

Merci Amaury pour toute l'aide patiemment apportée à ce travail :)

Sommaire

Glossaire	- 10 -
Liste des figures	- 11 -
Introduction	- 12 -
1. Hypothèse de recherche.....	- 15 -
2. Objectifs de l'étude.....	- 15 -
2.1. Objectif principal	- 15 -
2.2 Objectifs secondaires	- 15 -
Méthode	- 16 -
1. Choix de la méthode qualitative.....	- 17 -
2. Choix de l'entretien semi-structuré.....	- 17 -
3. Recrutement des médecins généralistes.....	- 18 -
3.1 Critères d'inclusion	- 18 -
3.2 Méthode de recrutement	- 18 -
4. L'entretien	- 19 -
4.1 Préparation de l'entretien	- 19 -
4.2 Grille d'entretien.....	- 19 -
4.3 Enregistrement et retranscription	- 19 -
4.4 Caractéristiques des entretiens	- 20 -
4.5 Analyse des données.....	- 20 -
Résultats	- 21 -
1. Les caractéristiques des MG interrogés	- 22 -
1.1 Les caractéristiques démographiques	- 22 -

1.2 Les caractéristiques d'activité.....	- 23 -
1.3 L'attitude vis-à-vis de la pose de DIU.....	- 24 -
2. Les freins venant du médecin généraliste	- 26 -
2.1 La formation en gynécologie	- 26 -
2.1.1 Une formation initiale jugée lacunaire	- 26 -
2.1.2 Une formation continue variée.....	- 28 -
2.2 Les conséquences d'une formation hétérogène	- 30 -
2.2.1 Des médecins parfois mal à l'aise	- 30 -
2.2.2 Des connaissances obsolètes, erronées ou absentes	- 31 -
2.3 L'activité en gynécologie des MG	- 32 -
2.3.1 Une faible demande de la part des patientes.....	- 32 -
2.3.2 Un manque d'intérêt de la part des MG	- 33 -
2.3.3 Une facilité à adresser au gynécologue	- 34 -
2.4 Leurs habitudes de prescription	- 35 -
2.5 L'aspect éthique et religieux	- 37 -
3. Les freins venant des caractéristiques du DIU	- 38 -
3.1 Les contre-indications	- 38 -
3.2 Les effets secondaires	- 39 -
3.3 L'efficacité présumée du DIU	- 41 -
3.4 Les modalités de la pose du DIU	- 42 -
3.5 Les représentations négatives qui lui sont associées	- 45 -
3.6 Les particularités du DIU chez la nullipare.....	- 46 -
3.6.1 Une pose plus difficile	- 46 -
3.6.2 Une patiente perçue comme étant trop jeune	- 46 -
4. Les freins que les MG ressentent chez leurs patientes	- 48 -
4.1 Une demande quasi exclusive de COP.....	- 48 -

4.2 Une méconnaissance du DIU par les patientes	- 49 -
4.2.1 Un manque global d'informations	- 49 -
4.2.2 Des connaissances erronées	- 50 -
4.3 Le refus du corps étranger	- 51 -
4.4 Une faible sollicitation du MG	- 51 -
4.5 La crainte d'effets secondaires	- 52 -
4.6 Un obstacle religieux, éthique	- 53 -
Discussion	- 54 -
1. La méthode	- 55 -
2. Le résultat principal	- 58 -
3. La critique et l'analyse des résultats	- 60 -
3.1 Les freins venant du médecin généraliste	- 60 -
3.1.1 Le manque de formation initiale en gynécologie	- 60 -
3.1.2 La formation continue en gynécologie.....	- 62 -
3.1.3 Les obstacles à la pose de DIU	- 63 -
3.1.4 Des MG qui font peu de gynécologie	- 66 -
3.1.5 La méconnaissance des recommandations	- 67 -
3.1.6 Les habitudes de prescription	- 69 -
3.1.7 Leur avis concernant les patientes nullipares	- 71 -
3.1.8 L'aspect religieux, éthique.....	- 72 -
3.2 Les freins venant des caractéristiques du DIU	- 74 -
3.2.1 La connaissance du DIU	- 74 -
3.2.2 La crainte des effets secondaires	- 76 -
3.2.3 L'appréhension de la pose	- 77 -
3.3 Les freins que les MG ressentent chez les patientes	- 80 -
3.3.1 La demande de COP	- 81 -

3.3.2 Le manque d'information.....	- 82 -
3.3.3 Le refus du corps étranger	- 85 -
3.3.4 La faible sollicitation du MG pour un motif gynécologique	- 86 -
3.3.5 La crainte des effets secondaires	- 87 -
4. Conclusion et perspectives	- 89 -
Conclusion	- 93 -
Bibliographie	- 96 -
Annexes	- 104 -
Annexe n°1 – Grille d'entretien	- 105 -
Annexe n°2 – Efficacité des méthodes contraceptives par l'OMS	- 107 -
Annexe n°3 – Le modèle BERCER par l'OMS	- 108 -
Annexe n°4 – Prévention des infections liées à la pose de DIU	- 111 -
Annexe n°5 – Caractéristiques des DIU au cuivre selon la HAS	- 112 -
Annexe n°6 – Contre-indications à la pose du DIU au cuivre selon l'OMS	- 114 -
Annexe n°7 – Caractéristiques du DIU au LNG	- 115 -
Annexe n°8 – Contre-indications à la pose du DIU au LNG selon la HAS	- 116 -
Serment	- 117 -

Glossaire

- AINS** Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
- ANAES** Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ANSM** Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- AVC** Accident Vasculaire Cérébral
- COP** Contraception Œstro-progestative
- CNGOF** Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- CCAM** Classification Commune des Actes Médicaux
- DIU** Dispositif Intra-Utérin
- DU** Diplôme Universitaire
- FMC** Formation Médicale Continue
- GEU** Grossesse Extra-Utérine
- HAS** Haute Autorité de Santé (anciennement ANAES)
- INED** Institut National d'Etudes Démographiques
- INPES** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- IST** Infection Sexuellement Transmissible
- IVG** Interruption Volontaire de Grossesse
- LNG** Lévonorgestrel
- MG** Médecin Généraliste
- MIP** Maladie Inflammatoire Pelvienne
- NICE** National Institute for health and Care Excellence
- OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- SASPAS** Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SMR** Service Médical Rendu
- WONCA** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Liste des figures

Figure 1 : Sexe et ancienneté d'exercice.....	- 22 -
Figure 2 : Lieu et ancienneté d'exercice.....	- 22 -
Figure 3 : Sexe, formation et activité	- 23 -
Figure 4 : Nombre de stérilets posés en 2011 pour la partie "exécutés en ville" par département et type de médecin	- 58 -
Figure 5 : Nombre et densité de MG et gynécologues par département en 2009	- 59 -
Figure 6 : Méthodes de contraception (en %) utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.....	- 69 -
Figure 7 : Niveau de confiance envers les sources d'information (2004).....	- 83 -

Introduction

Actuellement en France, 21% des femmes en période d'activité génitale utilisent le dispositif intra-utérin (DIU) comme moyen de contraception. Cependant seulement 1,3% des patientes nullipares bénéficient de cette méthode (1).

De nombreuses études ont montré que les DIU employés aujourd'hui ne majorent pas le risque de maladie inflammatoire pelvienne et de stérilité (2) (3) (4).

Ceci a donné lieu à des recommandations de la HAS en 2004 (5), autorisant les praticiens à poser des DIU aux patientes nullipares qui le souhaiteraient, sous réserve de s'assurer de l'absence d'infection en cours.

Malgré ces données rassurantes, on ne constate pas de modification franche des habitudes de prescription. Une comparaison entre l'étude COCON (14) de 2000 et FECOND (1) de 2010 réalisées par l'INPES montre que la COP reste le principal moyen de contraception. Il concerne une femme sur deux, tous âges confondus.

De même, il existe une stagnation de la prescription du DIU, très largement réservé aux patientes multipares n'ayant plus de désir de grossesse. Or, l'âge moyen des patientes au moment de leur 1^{ère} grossesse recule. En France il est en moyenne à 28 ans en 2010 (15) et l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les femmes (16). Cela induit plus de 10 ans de vie sexuelle et donc de contraception, sans projet de grossesse.

Les préconisations de la HAS ont été récemment réactualisées sous forme de fiches-mémo (6). Elles sont destinées à faciliter le travail de prescription de la contraception par les professionnels de santé, suite à la médiatisation des effets indésirables des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

En effet, il convient de se rappeler lors de la prescription que chez les utilisatrices de contraception œstro-progestative (COP), il existe un risque thromboembolique majoré, qui augmente avec l'âge notamment à partir de 35 ans (7). Celui-ci augmente également chez les patientes tabagiques ; or en France en 2008 on comptait 48% d'adolescentes tabagiques (8).

Il a été établi que chez les adolescentes, les contraceptions de longue durée d'action (administrées moins d'une fois par mois (9)) sont nettement plus efficaces que les contraceptions orales en utilisation dite habituelle (10). En effet, les oublis de pilule et abandon de contraception sont des facteurs de risque majeurs de survenue de grossesse non désirée (11). Ceci explique en partie pourquoi le nombre d'IVG dans cette population reste stable au fil des années (12) en dépit des tentatives d'amélioration de l'information et de l'accès à la contraception (13).

Le médecin généraliste, au même titre que le gynécologue, peut assurer le suivi gynécologique et la prescription de contraception. Dans le classement de l'ensemble des problèmes de santé pris en charge par le médecin généraliste chez des femmes de 10 à 19 ans en 2009, la contraception était au 6^{ème} rang. Pour les femmes de 20 à 29 ans, elle était même au 1^{er} rang (17).

En France, le contexte démographique actuel est tel que les médecins généralistes devront probablement s'impliquer de plus en plus dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes en raison d'une diminution annoncée de la population de gynécologues médicaux. Celle-ci aura pour conséquences une moindre disponibilité ou une difficulté d'accès à ces spécialistes. Selon la présentation du Dr David Serfaty à Nancy en Novembre 2007 « *on peut craindre d'ici à 2020 un départ à la retraite de plus de 60% [des gynécologues en exercice]* » (18). Le médecin généraliste a donc une place prépondérante, en particulier dans l'information et le choix d'une méthode contraceptive afin d'améliorer l'observance et l'efficacité du traitement contraceptif.

Il a été démontré que le DIU est un moyen de contraception efficace, réversible et de longue durée d'action, sans préjudice pour la fertilité ultérieure des patientes (19). Il peut être prescrit et posé aussi bien par un médecin généraliste que par un gynécologue.

Pourquoi dans ces conditions, y a-t-il toujours en France aussi peu de patientes nullipares bénéficiant d'une contraception par DIU ?

1. Hypothèse de recherche

Suite à la lecture de travaux parus dans la littérature médicale et de thèses récentes concernant la pratique gynécologique des médecins généralistes, la contraception de l'adolescente et de la nullipare et les représentations vis-à-vis du DIU, notre hypothèse de recherche est la suivante : il doit exister, en dépit des données actuelles de la science et des recommandations, des freins de la part des médecins généralistes à prescrire ou à poser un DIU à une patiente nullipare. Ceux-ci peuvent être :

- des représentations négatives ;
- une méconnaissance des caractéristiques des DIU ;
- un manque de formation à la pose du DIU.

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'identifier avec les médecins généralistes quelles sont les caractéristiques de leurs freins à la promotion, à la prescription et à la pose de DIU chez leurs patientes nullipares.

2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'amorcer une réflexion en vue de l'amélioration de la prise en charge contraceptive des patientes nullipares par leur médecin généraliste et d'identifier les besoins éventuels de formation en matière de gynécologie des médecins généralistes.

Méthode

1. Choix de la méthode qualitative

Il s'agit d'une étude transversale sous forme d'enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés (20) avec des médecins généralistes volontaires, au sujet de leurs habitudes en termes de contraception par DIU chez leurs patientes nullipares, qu'ils posent ou non des DIU.

Ce travail s'intéresse à la pratique des médecins généralistes en matière de contraception par DIU, il vise à explorer leur formation, leurs lacunes potentielles, leur discours aux patientes, leurs habitudes de prescription et leurs représentations vis-à-vis des patientes nullipares et du DIU.

Le principal critère étudié étant leurs freins vis-à-vis de l'emploi de ce moyen de contraception, la méthode qualitative a semblé la plus appropriée. Elle permet de comprendre leur point de vue, leurs appréhensions, leurs connaissances qui déterminent et orientent leurs choix et les conseils qu'ils prodiguent aux patientes lors de leur exercice quotidien.

2. Choix de l'entretien semi-structuré

Un questionnaire utilisant des questions fermées risquait de passer à côté d'un certain nombre de notions. L'objectif, ici, n'était pas de quantifier. Nous avons donc choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Il s'agit de recueillir des informations lors d'un tête-à-tête avec la personne enquêtée.

Cette méthode permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable dans une grille d'entretien réalisant un canevas de questions ouvertes reprenant une liste de thèmes à aborder ainsi que des sous-questions de relance (20).

Ce type d'entretien nécessite de la part de l'intervieweur un certain savoir-faire d'écoute sans jugement et de relance, ainsi qu'une attitude détachée, non-directive, privilégiant les questions ouvertes, sans interrompre la personne interrogée.

3. Recrutement des médecins généralistes

3.1 Critères d'inclusion

Les personnes participant aux entretiens sont des médecins généralistes, volontaires. Ils sont remplaçants en ce qui concerne les deux entretiens-test et installés pour les suivants. Tous exercent la médecine générale dans le département de la Charente au moment de leur recrutement.

3.2 Méthode de recrutement

La première série d'entretien a été réalisée avec la participation de médecins rencontrés dans le cadre de mon internat ou de mes remplacements.

La seconde série suit la technique de recrutement « de proche en proche ». Cette méthode, appelée aussi « boule de neige » consiste à identifier de potentiels participants à l'enquête à partir des personnes déjà interviewées (21). Ils ont été choisis dans la liste de médecins obtenue, en fonction de leur âge, sexe, lieu d'exercice et ce afin d'obtenir un corpus diversifié, représentatif des différents modes d'exercice de la médecine générale.

Sur 18 médecins sollicités, un seul médecin a décliné la proposition en raison d'un emploi du temps trop chargé au moment de la session d'entretiens, mais il a précisé que le sujet l'intéressait et qu'il regrettait de ne pouvoir se libérer.

L'arrêt du recrutement a été déterminé selon un critère de saturation des données, c'est-à-dire après l'absence d'obtention de nouvelles données pertinentes (21).

4. L'entretien

4.1 Préparation de l'entretien

Les médecins retenus pour passer les entretiens ont d'abord été contactés par téléphone via leur secrétariat, afin de leur expliquer la démarche, les modalités de l'entretien enregistré et anonyme, d'obtenir leur accord et de fixer une date et un lieu pour la rencontre, de préférence à leur cabinet.

Deux entretiens « test » ont été réalisés avec une pré-grille d'entretien très permissive, permettant de comprendre le rôle de l'enquêteur, les réactions des enquêtés aux différentes questions et relance, et l'importance du cadrage du sujet par l'enquêteur.

L'utilisation d'un guide d'entretien a permis de garder une trame commune à tous les entretiens, sans omettre les sujets importants à aborder.

4.2 Grille d'entretien

Voir annexe n° 1.

4.3 Enregistrement et retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique.

Ils ont ensuite été retranscrits mot à mot via le logiciel Microsoft Office Word.

Les interruptions et éléments paralinguistiques (longs silences, rires...) sont notés entre parenthèses.

Pour respecter l'anonymat chaque enquêté a été renommé par une lettre de l'alphabet, dans l'ordre chronologique des entretiens. L'enquêtrice est renommée « M ». Les occurrences à d'autres personnes sont remplacées par une initiale choisie au hasard.

Chaque verbatim ainsi obtenu a été envoyé au médecin interrogé afin qu'il le lise et donne son accord pour l'exploitation du texte.

Note : L'intégralité des verbatims est consultable sur le CD joint à cet effet en troisième de couverture.

4.4 Caractéristiques des entretiens

Entre Janvier et Mars 2013, l'enquêtrice a fait passer deux entretiens « test » et quinze entretiens semi-structurés.

La durée d'enregistrement est de 9 à 40 minutes avec une moyenne de 23 minutes par entretien.

Les quinze entretiens furent réalisés au cabinet du médecin interrogé, soit dans son bureau de consultation, soit dans une salle de repos.

4.5 Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse verticale a été réalisée par la lecture répétée de chaque entretien. Elle a permis de s'imprégner du discours, de percevoir une dynamique de raisonnement et de cerner la personnalité de chaque médecin interrogé.

Les verbatims ont été analysés de façon transversale à l'aide du logiciel de référence QSR Nvivo version 9 suivant la technique de thématization continue : sélection d'une partie du texte à laquelle est attribué un thème et simultanément construction de l'arbre thématique. « Le rôle des thèmes est ainsi de répondre graduellement aux questions de recherche en prenant appui sur des données empiriques » (22).

Dans le but de réduire le degré de subjectivité de l'analyse, le codage a été réalisé par l'enquêtrice et par une autre thésarde travaillant sur un sujet qualitatif, réalisant ainsi une triangulation des données.

Résultats

1. Les caractéristiques des MG interrogés

1.1 Les caractéristiques démographiques

Sur les dix-sept médecins interrogés, on compte huit femmes et neuf hommes. Deux sont remplaçants, les autres sont installés depuis 6 mois à 29 ans.

Sur les quinze médecins installés, quatorze exercent en groupe. Trois sont en secteur rural (commune < 2 000 habitants), sept en semi-rural (2 000 – 10 000 habitants) et cinq en secteur urbain (commune >10 000 habitants).

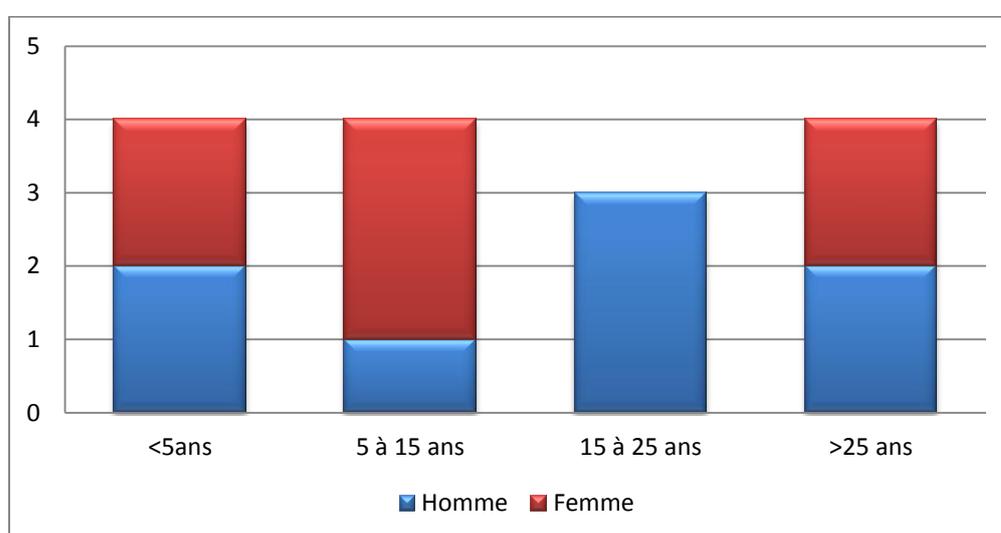


Figure 1 : Sexe et ancienneté d'exercice

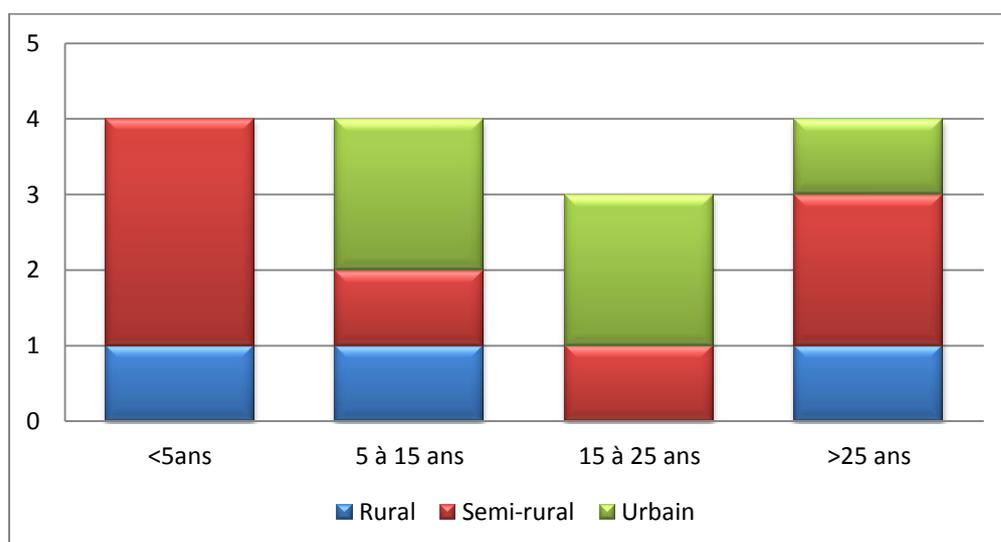


Figure 2 : Lieu et ancienneté d'exercice

1.2 Les caractéristiques d'activité

Les deux entretiens « test » ont été réalisés avec des médecins remplaçants, les autres sont des médecins installés en médecine générale, en secteur conventionné.

Sur les dix-sept médecins rencontrés :

- huit ont fait un stage d'internat de gynécologie ;
- trois ont fait ou sont en train de faire un DU de gynécologie ;
- cinq sont maitres de stage (MDS) ;
- cinq savent poser un DIU, dont deux posent effectivement des DIU au cabinet ;
- s'ils étaient formés, sept d'entre eux voudraient poser des DIU au cabinet.

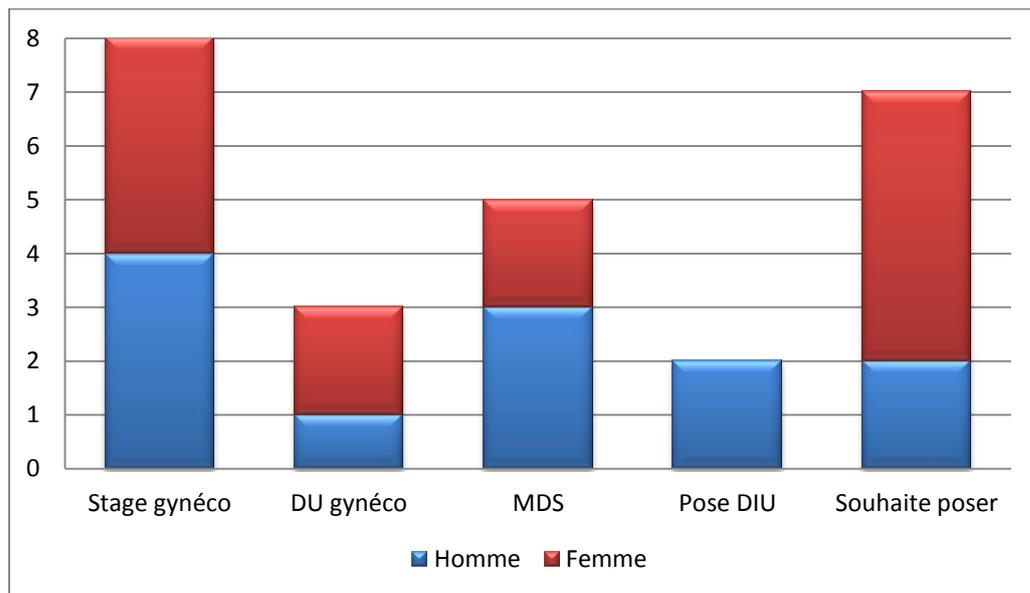


Figure 3 : Sexe, formation et activité

1.3 L'attitude vis-à-vis de la pose de DIU

Parmi les dix-sept médecins généralistes interrogés, seulement deux d'entre eux posent des DIU dans leur pratique quotidienne. C'est cependant un acte pour lequel ils ont très peu de demande (E, G).

E 70 « J'en pose peu, pour les mêmes raisons, je n'ai pas beaucoup d'activité de gynéco, donc même si je le regrette, j'en pose peu. »

G7 « J'ai posé et enlevé des stérilets, alors ça fait un petit moment que j'en ai pas fait, mais je peux le faire. »

Près d'un tiers d'entre eux envisage de faire évoluer leur pratique afin de pouvoir poser des DIU à l'avenir (A, C, D, I, L).

D97 « Je pense qu'il faut que je refasse des consultations, que j'aille à la maternité demander à assister à des consultations pour en poser moi-même.»

L175 « Je suis de plus en plus de femmes, je leur parle de stérilet, mais j'en pose pas derrière, c'est dommage ! Au niveau de ma prise en charge globale je suis bloquée, donc voilà, je me forme. »

D'autres estiment que la gynécologie et a fortiori la pose de DIU ne sont pas compatibles avec leur activité, les jugeant chronophages (H, N, O).

N77 « En fait c'est pas mon rôle, j'ai assez de trucs... mon temps est déjà bien pris... »

Nombreux sont ceux qui précisent que la consultation de choix du moyen de contraception est une consultation particulièrement longue (A, B, C, E, F, G, I) ...

E124 « j'ai des petits schémas anatomiques mais bon ça fait des consultations qui sont trop longues »

F142 « Oui, c'est une consultation qui me semble plutôt longue [...] on peut être amené à se revoir parce que ça va pas... voilà. Et puis peut-être que la première consultation ne débouche pas forcément sur un mode de contraception mais qu'il y a une information qui est donnée... Mais je pense que c'est une consultation où il faut prendre son temps et ça me semble difficile de bâcler ça (rires) comme une laryngite par exemple! »

... qui ne devrait être dédiée qu'à cette question (S).

S67 « il faut dédier une consultation à ça déjà, pour moi euh... d'ailleurs quand les femmes veulent que je les suive, moi je leur dis « on ne fait que ça » on fait le frottis, l'examen gynéco, voilà c'est une consultation qui n'est dédiée qu'à ça »

Trois médecins n'envisagent tout simplement pas de poser des DIU (F, K, P).

F107 « Personnellement je pense pas être amené à poser des stérilets. »

K165 « Je me vois mal poser des stérilets. »

P181 « J'en pose pas... voilà. Enfin j'ai toujours refusé de le faire. J'ai jamais posé. » - 11
« ça j'estime que c'est du domaine du spécialiste, ça c'est pas de mon ressort à moi. »

Un des médecins a abandonné la pratique de ce geste (C).

C85 « J'en ai posé, mais j'en pose plus »

C82 « Le fait est que j'en pose pas. Alors pourquoi j'en pose pas ? Parce que je me suis désinvesti de la pose du stérilet. »

2. Les freins venant du médecin généraliste

2.1 La formation en gynécologie

2.1.1 Une formation initiale jugée lacunaire

Quatre des médecins interrogés déclarent n'avoir reçu aucune formation spécifique en gynécologie (G, H, O, P).

G16 « Aucune. Enfin aucune... mon cursus normal d'études de médecine, [...] j'ai jamais fait de stage de gynéco pure, ni en tant qu'interne, ni en tant qu'externe. »

H22 « Aucune (rires) [...] Non non, pas de stage en gynéco, rien du tout. J'avais dû euh... alors à l'époque pour faire les frottis... (soupir) alors j'avais dû aller à un congrès de médecine générale et puis j'ai dû voir un film. »

O16 « Nulle ! (rires) Rien, le minimum syndical. »

Quelques médecins ayant eu au moins un stage d'externat estiment n'avoir pas reçu de formation initiale pertinente et complète, qu'elle soit théorique ou pratique (B, F, K).

B79 « Il y a une lacune complète au niveau de la pratique. Point. Pourquoi il n'y a pas des mannequins, je sais qu'il y en a, ça existe. Pourquoi on est obligé de demander à des gens « est-ce que vous voulez bien que l'interne, que l'externe, vous fasse l'examen gynécologique ? » Il y a une barrière, et qui est très difficile à franchir. »

B359 « Donc on revient à la formation, est-ce qu'elle est bien ciblée, déjà? Est-ce qu'elle est bien faite ? Non, c'est sûr. »

F 28 « Là bon je suis... enfin j'avais l'impression d'avoir eu une mauvaise formation... bon après c'est du ressenti, hein. »

K175 « Parce que notre formation elle est pas top en gynéco. »

Ils sont huit à avoir fait un stage d'internat en gynécologie, mais n'y ont pour la plupart pas appris à poser un DIU (J, K, L, N, R) ...

K23 « Je crois que j'en ai vu poser une fois mais... (pause) [...] ils nous ont jamais, tu vois, laissé faire. »

L214 « Je pense que le gros frein qu'on a c'est la formation, c'est sûr. On apprend la gynéco à la fac, on a un stage obligatoire en tant qu'externe en gynéco qui dure trois mois, j'ai fait six mois en tant qu'interne et j'ai pas posé un stérilet, c'est vraiment dommage. »

N37 « Alors moi la pose de stérilet j'ai jamais vu faire... ou alors peut-être en tant qu'externe mais je m'en souviens pas. Euh... formation quasi nulle. »

... Ou alors principalement au bloc opératoire (A).

A27 « Par contre c'est vrai que la pose de stérilet, bah moi au moment où j'étais en gynéco j'en ai pas fait tant que ça, j'en ai fait surtout sur des femmes endormies au bloc en post-IVG, donc c'était pas tout à fait la même chose qu'avec une femme consciente sur la table. »

Leur(s) stage(s) en cabinet de médecine générale ne leur ont pas non plus permis d'apprendre la pose du DIU (A, L) ...

A 30 « J'en ai pas fait, non, même en médecine générale puisque j'avais pas beaucoup de consultations de gynéco là où j'étais. »

L48 « Mes maîtres de stage m'ont appris des tas de choses en gynéco, mais ne posant pas eux-mêmes de stérilets, je n'ai pas pu l'apprendre. »

... Il y était peut-être plus difficile pour un homme d'apprendre la gynécologie (B).

B66 « Dans le stage chez le praticien, en tant qu'homme, j'ai souvent été, logiquement, mis de côté quand quelqu'un venait pour un examen gynéco. »

Cinq MG regrettent d'avoir dû choisir entre le stage de pédiatrie et celui de gynécologie durant leur internat, estimant que le stage d'externat de gynécologie ne suffit pas à leur fournir les connaissances nécessaires à leur exercice (B, D, F, N, P).

B19 « Un gros écueil : la formation d'externe, [...] le problème est qu'il y a entre les sages-femmes et les externes une ligne infranchissable qui est l'étudiant(e) sage-femme. Ce qui fait que tout ce qui est geste technique est a priori non accessible aux externes en médecine. »

B 31 « Et en tant qu'interne, je finirai en disant qu'il n'est pas normal de devoir choisir entre un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie.»

D 20 « Alors en tant qu'interne je n'ai pas fait six mois en gynéco. Mmh, j'avais fait en tant qu'externe mais c'est pas pareil. »

F18 « Personnellement, bon, je suis passé en gynécologie, mais je sais pas si ça m'a beaucoup apporté.»

N22 « Oui, je suis aussi passé en tant qu'externe à Poitiers. Ça c'était pas génial... »

P22 « Les externes ils arrivaient en bout de chaîne donc on faisait rien du tout, on regardait c'est tout. Donc j'avais pas appris. »

2.1.2 Une formation continue variée

Dans le but de parfaire la formation initiale concernant le DIU et sa pose, ou de se tenir à jour des recommandations, les MG ont recours à différents modes d'auto-formation.

Il peut s'agir de la formation auprès des pairs :

- d'un autre MG (B, G) ;

B 62 « J'essaie de tâter le terrain auprès des gens que je remplace pour voir qui pourrait m'apprendre, en demandant par exemple « si tu as quelqu'un qui vient pour un frottis, etc, appelle-moi, montre-moi, on va faire ensemble ». »

G22 « Alors la pose du stérilet je l'ai apprise avec D. (associé) parce qu'il était très branché gynéco, lui, parce qu'il voulait faire gynéco. J'ai plus ou moins appris avec D., qui m'a initié, oui. »

- d'un groupe de pairs (C, L) ;

C73 « Alors, si, l'évaluation je peux la faire en confrontant mes pratiques dans le cadre de groupes de pairs. Ça c'est ... ça me permet d'avoir des échanges et de savoir un petit peu à quel niveau je me trouve et si je maîtrise ou pas. »

L160 « Alors tout récemment on a parlé d'un truc en groupe de pairs, j'ai des collègues qui me disaient qu'ils n'en posaient pas parce qu'à une époque en tout cas la législation voulait qu'on ait certaines dispositions. »

- de consultations avec un gynécologue libéral ou hospitalier (A, D).

D21 « Et après donc j'avais fait des consultations chez un gynécologue avant de m'installer, et j'avais été aussi en PMI pas mal, mais en consultation des jeunes femmes, j'avais fait pas mal de journées comme ça. »

L19 « J'ai déjà un accord de principe avec la gynéco à l'hôpital pour apprendre à faire ces gestes là. »

Trois médecins sont inscrits ou prévoient de s'inscrire à un DU de gynécologie (A, I, S).

A 15 « Bah pour l'instant je pense que je ne le maîtrise pas encore complètement, donc c'est pour ça aussi que je fais mon DU. »

I 23 « Je dois m'inscrire au DU qui se fait sur deux ans sur Poitiers pour justement me remettre à jour, parce que là je sais que c'est un peu loin. »

S16 « Maintenant je fais le DU de gynéco donc j'ai fait des stages et maintenant je sais faire. »

Certains sont maîtres de stage et se forment au contact de leurs internes (C, G).

C69 « Je me confronte aux étudiants, ce qui me permet de voir un petit peu à quel niveau j'en suis. »

G108 « Autrement on fait travailler aussi les internes qui vont nous chercher des infos dont on profite après. (rires) »

D'autres participent à des séminaires de formation (D, G) ...

D 99 « Le séminaire c'était très bien, [...] c'était vraiment sympa, c'était un séminaire MG France, interactif, très bien, ça m'a rassurée sur les indications, sur la pose, voilà le mannequin ça paraissait facile, on faisait chacun notre petit geste. »

... Ou bien les organisent (C, E).

C 43 « J'ai organisé des séminaires de suivi de la femme jeune, dans le cadre de MG FORM, on a travaillé sur mannequins. »

E54 « J'ai fait des expertises de formation de gynécologie et d'obstétrique aussi d'ailleurs. Ces formations se déroulent sur 48 heures, donc j'ai fait « prise en charge des troubles gynécologiques de la femme jeune », [...] j'ai fait « contraception », j'ai fait plusieurs formations en tant qu'expert sur les infections sexuellement transmissibles. »

Cette formation continue peut également concerner :

- la lecture de revues médicales (G, I, J) ;

G108 « Autrement c'est comme d'habitude, on lit « Prescrire » et puis... et puis c'est tout ! »

I24 « Après c'est ce que je lis dans la presse médicale pour me former et essayer de me garder au goût du jour. »

- la consultation de sites internet (B) ;

B137 « Je sais le faire au niveau théorique, mais avant de le faire, [...] je me renseignerais, je me formerais si il faut sur internet pour bien voir, enfin voilà, je me lancerais pas comme ça sans savoir. »

- l'écoute d'émissions radiophoniques (H).

H 36 « Alors déjà hier j'écoutais France Culture dans ma voiture pendant les visites, c'était une femme qui disait qu'il ne faut pas parler de stérilet. »

Mais les MG manquent souvent de temps à consacrer à cette formation continue (C, D, H, I, L, R).

H123 « Alors en lisant les articles au niveau médical, bon ce que j'ai pas trop le temps de faire, donc en fait c'est un peu parcellaire et au coup par coup. »

R72 « il faudrait juste que je me forme, c'est juste que je prends pas le temps de le faire, que même en dehors de tout DU, il suffirait que je prenne mon téléphone, que j'appelle un médecin à l'hôpital pour pouvoir faire des consultations avec lui, mais j'ai pas le temps, donc je le fais pas »

2.2 Les conséquences d'une formation hétérogène

2.2.1 Des médecins parfois mal à l'aise

Ils sont un tiers à exprimer, suite à ce manque de formation initiale :

- un malaise face à une demande gynécologique (B, F) ;

B37 « Quand je vois une femme jeune, j'ai toujours peur qu'elle me demande de faire un frottis, par exemple. [...] Une appréhension. »

F150 « C'est vrai que la gynéco c'est pas quelque chose avec lequel je suis particulièrement à l'aise. »

- une appréhension à poser un DIU (D, I, J, K).

D80 « J'ai peur de poser un stérilet, tu vois. »

I98 « Mon angoisse ! (rires) »

J111 « Des stérilets j'en ai enlevé, pour des problèmes d'infection par exemple, mais en mettre j'ai pas osé. »

K188 « En fait c'est plus le manque d'expérience et la peur de mal faire, de pas bien faire. »

2.2.2 Des connaissances obsolètes, erronées ou absentes

Quatre médecins n'avaient pas connaissance de la recommandation de la HAS (5) autorisant la pose de DIU chez une patiente nullipare (J, H, P, R).

J143 « Moi je suis toujours resté sur le fait qu'il serait peut-être souhaitable d'attendre qu'elle ait eu un enfant, déjà. » - « Pour moi j'étais restée avec mes idées... je suis un vieux médecin maintenant... Mais un stérilet chez une nullipare, on n'en mettait pas. »

H205 « Non, des recommandations j'en reçois tellement, je lis pas tout. »

P48 « Déjà, des recommandations, on en reçoit tous les quinze jours... Que ça soit le diabète, que ça soit euh... l'hypertension, il faudrait qu'on soit spécialiste en tout en tant que médecin généraliste, donc ça c'est pas possible. »

R105 « Je découvre un peu, parce que moi chez la nullipare, j'insiste, je n'aurais pas proposé. »

Par ailleurs il persiste à propos du DIU des connaissances obsolètes :

- la contre-indication des AINS sous DIU au cuivre (H, J) ;

H132 « En plus je leur demande systématiquement dès que je prescris un anti-inflammatoire si elles ont un stérilet, histoire d'éviter de risquer un peu plus de grossesses que prévu. »

J193 « Si tu as un stérilet, tu peux pas prendre d'anti-inflammatoires parce que tu augmentes ton risque de grossesse. »

- la nécessité de posséder une bouteille d'oxygène au cabinet pour avoir le droit de poser un DIU (G, J, L).

G147 « Je me rappelle, quand je me suis installé dans ce cabinet, il y avait une bouteille d'oxygène dans le couloir, j'avais demandé à l'époque à quoi elle servait et on m'avait répondu « c'est pour les stérilets ! ». »

J80 « On était sensé à cette époque là je me souviens bien, avoir un minimum de matériel de réanimation en attendant les urgences. » - « Je me souviens plus, je crois que c'était la nécessité d'avoir une bouteille d'oxygène, je sais plus quoi. »

L160 « J'ai des collègues qui me disaient qu'ils n'en posaient pas parce qu'à une époque en tout cas la législation voulait qu'on ait certaines dispositions, comme de l'oxygène ou des choses comme ça. »

Les MG peuvent avoir des données erronées ou approximatives :

- concernant son mode d'action (D, F, J, K, P) ;

D131 « Je leur demande « est-ce que vous êtes prête à ce qu'on vous mette un petit parapluie », je dis que c'est un corps étranger, en forme de petit parapluie qui est fermé, et qui va s'ouvrir et venir boucher les trompes. »

F68 « J'aime bien spécifier aux femmes que le cuivre n'empêche pas la fécondation et que donc ça va empêcher la nidification. »

J244 « C'est pas un anticonceptionnel et ça a été décrit par l'Eglise à un moment donné comme –alors je sais pas où ils en sont aujourd'hui- comme étant une méthode abortive. »

K137 « ça m'avait un peu perturbée parce que tu as l'ovulation qui se fait quand même avec le stérilet au cuivre, donc tu as... [...] il y a quand même une conception. »

P81 « Ah bah l'œuf se constitue, il arrive jusque dans l'utérus, et c'est à ce moment là qu'il est évacué donc... alors que la pilule c'est avant. » - 95 « Moi je leur dis que c'est une méthode abortive et pas une méthode contraceptive. »

- concernant la taille du DIU (S).

S51 « Le petit stérilet à hormones et puis le cuivre qui est un peu plus important. Le cuivre est un petit peu plus gros que le Mirena® il me semble. »

Parfois le médecin évoque même un manque global de connaissances sur le DIU (B, F).

B287 « Oui, je ne sais pas où trouver un stérilet ! Non c'est con, mais je sais pas où me fournir, combien de temps ça se conserve, où ça se stocke, je sais pas tout ça ! »

F62 « Je suis pas très à l'aise avec le stérilet, donc peut-être que je vais donner l'information mais je vais pas m'étendre dessus. Par mauvaise connaissance. »

2.3 L'activité en gynécologie des MG

2.3.1 Une faible demande de la part des patientes

De façon générale, les patientes sollicitent peu leur MG pour un changement de contraception ou pour des informations sur les différents modes de contraception

(B, C, E, F, H, I, J, K, N, O, P, R, S).

- J169 *“Mais toi tu me parles de quelque chose auquel je suis confronté peut-être une fois tous les trois ou quatre ans, donc tu vois ... (rires) »*
- N5 *« D'accord, donc j'en fais relativement peu, parce qu'on est installés en ville [...] donc accès gynéco encore relativement facile»*
- R7 *« j'aimerais en faire plus, j'en fais pas tant que ça, même si je suis une femme »*

De plus, du fait de leur âge, certains médecins suivent assez peu de femmes jeunes (E, J, P).

- E51 *« je suis un vieux médecin, donc les patients jeunes vont plutôt voir les jeunes médecins, c'est normal, la clientèle vieillit avec nous. »*
- J8 *« alors la gynéco j'en fais pour les femmes ménopausées par exemple, bon c'est un petit peu à l'image du médecin (rires), qui commence à être vieux ! »*

2.3.2 Un manque d'intérêt de la part des MG

Certains médecins ne sont pas vraiment intéressés par la pratique de la gynécologie en général pour des raisons diverses (F, J, N, O).

- J154 *« A ce niveau là, j'ai pas envie. Je suis trop vieux maintenant et trop près de la sortie. »*
- N17 *« Moyennement, je n'aurais pas voulu être gynéco. »*

Parfois c'est le manque de temps qui les a poussés à restreindre cette activité (H, O).

- O5 *« Beaucoup moins qu'avant, par manque de temps surtout »*
- H12 *« De frottis, à faire par le labo, oui parce que j'ai pas le temps de les faire »*

Evoquée par la moitié des médecins hommes, une certaine pudeur peut les freiner à proposer les FCV ou à parler de l'examen gynécologique (B, F, J, N).

- J10 *« Donc la gynécologie des jeunes, moi-même ça me gêne un petit peu, j'ai un problème de pudeur par rapport aux jeunes, celles que je connais depuis très longtemps, je pense toujours à ma fille. Voilà, il y a cette association là, donc ça me gêne »*
- N6 *« cet examen n'est pas toujours évident à proposer pour moi en tant qu'homme et à demander par la patiente »*

2.3.3 Une facilité à adresser au gynécologue

En raison du manque de temps, de formation ou d'investissement dans la pratique gynécologique les MG rencontrés adressent très souvent leurs patientes à des confrères gynécologues :

- pour tout ce qui concerne la gynécologie (J) ;

J155 *« je suis rarement confronté à ce problème là, quand je le suis, je sais déléguer, donc voilà j'ai supprimé la prise en charge et le suivi de ça »*

- pour informer la patiente sur le DIU (B, H) ;

H93 *« pour reprendre l'exemple de la nullipare, si elle venait et qu'on en discute et qu'elle me dise « pourquoi pas un stérilet, j'y avais pas pensé », je crois que je l'enverrais chez le gynéco car je ne me sens pas la capacité de lui donner toutes les informations sur le stérilet »*

- pour poser le DIU uniquement (D, F, I, K, L, N, O, P, R).

K50 *« donc je leur dis à chaque fois que le stérilet peut être une option et qu'après si ça les intéresse elles peuvent se mettre en rapport avec leur gynéco, parce que moi je les pose pas »*

L187 *« j'en prescris, ça m'est arrivé d'en prescrire et puis après elles vont voir avec le gynéco. Du coup je décide un peu avec la patiente de quel stérilet elle a besoin, si ça se trouve c'est pas celui que le gynéco aurait voulu poser... »*

Certains préféreraient pouvoir réaliser la pose du DIU par eux-mêmes (D, L) ...

D80 *« je lui ai dit que c'était possible, mais voilà, elle retournera voir sa gynéco (rires) Mais des fois je m'en veux, mais c'est mon approche, j'ai peur de poser un stérilet »*

... Surtout que les délais de rendez-vous chez certains gynécologues peuvent être longs (D, L).

L31 *« si elle veut plutôt se tourner vers un stérilet ou un implant, voilà, je lui donne le numéro d'un confrère, elle aura rendez-vous dans neuf mois, c'est un peu... c'est un peu dommage quoi ! »*

2.4 Leurs habitudes de prescription

Plus de la moitié des médecins interrogés prescrivent toujours une COP en première intention (A, C, E, F, G, H, R, S).

G181 « Alors j'ai tendance à ne pas l'orienter d'emblée vers un stérilet, pourquoi je sais pas, outre le fait où il y aurait une contre-indication valable ou pas valable mais qui fait partie de mes contre-indications à moi, autrement non, j'ai plutôt tendance à l'orienter vers une contraception orale de deuxième génération, classique »

Ils sont une majorité à ne pas parler spontanément du DIU à leurs patientes, qu'elles soient nullipares ou non (C, F, G, H, I, J, N, R) ...

C109 « Souvent moi j'ai tendance à raisonner pilule, c'est vrai. Si elle me demande la pilule, je vais pas lui proposer autre chose. » - 114 « Le stérilet j'en parle pas »

I121 « Donc je pense qu'il y a un problème d'information en amont, qui est général parce que c'est pareil, c'est peut-être aussi un tort de notre part, quand elles viennent pour une demande de pilule, bah du coup, moi en tout cas je fonctionne comme ça, je leur parle pas forcément des autres moyens de contraception, donc c'est peut-être un tort, du coup on fait pas non plus passer l'information qu'il y a pas que la pilule, qu'il y a d'autres modes de contraception qui sont efficaces, et entre autres le stérilet chez la nullipare, aussi. »

... Comme si le DIU était devenu une contraception désuète (B, D, J).

D160 « Peut être que je suis d'une génération où on a beaucoup parlé de la pilule, de l'implant, de tous ces systèmes là, du coup je pense qu'on avait un peu oublié le stérilet. »

Même s'ils ne proposent pas le DIU à leurs patientes nullipares, quelques médecins les informent de ce mode de contraception (E, R).

E182 « Mais pour être bien précis, je propose jamais en première intention, même si je dis que ça existe. »

R40 « Chez la jeune jeune nullipare euh bah si, si on fait le listing de tout ce qui existe, mais je vais pas le proposer de toute façon en première intention »

Le DIU reste pour certains, malgré leurs connaissances des recommandations, une contraception de la femme multipare (C, F, J, N, R) ...

J134 « Bon, j'en parle quelque fois, enfin il faut dire que pour le stérilet, déjà c'est des femmes souvent qui ont une activité, qui ont un certain âge etc., qui ont eu la pilule, qui ont eu des enfants »

N90 « Je leur en parle pas souvent donc... (soupir) c'est souvent, les fois où j'ai dû l'aborder c'était plutôt vers 35-40 ans, chez des patientes fumeuses, qui avaient je ne sais pas comment réussi à conserver leur pilule œstro-progestative »

... Ou de la patiente qui a des antécédents d'IVG (C, E, L).

C136 « une personne qui n'arrive pas à prendre sa pilule correctement, ça peut être une femme jeune aussi, hein. Mais euh... des oublis de pilules, si elle a déjà eu une ou deux interruptions de grossesse, c'est sûr qu'on va se poser la question de choisir une autre méthode de contraception »

... Des oublis de pilule répétitifs (A, B, C, F).

B332 « Si elle a un problème et que je vois qu'elle a du mal à prendre un comprimé tous les jours ou qu'elle est pas très médicaments, je sais pas, je pourrais lui dire « est-ce que vous avez entendu parler du stérilet, ça évite de prendre un comprimé ». »

... Ou des contre-indications à la prescription d'une COP (A, I).

I90 « donc oui ça sera plutôt chez ce type de femmes, des femmes qui ont eu des soucis qui ne peuvent pas tolérer la pilule »

Trois médecins s'interrogent sur l'influence de l'enseignement, des laboratoires pharmaceutiques ou encore des revues médicales dans la prédominance de la prescription de COP sur les autres moyens de contraception (B, N, R).

B300 « Mais voilà on a un manque par rapport à la pilule, où on a les labos qui passent, on a tous des tablettes de démonstration avec les jours, les codes de couleur... Le stérilet, on sait même pas. »

B315 « Même dans la Revue du Praticien médecine générale, j'ai rien lu, c'est que sur les pilules. »

N111 « Mais je pense qu'il y a une grosse pression pharmaceutique, on sent bien le truc... (pause) [...] c'est peut-être à cause des lobbys pharmaceutiques, mais on va être coincés. En fait ça coûte quasiment rien en contraception un stérilet, sur cinq ans... c'est bien qu'il doit y avoir un problème à ce niveau là, je pense. »

N139 « Mais c'est vrai que le stérilet, même dans nos cours, on restait sur un truc relativement dangereux, avec un risque infectieux et puis le risque avec les anti-inflammatoires, des mauvais réflexes qu'on a encore je pense. [...] tout ça c'est emmagasiné un peu dans nos esprits et puis on nous a ancré ça en tête, et on a du mal à évoluer, c'est cette formation universitaire... mais c'est fait exprès, ça nous a créé des réflexes. »

Pour finir, deux d'entre eux soulignent que pour un médecin, l'investissement est plus important pour la pose d'un DIU que pour la prescription d'une COP (C, D).

D43 « Je veux dire que prescrire une pilule c'est facile, en fait. »

D205 « quelquefois je pense que du coup j'ai prescrit des pilules parce que j'ai pas su mettre un stérilet et que chez le gynéco c'était pas avant trois-quatre mois et que du coup, par facilité, j'ai prescrit une pilule, oui. »

2.5 L'aspect éthique et religieux

Pour quelques-uns des médecins rencontrés le DIU au cuivre, supposé ne pas empêcher la fécondation, n'est pas un moyen contraceptif classique, ce qui peut les gêner sur le plan éthique ou religieux (F, K, P) ...

K136 « j'essaie de pas trop en parler et tout et j'appuie pas là-dessus, parce que ça m'avait un peu perturbée parce que tu as l'ovulation qui se fait quand même avec le stérilet au cuivre, donc tu as... alors je te dis ça c'est peut-être une réflexion que j'ai eue avec une ou deux patientes, où du coup tu te dis qu'il y a quand même une conception, donc tu n'empêches pas... limite, enfin tu vas pas le tuer parce que c'est pas à ce stade là... mais il y a eu fécondation et tu l'empêches de nider »

P95 « Moi je leur dis que c'est une méthode abortive et pas une méthode contraceptive. »

... voire les empêcher de poser un DIU, même s'ils en avaient eu les moyens (P).

P84 « ça me pose problème parce que sur le plan éthique je suis croyante, mais autrement... alors j'en poserais pas personnellement, mais j'envoie mes patientes chez le gynéco... »

3. Les freins venant des caractéristiques du DIU

3.1 Les contre-indications

Les contre-indications des DIU sont relativement mal connues des médecins interrogés.

Celles qui ont été citées sont :

- l'antécédent d'infection génitale ou de salpingite (H, I, N, O) ;

N71 « Des infections, comme je t'ai dit et puis justement celles qui ont une trompe en moins, qui veulent encore avoir des enfants, voilà les contre-indications classiques. »

- la malformation utérine (H, I, O) ;

O39 « les contre-indications liées à des problèmes de malformation utérine »

- une infection génitale non traitée (O, S) ;

S57 « une infection en cours on va dire »

- le comportement à risque sur le plan infectieux (A) ;

A 58 « Si elle change de partenaire toutes les 3 semaines, ça va pas avec le stérilet. Enfin il y a un risque quand même infectieux qui existe »

- l'antécédent de GEU (N) ;

N67 « Les contre-indications c'est celles qui ont déjà eu des grossesses extra-utérines [...] celles où on sait que ça va être dangereux de mettre un stérilet, on va peut-être pas leur mettre un stérilet »

- l'antécédent de perforation utérine (S) ;

S 57 « Ah si je pense des antécédents de euh... bah d'accident avec stérilet, sur pose de stérilet, s'il y a eu perforation utérine, des choses comme ça, on va éviter... »

- des kystes fonctionnels (D).

D178 « je vérifierais qu'il y ait pas de kyste fonctionnel ou autre chose. »

Un quart des médecins ne connaissent pas ou ne se souviennent pas des contre-indications du DIU (G, H, I, L).

H92 « il y a sûrement des bonnes indications que je ne connais pas toutes, il y a aussi je pense des contre-indications »

I92 « après non je sais pas, il faudrait que je relise par rapport aux contre-indications aux différentes situations, c'est un petit peu loin... »

L130 « Je ne sais pas. (rires) j'en sais rien ! je sais pas, y'en a pas pour moi... je sais pas, en fait, euh peut-être sur des questions anatomiques, des choses comme ça, mais sinon j'en vois pas ? »

3.2 Les effets secondaires

Globalement mieux connus que les contre-indications, les effets secondaires qui ont été listés sont :

- des ménorragies, Des métrorragies et une anémie pour le DIU au cuivre

(B, C, D, E, J, K, O) ;

C119 « D'autant plus que ça peut poser des désagrément en terme de saignement, en terme d'anémie. »

K 86 « j'essaie de leur expliquer que c'est pas très naturel mais il y en a beaucoup qui ont des trucs qui arrêtent leurs règles et ça elles trouvent ça génial, donc après elles veulent toujours que ça soit comme ça mais si tu leur mets un stérilet ça va les augmenter »

- une spanioménorrhée et des spottings pour le DIU au LNG (C, E, O, R, S) ;

O63 « Maintenant avec les stérilets à la progestérone le problème c'est que les règles ne sont pas forcément comme elles veulent. C'est tout et n'importe quoi et c'est souvent ça qui gêne. »

E115 « le stérilet à la progestérone va supprimer progressivement les règles »

- des contractions utérines après la pose (A, D, R) ;

R50 « il peut y avoir les premiers jours l'organisme qui réagit un peu c'est pour ça qu'on peut avoir comme des règles douloureuses »

- des douleurs lors de la pose (A, D, G, R) ;

D142 « Parfois elles me demandent « est-ce que ça va faire mal ? » donc je réponds « oui, au départ, mais après vous devez pas du tout le sentir ». »

- des malaises lors de la pose (A, D, G, J, L, P, S) ;

A114 « on peut se retrouver avec la patiente pendant une demi-heure sur la table parce que elle a fait un malaise et qu'il faut la garder. »

D39 « je me souviens quand j'avais fait les consultations, il y avait une femme qui avait fait un malaise vagal »

J76 « Quand ça a commencé à se banaliser c'était entouré de tout un tas de précautions et moi j'étais donc sous cette crainte au départ quand ça s'est fait de dire que s'il y avait un choc à la pose, parce qu'on décrivait des chocs à la pose du stérilet. »

- un risque de perforation qui est toujours vu comme étant un évènement rare (A, D, E, G, H, K, S) ;

K190 « je me souviens du geste, ça paraissait vraiment simple, à part les risques de perforation mais c'est exceptionnel et puis si t'apprends y a pas de raison... »

S95 « après il peut toujours y avoir des patientes qui vont pas tolérer l'insertion du stérilet, y'en a une qui va se faire perforer l'utérus, bon ça arrive »

- un risque d'infection génitale qui est généralement décrit comme étant faible (A, E, F, G, J, N, R, S) ;

G72 « Alors je sais pas si c'est vrai ou pas vrai, mais quand elles sont dégueulasses... parce que bon il y a quand même un risque infectieux, surtout quand tu as aucune hygiène, certainement, je suppose. Et là je crains. »

R51 « Je leur dis qu'il peut y avoir un risque infectieux, mais qui est minime quoi, par rapport au nombre de stérilets posés »

S95 « Oh, c'est rare, des infections dont le point de départ est le stérilet c'est quand même rare, on en entend parler, hein... »

- une mauvaise tolérance générale amenant à retirer le DIU (A, C, E, O, R) ;

A153 « il va falloir bien juger, bien préparer les jeunes filles pour pas les retrouver deux mois après et pas devoir enlever le stérilet, comme ça se passe parfois avec l'implant parce qu'elles ont pas bien compris tous les effets secondaires qu'il pouvait y avoir. »

C 123 « J'en pose pas, mais j'en retire des stérilets. C'est-à-dire qu'il y a des femmes qui s'en font poser et qui les supportent pas. »

- des lésions de la muqueuse utérine par le DIU au cuivre (P) ;

P132 « le stérilet étant un corps étranger il devait léser quelque part sur le plan anatomique la muqueuse utérine. »

- des modifications de l'humeur pour le DIU au LNG (R).

R56 « il y a des patientes qui le supportent pas très très bien, notamment sur des troubles de l'humeur ou des choses comme ça »

3.3 L'efficacité présumée du DIU

De manière générale, les médecins interrogés estiment que le DIU est un moyen de contraception efficace (B, F, G, H, I, L, N).

B181 « un moyen de contraception extrêmement fiable, avec peu de risques, mais qui existent quand même »

I79 « C'est un moyen de contraception qui fonctionne pas mal »

N66 « Moi je le perçois comme un bon, comme un très bon moyen de contraception. Oui, aussi efficace que les autres... »

Certains soulignent que l'indice de Pearl théorique est plus élevé que pour une COP, mais en pratique c'est pour eux une contraception plus fiable en comparaison d'une contraception orale qui peut être oubliée ou mal prise (C, G, H, L).

C130 « l'indice de Pearl est sans doute moins élevé qu'avec la pilule, je pense. Et puis après il y a ces problèmes de grossesse sous stérilet, mais il y a aussi des grossesses sous pilule. »

Cependant ils sont autant à évoquer les problèmes de grossesse survenant lors de la contraception par DIU (C, G, J, P) ...

G217 « Alors si il y a une question qu'il faut se poser c'est : est-ce qu'il faut leur dire que malgré tout –moi j'aurais tendance à pas leur dire, je leur ai jamais dit d'ailleurs- il peut quand même y avoir un risque de grossesse sur stérilet. »

... Ou encore de GEU (E, K, P).

P142 « j'ai eu trois grossesses extra-utérines, toutes les trois sur stérilet. [...] Oui c'est les seuls cas que j'ai eu en 30 ans de grossesses extra-utérines, c'était sur stérilet. »

3.4 Les modalités de la pose du DIU

Pour près de la moitié des médecins interrogés la pose d'un DIU nécessite d'avoir de l'expérience (A, B, C, D, L, N, R) ...

A27 « Par contre c'est vrai que la pose de stérilet, bah moi au moment où j'étais en gynéco j'en ai pas fait tant que ça, j'en ai fait surtout sur des femmes endormies au bloc en post-IVG, donc c'était pas tout à fait la même chose qu'avec une femme consciente sur la table »

C89 « Et ça n'a pas été une pose régulière, ça a été une pose avec une personne qui m'a montré, et après je ne l'ai plus fait, donc je suis pas passé à la pratique. »

R12 « Je pose pas, justement par manque d'habitude, je pose pas de stérilet ni d'implant parce que je sais plus faire »

... Du temps (C, D, G, J, N, R).

C191 « Donc là il faudra sans doute une demi-heure, oui, parce que je crois qu'on est pris dans un tourbillon, et que des fois il faut se poser, pour poser un stérilet, je crois que justement, il faut se poser »

G244 « Si on revient sur les freins, il y a quand même le temps que ça demande, parce qu'il y a l'information de la patiente, les précautions, la technicité, il faut faire ça bien, ça prend du temps »

... Une organisation particulière du planning de consultations (C, D).

D82 « je ne me souviens que de femmes qui faisaient un malaise vagal, ça me reste. Alors que c'est bénin un malaise vagal, mais c'est plus la gestion dans le cabinet par rapport à notre activité, la garder au moins vingt minutes, je me dis que ça va coïncider si j'ai une autre consultation derrière. Oui... c'est comment je gère dans mon emploi du temps.»

... Des locaux adaptés (L, P, S).

P183 « poser un DIU c'est pareil, mais il faut prévoir une autre salle, et je pense que bon, s'il y a des problèmes, un souci au cours de la pose et que la patiente fasse un malaise, là faut récupérer et j'ai pas de salle pour ça »

... Du matériel et des conditions de stérilité (B, I, J, L, N, P, R, S).

- N39 « Non mais ça se rabat, c'est un peu galère, tu vois, y a les pieds qui se remettent par-dessus (montre la table d'examen), sauf qu'il y en a un qui tient pas bien, enfin bref c'est un peu galère ! Et comme je n'ai pas envie de changer de table pour l'instant... vraiment je te dis c'est du dépannage. »
- R80 « quels sont les autres obstacles ? Matériel, il faut un hystéromètre quand même, moi je stérilise pas, alors je me suis pas renseignée si comme les spéculums il existe des hystéromètre jetables... »
- I152 « Donc les contraintes de matériel et de stérilité, ça on sait tous qu'en médecine générale c'est très très limité, ne serait-ce que sur les points de suture par exemple, donc pour une pose de DIU, ça peut être un vrai frein »

Quelques-uns parlent du risque d'échec de ce geste (E, G, L) ...

- E144 « j'ai eu des échecs de pose de stérilet, c'est-à-dire que je n'ai pas pu pénétrer dans la cavité utérine, il y a eu un obstacle, voilà »

... De l'appréhension liée au fait d'être seul au cabinet ou seul médecin sachant poser un DIU (D, R).

- D49 « Parce que je serais la seule dans le cabinet à le faire, donc je me dis que si j'ai un problème, si je bute, si j'ai un souci avec l'hystéromètre... »
- R12 « je pose pas de stérilet ni d'implant parce que je sais plus faire, voilà toute seule au cabinet sans avoir l'habitude de le faire... »

C'est un geste qui demande donc plus d'implication de la part du MG que la prescription d'un autre mode de contraception (C, D) ...

- D203 « quelquefois je pense que du coup j'ai prescrit des pilules parce que j'ai pas su mettre un stérilet et que chez le gynéco c'était pas avant trois-quatre mois et que du coup, par facilité, j'ai prescrit une pilule, oui »

... Qui peut être jugé peu rentable au niveau de la cotation de la CCAM (G).

- G246 « la cotation parce que c'est pas bien coté. C'est pas bien coté par rapport au temps passé et à la responsabilité qu'on prend, c'est pas coté »

... Et qui nécessite un contrat d'assurance professionnelle adapté (G).

G129 « en fonction de certaines compagnies d'assurance, il y a une plus-value très importante quand tu poses des stérilets, mais ça peut être 200 à 300 euros de plus à l'année »

Les médecins se posent quelquefois des questions concernant :

- la prémédication (A, R, S) ;

S76 « Alors je sais pas s'il faut mettre des petits trucs de préparation au niveau du vagin pour préparer le col, pour le détendre, je sais pas ? »

- le dépistage de MST avant la pose (A) ;

A110 « tu prescris le stérilet, en général, sauf si c'est des couples mariés depuis 30 ans, il y a toujours une recherche infectieuse quand même de chlamydiae avant. »

- le moment idéal pour la pose (B, G) ;

B295 « Est-ce qu'il y a des moments dans le mois où il faut le mettre par exemple ? En effet on n'est pas à niveau, ça c'est sûr. »

G161 « Alors je ne savais pas qu'il pouvait y avoir autant de différence, alors je me suis dit « bon, elle est pas tout à fait dans le créneau, ça va y aller quand même... » mon œil ! »

- l'examen de contrôle après la pose du DIU (G, R).

R78 « Peut-être le fait de pas pouvoir faire dans certains cas un petit contrôle écho, en cas de doute sur la pose, ça même si j'étais formée, je serais à peine formée, c'est vrai que j'aimerais pouvoir contrôler ensuite »

3.5 Les représentations négatives qui lui sont associées

Elles peuvent se rapporter à :

- la difficulté de pose du DIU (D, J) ;

J85 « c'était entouré d'un truc « n'y touchez pas si vous n'avez pas ça, parce que si vous avez un problème vous ne serez pas protégé » C'est ça, c'est très anxiogène et moi j'avais reçu ça cinq sur cinq et je me disais quelque part... c'était dans les années 80 je pense, moi je me suis installé il y a 38 ans et je n'ai pas été chercher, je pense qu'on a un peu tous été terrorisés »

- ses effets secondaires potentiels (N, P) ;

N131 « Mais c'est vrai que le stérilet, même dans nos cours, on restait sur un truc relativement dangereux, avec un risque infectieux et puis le risque avec les anti-inflammatoires, des mauvais réflexes qu'on a encore je pense. »

- son apparence, ses dimensions (A, B, L) ;

B308 « Après le stérilet soit on le laisse dans un tube pour montrer comment c'est fait à la patiente, mais on le sort pas comme ça avec les ressorts qui partent sur les côtés, c'est encore plus inquiétant... Là c'est terrifiant de le montrer comme ça, dégingandé. »

L93 « je sais pas ce que c'était comme stérilet mais c'était pas les stérilets pour les nullipares, il était un peu gros et j'avais plus l'impression que c'était un frein pour les jeunes filles... Montrer un stérilet peut être un peu effrayant »

- la mauvaise image qu'il renvoie (F).

F99 « peut-être que j'ai une mauvaise image ou une mauvaise connaissance »

3.6 Les particularités du DIU chez la nullipare

3.6.1 Une pose plus difficile

Il est généralement admis que pour elle, la pose de DIU risque d'être plus douloureuse (D, R) ...

R110 « *c'est juste pour le mettre moi que ça me pose problème parce que chez une dame qui n'a jamais été en travail, ça doit être quand même difficile de dilater le col et douloureux, quoi.* »

... Ou plus compliquée techniquement pour le médecin posant le DIU (A, J, N, R, S).

A45 « *j'aimerais pas commencer ma pose de stérilet sur une nullipare. Je préférerais une multipare avec un col qui est plus facile à passer. Je pense qu'effectivement il faut être bien formé et avoir l'habitude avant de se lancer sur les nullipares : ça peut être déjà compliqué chez une dame qui a eu plusieurs enfants, alors on sait quand même bien que chez celles qui n'ont pas eu d'enfants ça sera forcément éventuellement plus compliqué, plus difficile.* »

Malgré la connaissance des recommandations autorisant la pose de DIU chez la nullipare, quelques médecins restent « frileux » (N).

N38 « *Même si je sais qu'on peut le faire chez la nullipare, j'irai pas m'y aventurer* »

3.6.2 Une patiente perçue comme étant trop jeune

Très souvent la patiente est jugée trop inexpérimentée pour bénéficier d'une contraception par DIU (A, C, F, K, O, R, S).

K98 « *parce qu'il y a en a beaucoup qui ont commencé la pilule avant d'avoir commencé une activité sexuelle, donc voilà toutes celles-là, non, j'en parle pas* »

O58 « *En plus souvent pour une première contraception c'est des mamans qui amènent leur fille en disant « à l'âge qu'elle a, on ne sait jamais », elles ont pas encore vu le loup, donc c'est difficile d'entrer dans les détails pour des gamines qui sont encore vierges, donc voilà* »

R36 « *en plus si elles n'ont pas encore eu de rapports sexuels, ou très peu, si elles sont au début de leur vie sexuelle c'est quelque chose qui peut être brutal un peu pour elles* »

Les médecins peuvent penser qu'elle est plus à risque de contracter une IST que les patientes plus âgées (A, G, N).

N109 « Je me demande si c'est une bonne idée de commencer par un stérilet... peut-être en mettant l'accent sur les MST aussi dès le début, mais on sait pas trop vers quel type de sexualité on va, quoi. »

Elle risque également de négliger leur suivi gynécologique, car elle n'a plus besoin de consulter pour un renouvellement d'ordonnance de contraception (D, G).

D167 « La seule chose, c'est que comme le stérilet est posé pour cinq ans, elles ont tendance à négliger leur suivi. Parce que du coup il n'y a pas de renouvellement de pilule, et quelque fois on leur demande « vous avez fait votre examen gynéco ? ». »

Enfin, elle peut être considérée moins susceptible de tolérer les effets secondaires du fait de son jeune âge (A).

A161 « Elles tolèrent moins bien les effets secondaires, bon même après, hein, mais souvent chez les voilà on va dire, les nanas autour de 20 à 30 ans, quoi, elles tolèrent pas d'être gênées par des effets secondaires»

4. Les freins que les MG ressentent chez leurs patientes

4.1 Une demande quasi exclusive de COP

Lorsque les patientes consultent leur MG pour une demande de contraception, elles demandent quasiment exclusivement une COP (B, C, F, H, I, K, L, N, O, S).

C102 *« bah souvent elles te disent pas « contraception », elles te disent « je voudrais la pilule » (rires) [...] Elle me dit « je voudrais que vous me prescriviez la pilule ». »*

I58 *« le problème c'est qu'elles viennent souvent en demandant d'entrée de jeu la pilule, donc euh, souvent c'est une prescription de pilule »*

Elles sont sous COP et ne souhaitent pas changer de moyen de contraception (A, K, O).

A98 *« c'est vrai que comme on commence souvent les premières contraceptions par la pilule, si elles sont bien sous pilule c'est vrai qu'elles vont pas forcément penser à changer »*

O85 *« on a une grosse culture de la pilule ici. Même avec ce qui se passe dans les médias, les patientes demandent à changer de pilule, mais pas de moyen de contraception. »*

Certains MG parlent de « tout pilule », de la culture française ou d'un effet de mode (B, I, K, S).

K76 *« Mais pour l'instant je pense que c'est vraiment pas rentré dans les mœurs en tout cas pour les jeunes, ça c'est clair. Et la pilule par contre... parce que quand tu leur parles des autres moyens de contraception, y a quand même d'autres trucs mais pour elles c'est la pilule. »*

S32 *« après en France on est très axés sur la pilule donc c'est la pilule qui est très choisie, la plupart du temps, surtout pour une première contraception »*

S 35 *« Alors il y a un frein parce que c'est pas dans les mentalités, parce que toutes les copines elles ont la pilule et qu'elle baignent là dedans »*

La COP permet aux patientes de ne pas immédiatement devoir rencontrer un gynécologue, ce qui semble être un facteur favorisant ce choix de contraception (H, S).

H75 *« non elles voulaient prendre la pilule, elles avaient pas forcément envie d'aller chez le gynéco »*

4.2 Une méconnaissance du DIU par les patientes

4.2.1 Un manque global d'informations

Le DIU semble être un moyen de contraception méconnu des patientes (B, H, J, K, L) ...

B259 « le stérilet c'est le parent pauvre d'une mauvaise éducation, et d'une mauvaise compréhension »

K127 « y'en a qui savent même pas qu'il y a d'autres moyens, limite »

... Au mode de fonctionnement mystérieux (B, L).

B203 « est-ce que les patientes savent comment ça marche ? Pas du tout, sur l'inflammation de l'utérus, elles ne savent pas. Tu demandes à dix patientes, dix vont te dire « c'est pour empêcher d'avoir des enfants » elles vont pas te dire que ça gêne la nidation. Elles savent pas comment ça marche »

L100 « chez les jeunes filles, enfin pas que chez les jeunes d'ailleurs, mais c'est un peu flou ! (rires) sur l'anatomie etc, en gros on leur met un truc dans le vagin et ça va les empêcher d'avoir des enfants... »

En tout cas souvent moins bien connu que la COP ou l'implant (B, H, I, L).

L82 « Et souvent les femmes, enfin les jeunes filles, sont pas du tout au courant que c'est une alternative qu'elles ont. L'implant, elles savent. A peu près. Mais le stérilet pas du tout »

H84 « Oui mais leur demande est pas forcément fondée sur une étude approfondie des moyens de contraceptions, c'est peut-être par oui-dire, la copine prend la pilule... »

Certaines patientes ne paraissent tout simplement pas intéressées par le fait d'en apprendre plus sur ce moyen de contraception (K, L, N, O, R).

L110 « j'ai pas eu vraiment de jeunes femmes vraiment intéressées par le stérilet »

4.2.2 Des connaissances erronées

Les MG s'aperçoivent que leurs patientes ont des mauvaises connaissances, notamment en ce qui concerne :

- les indications chez la nullipare, la notion du DIU accessible uniquement après une ou plusieurs grossesses semble encore très largement répandue (B, C, D, E, I, K, S) ;

C154 « Est-ce qu'elles ne considèrent pas que c'est une contraception de l'âge mûr ? Plutôt qu'une contraception de la femme jeune ? Probablement... Est-ce qu'elles considèrent pas, d'abord, que c'est pas fait pour les nullipares ? »

E176 « Souvent elle est surprise. Elle me dit « ah bon, le stérilet ? » C'est pas quelque chose auquel elle a pensé »

- la durée d'utilisation (B).

B207 « Elles pensent que c'est fini, on leur met, on peut pas leur enlever. Tu leur dis qu' on peut l'enlever dans 5 ou ça dépend 10 ans, ou avant s'il y a une demande, elles savent pas. Le nombre de gens qui viennent avec un stérilet datant de 30 ans ! »

De cette méconnaissance générale du DIU découlent des représentations négatives vis-à-vis de ce moyen de contraception (A, B, C, D, S).

B165 « Pour moi, le stérilet c'est une représentation de stérilité pour beaucoup, d'ailleurs c'est une anagramme stérilet-stérilité, euh enfin non mais on y est quoi, c'est vraiment ça... C'est l'idée de stérile. C'est des fausses idées. »

S111 « « On va pas mettre un truc au cuivre, est-ce que c'est pas toxique ? » Dans les mentalités c'est un peu ça. »

Mais celles-ci peuvent provenir d'une mauvaise expérience vécue, ou rapportée par l'entourage (J, K).

K114 « qu'elles ont déjà essayé mais que ça ne s'est pas bien passé, et elles en veulent plus »

4.3 Le refus du corps étranger

Par principe, certaines patientes sont réticentes à une contraception par DIU car il s'agit d'un corps étranger (D, G, K, L, O, P, R).

K133 « c'est bizarre parce qu'un corps étranger dans l'utérus ça, ça les perturbe beaucoup mais par contre dans le bras moins. »

O40 « il y a beaucoup de freins psychologiques, de femmes qui disent « je ne veux pas de corps étranger ! » Alors qu'elles ont des piercings partout, mais bon ! (rires) c'est pas pareil. »

R62 « Pour certaines qui aiment pas l'idée d'avoir un corps étranger on essaie d'en discuter un petit peu mais euh, souvent elles arrivent déjà avec des idées bien arrêtées »

D'autres appréhendent la douleur lors de la pose du DIU (A, D, G, I, L, O, S) ...

A194 « Voilà, donc il faut les rassurer aussi, en disant que même si ça fait mal, ça fait mal que quelques instants. »

D142 « Parfois elles me demandent « est-ce que ça va faire mal ? ». »

G175 « Et puis c'est très important de prendre du temps avant de faire le geste parce qu'elle ça va la rassurer aussi. Autrement si tu lui dis « allez, étendez vous, écartez les jambes, vous inquiétez pas c'est rien ! » elle va baliser, quoi. Il faut la rassurer, sans doute. »

... ou encore craignent qu'il soit perçu lors des rapports (B, N).

B238 « le fil du stérilet était coupé trop court, ce qui faisait qu'il y avait une douleur lors du rapport, et donc parfois le stérilet peut être mal vécu par la patiente par la gêne qu'il occasionne dans le couple. »

4.4 Une faible sollicitation du MG

De rares MG n'ont pas de demande de la part de leurs patientes par rapport à la prescription ou à la pose de DIU (F, J).

F40 « Alors j'ai pas de demandes de patientes par rapport à ce geste là. »

Certains ont remarqué que les patientes ne savaient pas que leur MG avait ces compétences en matière de contraception (L, R).

L193 « les femmes savent pas toujours qu'on fait tout ça. Souvent moi c'est par hasard, la patiente demande si je peux renouveler la pilule, alors j'en profite toujours pour lui dire « vous savez je peux faire les frottis, je peux faire tout ça » c'est comme ça qu'elles l'apprennent, mais y'en a beaucoup qui savent pas »

R97 « mais rien que le fait de proposer le frottis quand je veux voir où elles en sont : « ah bon ? Vous le faites aussi ? » Parce qu'elles ont le réflexe gynéco en fait. »

D'autres constatent que les patientes préfèrent consulter un gynécologue (C, E, J, L, R, S).

E74 « une jeune femme qui hésitait sur la pilule [...] et qui optait pour le stérilet qu'elle souhaitait faire poser par un gynécologue » - 88 « Elle a souhaité que ça soit un spécialiste qui pose, ça c'est son droit. »

S4 « les femmes ont déjà leur gynéco, ou vont préférentiellement vers leur gynécologue euh parce que certaines ne voient pas...enfin elles veulent différencier leur suivi gynécologique du suivi de médecine générale »

Lorsque le MG est un homme, il a parfois l'impression que ses patientes préfèrent consulter un médecin femme (B, N, S).

S9 « Et du fait que moi je suis un homme, qu'on a deux femmes dans le cabinet, je fais vraiment pas beaucoup de gynéco »

4.5 La crainte d'effets secondaires

Les patientes sont réticentes à choisir le DIU car elles ont peur de la grossesse extra-utérine (J, K).

K156 « Après y'en a qui ont peur des grossesses extra-utérines avec le stérilet. Alors qu'avec la pilule elles en parlent pas. Ça je pense que c'est si elles ont eu un cas autour d'elles. Ça revient de temps en temps, mais c'est pas une majorité. »

Elles peuvent craindre d'avoir des troubles des cycles avec ce moyen de contraception (C, S)

C120 « Alors après il y a bien sûr des stérilets à la progestérone, il y a des femmes qui n'ont plus leurs règles avec les stérilets à la progestérone, que ça déstabilise, et il peut y avoir des spottings. »

S89 « Après il y a le problème du Mirena® c'est que, alors c'est pas systématique mais bien souvent il y a plus de règles et il y a des femmes qui sont très attachées au fait d'avoir des règles et quand on leur dit ça elles répondent « ah mais moi je veux avoir mes règles ! ». »

4.6 Un obstacle religieux, éthique

Les patientes sont parfois opposées au DIU pour des raisons religieuses, bien que ce cas soit décrit comme rare par les MG (B, F, K, P).

F67 « Alors par rapport aux sensibilités, il y a les cuivre et l'hormonal. J'aime bien spécifier aux femmes que le cuivre n'empêche pas la fécondation et que donc ça va empêcher la nidification. Par rapport à certaines pratiques ou croyances ça peut être important pour la personne de savoir le distinguer »

K141 « Du coup il y en a quelques unes qui trouvent que c'est pas très moral, enfin éthique, enfin voilà tu vois y a quelque chose qui les gêne. Mais y'en a pas beaucoup.

Discussion

1. La méthode

Notre travail de thèse s'est attaché à faire décrire aux médecins généralistes les freins qu'ils avaient à prescrire ou à poser un DIU à une patiente nullipare.

Ces médecins ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels semi-structurés suivant une grille d'entretien orientée sur leur formation en gynécologie, leur attirance vers cette partie de leur pratique médicale, leur capacité et leur propension à informer les patientes au sujet du DIU, leur expérience de la pose du DIU, afin comprendre comment ils considèrent ce mode de contraception chez la patiente nullipare.

L'intérêt de la recherche qualitative est qu'elle est « *particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer* » (23). Elle permet d'aborder des sujets complexes relatifs aux attitudes, croyances, préférences personnelles, habitudes, craintes etc...

Les premiers médecins recrutés étaient des médecins connus, rencontrés soit lors de stages soit à l'occasion de remplacements. Interroger des personnes déjà connues dans un contexte de travail peut avoir un effet facilitateur sur l'entretien, le contact est rapidement chaleureux, la parole fluide bien que leur franc-parler soit parfois déstabilisant.

Les risques dans ce contexte sont :

- le hors-sujet, qu'il peut parfois paraître impoli de recadrer ;
- l'absence de demande de précisions lors d'un passage implicite ;
- la retenue de certaines informations, le médecin ayant peur d'être jugé, il pourrait éprouver des difficultés à parler de situations d'échec ou de la méconnaissance d'un fait médical (21). Cependant, une attitude neutre, attentive et empathique lors de l'entretien semble avoir limité cet écueil.

Les médecins suivants ont été recrutés par la méthode de proche-en-proche, leurs noms ayant été confiés par les premiers interrogés à la fin de leur entretien. Ceci a permis de maximiser le nombre d'acceptations (21) et de n'obtenir qu'un seul refus. Cette seconde série de médecins a été choisie afin d'obtenir un recrutement diversifié en termes de lieu et d'ancienneté d'exercice, de mixité, d'implication dans l'enseignement et de pratique en gynécologie. Il n'est donc pas représentatif de la population médicale du département mais de la diversité des MG y exerçant.

Dans cette seconde série d'entretiens, les médecins n'étaient pas connus avant la prise de contact dans le cadre du travail de recherche. Pour certains, il semble que cela ait été un frein à l'établissement de la relation de confiance durant l'entretien, avec des réponses beaucoup plus brèves et moins détaillées, m'obligeant à multiplier les relances (21).

Parmi le panel de médecins interrogés, un seul n'exerce pas en cabinet de groupe, il est donc impossible de savoir si ce facteur influence ou non la pose de DIU. Ceci est cohérent avec le mode d'exercice actuel en médecine générale qui tend vers l'installation en groupe plutôt que vers un exercice solitaire, même si l'INPES en 2011 estime le nombre de MG exerçant en groupe à 54%, ce chiffre dépasse les 75% pour les MG de moins de 40 ans (24).

Je n'ai interrogé que des médecins exerçant en Charente, ce qui rend impossible la généralisation des réponses obtenues à la France ou même à la région Poitou-Charentes. En comparant mes conclusions à celles de la thèse d'O. SALMON (25) on peut constater que dans ses entretiens les mêmes freins à la pose du DIU sont évoqués, avec la même fréquence, même si dans son recrutement la proportion de MG posant des DIU était plus importante.

La méthode d'enregistrement puis la retranscription manuelle garantit une conservation intégrale du discours sous forme de verbatim. Celui-ci est soumis à la relecture et à l'accord du médecin interrogé, avec parfois des demandes de précision ou de reformulation d'une phrase interrompue ou imprécise, permettant une exactitude et une transparence optimale des données verbales exploitées.

L'arrêt des entretiens après obtention de la saturation des données (absence de nouvelle information obtenue lors des derniers entretiens) permet de garantir la validité de l'enquête, sous réserve d'avoir un recrutement varié : assez de médecins, de profils différents, ont été interrogés pour obtenir tous les types de réponses possibles sur une problématique donnée (20) (23).

Afin de limiter la subjectivité de l'analyse thématique des verbatims et de renforcer la validité interne du travail de recherche, le codage a été réalisé par deux personnes puis mis en commun (23). Ceci a permis de réfléchir à l'organisation de l'arbre thématique, à la création de nouveaux thèmes, ou encore à l'interprétation de rares points sujets à débat.

2. Le résultat principal

Parmi les médecins généralistes que j'ai pu rencontrer, seulement deux posent des DIU, y compris chez des patientes nullipares. Les autres font « *assez peu* » de gynécologie, ou de « *moins en moins* » car ils ont peu de demande de la part des patientes.

Ce chiffre bas peut être expliqué par un biais de sélection car je n'ai interrogé que quinze des trois cent trent-deux médecins généralistes installés exerçant en Charente, avec une méthode de recrutement de proche en proche ne garantissant pas une représentativité des pratiques.

J'ai donc demandé au service des statistiques de l'ARS du Poitou-Charentes de m'indiquer la proportion de DIU posés par les MG et les gynécologues.

Voici les chiffres obtenus :

Département	Médecin généraliste	Gynécologue	Autres	Total
Charente	23	1 527	24	1 574
Charente-Maritime	29	2 979	1	3 009
Deux-Sèvres	334	843	55	1 232
Vienne	330	2 084		2 414
Poitou-Charentes	716	7 433	80	8 229

Source : SNIIR-AM ; Exploitation : ARS Poitou-Charentes, COSA

Figure 4 : Nombre de stérilets posés en 2011 pour la partie "exécutés en ville" par département et type de médecin

L'analyse de ces résultats montre que seulement 1.5% des DIU posés en Charente (hors secteur hospitalier) sont posés par des MG. La moyenne de la région étant à 8,7%.

L'explication de cette disparité réside en partie dans la densité médicale en Charente. Voici les chiffres de l'ARS concernant la densité de gynécologues et de médecins généralistes dans la région en 2009 :

Département	Médecine Générale	Gynécologues	pop 2009	densité MG	densité gynéco
Charente	332	29	351 563	94,4	8,2
Charente-Maritime	807	51	616 607	130,9	8,3
Deux-Sèvres	347	14	366 339	94,7	3,8
Vienne	482	19	426 066	113,1	4,5
Poitou-Charentes	1968	113	1 760 575	111,8	6,4

Source : ARS Poitou-Charentes (2009)

Figure 5 : Nombre et densité de MG et gynécologues par département en 2009

La densité de gynécologues, deux fois plus élevée en Charente et Charente Maritime qu'en Vienne et en Deux-Sèvres, peut expliquer que les patientes aient plus facilement recours au gynécologue et sollicitent moins leur MG pour la prescription d'une contraception ou la pose d'un DIU.

Une enquête téléphonique réalisée en Lorraine en 2011 par A. DE VERBIZIER (26) va dans ce sens avec 22,8% (41/180) de médecins prescrivant (mais plus de la moitié ne prescrit jamais chez la nullipare (22/180)) et 8% (15/180) de MG posant des DIU.

De même, le travail de S.ARINO-CLOUET (27) en Gironde en 2005, retrouvait seulement 10,7% de MG posant des DIU.

En revanche dans les thèses nantaises de L.MICHELET-BRETAUDEAU (28) en 2010 et d'E. REYNIER en 2011 (29) les proportions sont plus importantes avec respectivement :

- 48,4% de MG prescrivant et 19,4% (6/31) de MG posant des DIU ;
- 37% (37/100) de MG déclarant poser des DIU, dont 16% (16/100) chez la nullipare.

L'implication des MG dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes est donc extrêmement variable d'un département à l'autre.

3. La critique et l'analyse des résultats

3.1 Les freins venant du médecin généraliste

3.1.1 Le manque de formation initiale en gynécologie

Selon l'arrêté du 22 septembre 2004, modifié par l'arrêté du 10 août 2010 (30), qui fixe la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, le DES de médecine générale comprend les stages suivants :

- deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :
 - o un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
 - o un au titre de la médecine d'urgence.
- deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :
 - o un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
 - o un semestre libre.
- un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage ;
- un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel.

Les MG interrogés sur leur formation initiale en gynécologie sont une très large majorité à la qualifier d'inexistante, ou en tout cas d'insuffisante. Ceci est concordant avec les études récentes, comme la thèse de L.MICHELET-BRETAUDEAU (29) qui retrouve moins de 45% de MG satisfaits de leur formation concernant l'information à délivrer pour la prescription et la pose de DIU ou encore avec l'étude FECOND (1) qui compte seulement 29% de MG considérant que leur formation les a bien préparés à la pose de DIU.

Sur le panel de médecins généralistes rencontrés :

- ils sont huit à avoir suivi un stage de gynécologie durant leur internat, et malgré celui-ci cinq n'ont pas appris à poser de DIU ;
- au total seulement cinq des dix-sept MG déclarent savoir poser un DIU.

Dans la thèse d'E.N'GUYEN BINH, 69% des futurs MG ont assisté à la pose d'un DIU, mais 85% ne maîtrisent pas la pose et le retrait du DIU (31).

Certains MG interrogés ont appris à poser un DIU durant leurs études, mais faute de pratique, ils n'osent pas réitérer le geste.

Pour expliquer cette lacune dans leur formation, certains évoquent la difficulté, étant un homme, à se faire accepter lors d'une consultation gynécologique. Cependant, les deux médecins posant des DIU sont des hommes, prouvant que le sexe du MG n'est pas forcément un obstacle à l'apprentissage des gestes gynécologiques lorsqu'il y a une motivation réelle à la formation.

D'autres ont ressenti une différence d'activité en stage entre les internes de spécialité et ceux de médecine générale, cantonnés aux consultations d'urgence ou aux tâches répétitives. Certains admettent n'avoir pas cherché à apprendre à poser un DIU, n'ayant pas envisagé que ce geste puisse leur servir dans leur pratique.

Enfin, pour ceux qui n'ont pas effectué de stage d'internat en gynécologie, c'est lors de leur stage en médecine générale (niveau 1 et/ou SASPAS) qu'ils ont dû apprendre les compétences requises en santé sexuelle. Cependant, tous les maîtres de stage n'ont pas les mêmes habitudes en matière de gestes gynécologiques, de fait certains étudiants n'ont pas eu cette opportunité. Dans sa thèse L.ROYER-BARANGER (32) trouve 62% des internes ne posant pas de DIU durant leur stage chez le praticien niveau 1, et 38% n'en posant pas durant leur SASPAS.

Sachant que les médecins généralistes ayant fait leurs études avant 2004 n'avaient pas de formation d'internat, on peut se demander si l'âge du médecin influence la pratique de la pose de DIU. Tout laisse à penser que les jeunes médecins, plus longuement formés, sont les plus compétents en matière de pose de DIU. Or il n'en est rien, puisque les MG posant des DIU sont installés depuis plus de 20 ans. Ce résultat est également obtenu par N.TRICHET-STEPHAN (33) dans sa thèse puisque les médecins posant des DIU ont très majoritairement plus de 45 ans. De même, S.DIAS (34) constate que 80% des MG interrogés posant des DIU ont plus de 50 ans.

3.1.2 La formation continue en gynécologie

La diffusion des méthodes de contraception passe d'abord par les médecins qui sont les premiers interlocuteurs des patientes. Pour améliorer leurs compétences, les MG doivent continuer à se former tout au long de leur carrière. D'ailleurs, depuis 2012 les médecins généralistes ont une obligation de développement professionnel continu (ou DPC). Selon l'article L. 4133-1 du Code de Santé Publique : « *le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* ».

Onze des médecins interrogés se forment de manière continue en utilisant différents moyens de formation (lecture d'articles, groupe de pairs...), leur permettant de mettre à jour entre autres, leurs connaissances en gynécologie. Huit suivent une FMC dans le but spécifique d'améliorer leur pratique en gynécologie grâce aux séminaires ou au DU.

Cette proportion est comparable à celle retrouvée dans la thèse de N.TRICHET-STEPHAN : 50% des MG (33) et meilleure que celle d'A.DE VERBIZIER : 26% des MG (26).

Il existe donc une réelle volonté de la part des MG rencontrés à se maintenir informés, y compris dans le domaine de la gynécologie.

Parmi eux, trois médecins sont inscrits ou on fait un DU de gynécologie, créée en 1999 par le ministère de l'éducation nationale. Celui-ci comporte une formation théorique

d'environ 90 heures et une formation pratique basée sur des travaux dirigés, ainsi que des stages hospitaliers (consultations, gardes...). Cette proportion est la même que celle retrouvée par N.TRICHET-STEPHAN (33) dans son étude : 16,7% de MG recevant « *une formation diplômante complémentaire en gynécologie* ».

Le travail de G.LEVASSEUR (35) montre que la principale raison évoquée à l'absence d'investissement dans la FMC était le manque de temps. Six médecins de notre étude estiment également n'avoir pas assez de temps pour se tenir à jour en gynécologie.

Par ailleurs, le fait d'être maître de stage semble motiver les MG à diversifier leur pratique afin de transmettre leur savoir et leur expérience : parmi les dix-sept médecins rencontrés cinq sont maîtres de stage, deux posent des DIU, un envisage peut-être de « *se réinvestir dans la pose du DIU* », les deux autres se sont formés dans le but d'intégrer la pose de DIU dans leur pratique.

3.1.3 Les obstacles à la pose de DIU

3.1.3.1 Le manque de temps

Les MG opposent à la prescription et à la pose du DIU un manque de temps : ils trouvent la consultation de choix du moyen de contraception très longue. Effectivement il est conseillé de prévoir une consultation uniquement dédiée à ce motif. A cet effet l'OMS reprend, en six étapes de l'acronyme BERGER (*cf. Annexe n° 3*), les étapes majeures de la consultation permettant d'améliorer la relation médecin-patiente et ainsi de favoriser l'adhésion au moyen contraceptif choisi.

Ce frein est retrouvé par cette étude de 2011 réalisée auprès de professionnels de santé américains : 61% des enquêtés pensent que l'information et le « *counseling* » des patientes concernant le DIU prend plus de temps que pour les autres moyens de contraception (36).

Ceux qui ne posent pas de DIU craignent le temps que demande la gestion des complications éventuelles (notamment les malaises) qui vont les retarder dans leur planning

de consultation. O.SALMON (25) retrouve cet obstacle dans sa thèse : pour les médecins qu'elle a interrogés, « *il est difficile d'assurer cela devant la charge de travail existant déjà* ». Une des MG réfléchit à regrouper ses consultations gynécologiques sur une demi-journée fixe avec des plages de consultation plus longues, afin de pallier ce problème.

3.1.3.2 L'aspect médico-légal

Contrairement aux croyances de trois des médecins, il n'existe plus de réglementation obligeant un médecin posant des dispositifs-intra-utérins à disposer d'équipement médical spécifique tel qu'une bouteille d'oxygène, du matériel de réanimation... Ceci en raison de la circulaire n°8113 abrogeant les textes initiaux, en date du 29 avril 1981 (37). Actuellement, le code de santé publique (Article L. 5134-1) spécifie simplement que « *l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé* » (38). Dans la thèse d'E.N'GUYEN BINH (31), 50% des MG interrogés sur la question pensaient avoir besoin de kits de réanimation et d'une bouteille d'oxygène au cabinet pour pouvoir poser des DIU.

Un des MG parle d'un surcoût de l'assurance responsabilité professionnelle en cas de pose de DIU. Pour la plupart des compagnies d'assurance, ce surcoût n'existe pas, il suffit simplement de leur signaler la pratique du geste, qui fait partie des compétences du médecin généraliste. Par exemple, sur le site de la MACSF on peut lire : « *Les poses de DIU et d'implanons® sont bien garanties par le contrat RCP des médecins, sans majoration de cotisation. Il ne faut cependant pas oublier de le déclarer afin que ces spécificités soient mentionnées dans les Dispositions particulières* ».

En plus des obstacles déjà abordés, la cotation de la CCAM n'est pas « *rentable* » pour un des deux MG posant des DIU. Celle-ci est de 38,40€ pour la pose ou le changement d'un DIU (mise à jour du 01/07/2013, sans revalorisation). Elle n'est globalement pas connue des MG ne posant pas de DIU, ce qui est retrouvé dans la thèse d'A. DE VERBIZIER (26), avec 10% de MG ne connaissant pas la cotation de ce geste. Dans une thèse réalisée en Ile-de-France, le

frein financier est le premier cité face à des actes de gynécologie jugés chronophages (34). A noter : il n'existe pas de cotation pour le retrait d'un DIU, geste qui prend malgré tout du temps et nécessite un minimum de matériel.

3.1.3.3 Le manque de matériel ou de soutien

Quelques MG disent ne pas poser de DIU car ils préfèrent pouvoir réaliser une échographie de contrôle immédiatement après la pose. Cependant celle-ci n'est pas recommandée en l'absence de signe pouvant faire craindre une perforation ou une malposition du DIU. Selon la HAS (5), *« hors problème signalé par la consultante, les consultations de suivi gynécologique sont programmées un à trois mois après la pose puis une fois par an. L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne »*.

De plus, il est nécessaire de disposer de matériel stérile au cabinet, qu'il soit à usage unique, stérilisé à l'autoclave ou à froid (*cf annexe n°4*). Pour faciliter la préparation à la pose de DIU, certains modèles au cuivre sont fournis avec un hystéromètre.

Il est également indispensable d'avoir des locaux adaptés en termes de place et de disposer d'une table d'examen avec étrières. Ceci est un frein pour certains MG, qui au vu de leur faible demande en gynécologie, ne prévoient pas d'investir dans ce type de matériel. Une des MG a dû aménager une salle annexe car son bureau était mal agencé et ne permettait pas l'activité gynécologique.

Le fait de travailler de manière isolée semble être un facteur défavorable à la pose de DIU. En effet, certains MG expriment des réticences à se lancer dans la pose sans un soutien (aide ou conseil) de la part de leurs collègues. De plus, dans notre enquête, les deux MG posant des DIU travaillent ensemble. Cette notion d'isolement est également citée dans la thèse d'O.SALMON (25) : *« Les gestes leur paraissent plus difficiles lorsqu'il n'y a pas de travail d'équipe, d'aide humaine »*.

3.1.4 Des MG qui font peu de gynécologie

Dans la thèse de N.TRICHET-STEPHAN (33) le premier frein cité à la pose de DIU est la demande insuffisante de la part des patientes et/ou le manque de pratique. Ceci pourrait s'expliquer par un accès direct au gynécologue, les patientes le jugeant mieux formé, ou ignorant que le MG peut réaliser des prises en charges sur le plan gynécologique. Pourtant, sous réserve d'une pratique suffisante, les généralistes sont aussi compétents que les gynécologues pour la pose de DIU, comme le montre le travail de H.MARRET et Al. (39), témoignant de la fiabilité des généralistes pour poser et surveiller les stérilets.

Les résultats de M.ORA (40) confirment cette faible demande gynécologique de la part des patientes : seulement deux des cent cinquante-six patientes interrogées s'adressent à leur MG pour la pose d'un DIU ou en cas de problème avec leur DIU. On peut mettre ce résultat en parallèle des treize médecins ne recevant pas (ou très rarement) de demande de prise en charge gynécologique.

On peut se demander si le lieu d'exercice influence la pratique en gynécologie. Pour une des MG interrogées, exerçant en milieu rural, la distance par rapport au gynécologue l'a poussée à se former en gynécologie pour satisfaire la demande des patientes. Pour les autres cette demande est variable, sans rapport évident avec leur lieu d'exercice, et les deux MG posant des DIU exercent en milieu urbain. En raison du faible effectif de médecins interrogés, on ne peut répondre à cette question.

Des études montrent que la proximité d'un gynécologue influencerait bien l'investissement des MG en gynécologie, notamment la thèse de R. CHAMPEAUX (41) ainsi que la publication « *Que disent les MG de leurs besoins de formation en gynécologie ?* » (35). Ceux exerçant en milieu rural expriment plus la nécessité qu'ils ont à se former car ils ont plus de demande.

Quatre MG expriment tout simplement un désintérêt de la prise en charge gynécologique des patientes. Ce nombre est équivalent aux 22% de MG « *n'aimant pas la gynécologie* » obtenus par E.N'GUYEN BINH dans son enquête réalisée en 2006 en Poitou-Charentes (31).

Il est intéressant de noter que trois d'entre eux, qui sont des médecins hommes, évoquent également un problème de pudeur vis-à-vis des patientes. En effet, aborder la contraception c'est aborder la question de la sexualité et comme le disait un des MG, c'est « *entrer dans la sphère de l'intimité* ». Il existe très peu de références concernant cette problématique dans la littérature : une étude canadienne (42) portant sur la discussion des troubles de la sexualité occasionnés par des traitements anticancéreux a montré que le personnel soignant attendait que les patientes abordent eux-mêmes le sujet, l'impact émotionnel de ces dysfonctions dans leur couple. De plus ils expriment une gêne personnelle et un manque de formation pour aborder ce genre de sujet. Leur ressenti était que ces discussions étaient difficiles pour eux comme pour les patients.

La forte densité de gynécologues en Charente pourrait permettre d'expliquer que les MG rencontrés adressent facilement leurs patientes pour le choix de la contraception, la pose de DIU, le suivi etc... Mais les thèses consultées ne montrent pas de différence significative en termes d'activité gynécologique des MG en fonction de la proximité d'un gynécologue. En revanche, dans certaines thèses le gynécologue est jugé par les patientes comme étant plus compétent pour les actes techniques (26), notion qui n'est pas retrouvée dans nos entretiens. La seule explication donnée est celle du plateau technique avec la possession d'un appareil d'échographie (qui n'est pourtant pas à disposition de tous les gynécologues).

Quelles qu'en soient les raisons, la faible activité gynécologique est un frein à la pose de DIU, car comme le dit un des MG « *je n'en ferais pas assez pour bien le faire* », corroborant ainsi les préconisations du NICE (9) « *les DIU ne devraient être posés que par des soignants entraînés, avec une expérience continue et posant au moins un DIU par mois* ».

3.1.5 La méconnaissance des recommandations

Lors des entretiens, quatre médecins ont confié ne pas être à jour concernant la publication de la HAS de 2004 « *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* » (5).

Ce résultat est meilleur que celui obtenu par L.MICHELET-BRETAUDEAU (29), pour qui plus de 80% des MG interrogés déclaraient ne pas connaître ces recommandations. Mais il est peut-être surestimé car n'a pas été suivi d'un contrôle de cette connaissance comme dans la thèse Nantaise où les MG devaient citer les recommandations concernant la prescription et la pose de DIU, ce qui permet d'objectiver leurs déclarations.

On peut expliquer cette lacune par :

- un manque de temps pour se tenir informé ;
- un manque d'intérêt pour la gynécologie ;
- un oubli de l'information par manque de pratique ;
- une formation initiale avant 2004, donc antérieure à la parution de cette recommandation ;
- un faible impact d'une publication de la HAS face à l'abondance des sources d'information médicale ;
- une faible activité gynécologique incitant les MG à se maintenir informés en priorité dans les domaines auxquels ils sont le plus sollicités.

Dans le but de diffuser ces informations, l'INPES a édité des guides à l'usage du personnel soignant à l'instar de ce dossier de presse réalisé en 2007 par le ministère de la santé et l'INPES intitulé « *la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit* » (43), qui rappelle aux professionnels de santé une notion primordiale « *pour être bien acceptée et bien utilisée, une méthode contraceptive doit être adaptée à la vie affective et sexuelle de chaque femme* ». Il présente des arguments en faveur de l'aide au choix par la femme de sa méthode contraceptive.

3.1.6 Les habitudes de prescription

Selon l'étude FECOND (1), le choix de la contraception est le résultat de la rencontre entre « *les attentes des femmes et les représentations qu'ont les médecins de leurs aptitudes à suivre les prescriptions* ».

Pour éviter une importante hétérogénéité des pratiques médicales pénalisant les patientes, il est important pour les praticiens de leur permettre objectivement de choisir leur mode de contraception en les informant au mieux sur les méthodes et en leur permettant d'y accéder aisément.

Les méthodes basées sur l'empathie envers la consultante, le respect de sa sexualité, de ses sentiments, de son attitude et ses besoins, la neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies ont fait preuve de leur efficacité. Elles sont associées à une meilleure utilisation de la contraception choisie (44).

Malgré cela, les MG interrogés prescrivent presque toujours une COP en première intention à leurs patientes, et en particulier aux nullipares. Ceci est confirmé par le profil contraceptif des femmes françaises établi par l'étude FECOND (1).

Méthode contraceptive	Age							TOTAL
	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-40	45-49	
Pilule	37,3	55,2	63,3	61,1	49,9	35,9	25	44,7
Pilule + Préservatif	14,5	23	11,7	4,7	1,9	0,5	1,3	4,6
Autre méthode hormonale	0,3	0,9	5,1	6,9	6,4	3	1,3	4
DIU	0	0	1,8	7,5	19,5	32,8	36,8	20,7
Préservatif	44,7	16,5	10,9	8,3	11	10,7	10,5	12,1
Autre	2,4	2,2	4,3	8,2	6	6,5	7,7	6,6
Stérilisation	0	0	0,2	0	1,1	8,5	12,2	4,2
Aucune	0,9	2,3	2,7	3,3	4,3	2	5,1	3,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 6 : Méthodes de contraception (en %) utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé. Elle est employée par 50% des femmes entre 15 et 49 ans concernées par la contraception. Cependant on constate une diminution de 4,6% depuis 2000 (Etude CoCon (14)) qui est compensée par l'emploi de nouvelles méthodes hormonales apparues au début des années 2000, telles que l'implant (2,6% des femmes de 15 à 49 ans), le patch (0,4%) ou l'anneau contraceptif (1%), excepté pour la tranche d'âge 20-24 ans.

Concernant le DIU, on constate une légère diminution de son emploi entre 2000 (23 %) et 2010 (21%). Ce moyen de contraception reste très largement réservé aux patientes ayant mené au moins une grossesse à terme : seulement 1.3% des patientes nullipares sont porteuses d'un DIU, contre 20% des femmes ayant eu un enfant et 40% des femmes ayant au moins deux enfants.

Cette tendance se retrouve dans une étude anglaise interrogeant les MG sur leur prescription du DIU au LNG aux patientes nullipares : 92% prescrivent en première intention une COP, 8% une méthode de longue durée d'action, aucun ne prescrit le DIU au LNG (45).

Dans la thèse de E.REYNIER (28), 30% des MG ne parlent jamais du DIU à leurs patientes nullipares et 46% leur en parlent mais uniquement en seconde intention.

Dans notre étude, plus de la moitié des MG ne donnent pas spontanément d'informations aux patientes sur le DIU, ce qui semble traduire une méconnaissance globale de ce mode de contraception, un frein lié à l'absence de pose par le MG, ou encore des représentations négatives persistantes.

Le fait de ne pas poser le DIU soi-même semble être un frein à sa prescription, comme retrouvé dans le travail d'A. DE VERBIZIER (26). Seules deux des MG interrogés prescrivent sans poser, mais elles comptent poser des DIU dans un avenir proche. Les autres ne veulent pas interférer avec le travail du spécialiste qui effectuera la pose. D'ailleurs, selon les chiffres fournis par la HAS (46), moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes.

3.1.7 Leur avis concernant les patientes nullipares

Elles sont finalement très peu évoquées au cours des entretiens, puisque les freins retrouvés sont ceux de la pratique gynécologique en général, puis de la prescription et de la pose de DIU, toutes patientes confondues.

La patiente nullipare est en général jugée trop jeune, mais il s'agit d'une représentation des MG, car l'âge moyen des femmes lorsqu'elles ont leur premier enfant est actuellement à 28 ans (15).

De nombreux médecins restent frileux quant à l'indication du DIU chez la nullipare, malgré leur connaissance des recommandations. Il persiste donc des réticences à les appliquer, comme l'exprime G. CAVARO-ASCHEHOUG (47) dans l'analyse de son focus group «*Ils l'expliquent par l'obsolescence des informations reçues lors de leur apprentissage mais néanmoins ancrées dans leurs habitudes et malheureusement difficiles à combattre.* »

De même, dans la thèse d'E.REYNIER (28), 63% des MG trouvent que le DIU chez la nullipare est un moyen de contraception « *difficilement acceptable* ».

Alors que les deux MG posant des DIU n'envisagent pas de complication particulière pour la pose chez une nullipare, six des médecins ne posant pas de DIU pensent que ce geste est plus compliqué ou plus douloureux chez la nullipare. Les autres, n'étant pas confrontés à ce cas, ne se sont probablement pas posé la question.

Effectivement, dans la thèse récente d'E.MILLET-BARBE (48), les femmes nullipares présentent statistiquement plus d'effets secondaires lors de la pose du DIU, notamment en ce qui concerne les malaises qui sont significativement plus fréquents dans cette population. Par ailleurs, elles ont une tendance plus importante aux douleurs pelviennes, sans que cette différence ne soit significative.

Ce résultat est appuyé par de nombreuses études, par exemple celle de CHI et Al. (49) a mis en évidence un risque relatif de 5 en ce qui concerne la survenue de douleurs chez la nullipare. HUBACHER (50) en 2006 avait quant à lui démontré que la nulliparité était corrélée à des douleurs plus importantes à l'insertion.

En ce qui concerne le risque d'expulsion et de retrait précoce du DIU, cette étude américaine portant sur 307 patientes de moins de 19 ans (51) ne retrouve aucune différence en fonction de la parité.

L'utilisation de DIU au cuivre de modèle « short » adapté à des utérus de taille plus petits ne semble pas être une option pour les MG. Un seul aborde ce sujet, mais en spécifiant que ça ne simplifie pas la pose. En effet il est recommandé de réaliser si possible une hystérométrie afin de choisir une taille de DIU adaptée à la profondeur de la cavité utérine de la patiente (52), ce qui ne modifie pas le diamètre de l'inserteur.

Néanmoins, le laboratoire commercialisant le Mirena® prévoit la sortie prochaine d'un modèle aux dimensions adaptées aux patientes nullipares, même si le bénéfice de ces petits modèles n'est pas clairement établi (2).

3.1.8 L'aspect religieux, éthique

Concernant la contraception intra-utérine au cuivre, contrairement aux idées reçues, il ne s'agit pas seulement d'une méthode empêchant la nidation. Même si son action « anti-nidatoire » est réelle, elle reste secondaire. Le mécanisme contraceptif procéderait de plusieurs phénomènes (53) :

- au niveau de la glaire cervicale : altération de la mobilité, de la capacitation et donc du pouvoir fécondant des spermatozoïdes ;
- dans la cavité utérine : effet cytotoxique et altération du transport des spermatozoïdes.
- au niveau ampullaire : altération des interactions entre les gamètes et donc du processus de fécondation ;
- au niveau tubaire : perturbation de la mobilité des gamètes et du conceptus ;
- au niveau de l'endomètre : réaction inflammatoire pouvant altérer le phénomène d'implantation embryonnaire.

Ainsi, cette méthode constitue une vraie méthode contraceptive à part entière et non «contragestive» ou abortive (54).

Pour rappel, le DIU au LNG a également une action double :

- au niveau endométrial (atrophie de l'endomètre le rendant impropre à l'implantation) ;
- au niveau du col (épaississement de la glaire cervicale prévenant le passage des spermatozoïdes).

De plus, chez certaines patientes le Mirena[®] inhibe l'ovulation (55).

Les freins religieux ou éthiques évoqués par certains MG relèvent donc de données qu'on sait être fausses ou en tout cas incomplètes. Mais ces notions sont toujours assez répandues, on les retrouve dans le focus groupe de G. CAVARO-ACSHEHOUG (47), estimant que la religion catholique, à la base de la culture française, représente même un frein à la démystification du DIU.

3.2 Les freins venant des caractéristiques du DIU

3.2.1 La connaissance du DIU

Une enquête menée auprès de généralistes et gynécologues canadiens (56) révèle l'importance des idées fausses qui persistent à propos du DIU : 60 % des médecins évoquent un risque majeur de maladie inflammatoire pelvienne ou de grossesse extra-utérine. Un praticien sur deux pense que le DIU est inefficace, un sur trois seulement le pose chez une nullipare et un sur trois estime possible de l'utiliser en contraception d'urgence.

Dans notre enquête, les médecins généralistes jugent l'efficacité du DIU comme étant plutôt bonne, avec un indice de Pearl inférieur à celui d'une COP (*cf annexe n° 2*). Mais il est finalement un moyen de contraception plus efficace en pratique courante, du fait des difficultés de prise de la COP ce qui est démontré dans une étude récente (19). Cette opinion est d'ailleurs retrouvée chez les médecins dans de nombreuses thèses (47)(25).

Paradoxalement, ceci ne les empêche pas de citer des exemples de grossesse ou de GEU survenues sous DIU. D'après la HAS (5) « *étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de GEU est extrêmement faible* » et il est dix fois supérieur en l'absence de contraception. Néanmoins, lorsqu'une femme porteuse d'un DIU (cuivre ou LNG) est enceinte, ce diagnostic doit être éliminé car 1 grossesse sur 20 est extra-utérine (57).

Ils connaissent souvent assez mal les contre-indications du DIU. On peut imaginer qu'ils les ont apprises durant leurs études mais que, faute de pratique, ils les ont en partie oubliées (*cf. annexes n° 5 et n°6*). Ceci représente un frein majeur car les médecins ne prescrivent que ce qu'ils connaissent et maîtrisent correctement.

La plupart d'entre eux citent les indications classiques, mais ils sont plus d'un tiers à estimer que le DIU est mieux indiqué pour une patiente multipare.

Dans sa thèse, E.REYNIER (28) demandait aux MG de cocher dans une liste les indications du DIU chez la nullipare, les résultats dans l'ordre de prévalence ont été similaires à ceux obtenus en questions ouvertes :

- les patientes qui ont des contre-indications à la prise d'hormones ;
- l'échec d'un autre moyen de contraception ;
- la mauvaise tolérance de la COP ;
- la demande de la patiente.

Ils conservent parfois des notions dépassées comme la contre-indication aux AINS lorsque la patiente est porteuse d'un DIU au cuivre (il s'agit uniquement de MG de plus de 50 ans, peu intéressés par la pratique gynécologique).

Historiquement en France, cette contre-indication avait été émise sur la base d'un effet contraceptif du DIU au cuivre uniquement lié à la micro-inflammation de la muqueuse utérine. Une large étude multi-centrique (58) a depuis montré que ni les AINS, ni aucun autre type de traitement n'était un facteur de risque d'échec de la contraception par DIU.

La plupart ne parle pas de la possibilité d'emploi du DIU au cuivre comme contraception d'urgence, sauf deux des MG rencontrés. Pourtant, il « *est à considérer comme la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé* » (5).

Globalement, le DIU reste un moyen de contraception mal connu et associé à des risques divers, ce qui pour de rares médecins, serait à mettre sur le compte de l'enseignement de la faculté qui mettent l'accent sur la COP, tout en mettant « *un gros warning sur le stérilet* », ainsi que sur l'influence des laboratoires qui ne présentent que des pilules.

3.2.2 La crainte des effets secondaires

Il est intéressant de constater que les MG ont tendance à surestimer ses effets secondaires, ce qui entretient probablement leurs freins à la prescription, avec la crainte d'une mauvaise tolérance ou d'une infection entraînant un retrait précoce du DIU. Ils citent en premier lieu les modifications du cycle.

Le même phénomène s'observe dans le focus group réalisé par G. CAVARO-ASCHEHOUG (47) où « *les médecins interrogés sont nombreux à insister sur ces effets secondaires fréquents, comme pour souligner le grand nombre de patientes qui en souffrent* ».

Pourtant les études sur le DIU chez la nullipare retrouvent des taux de continuation à un an aux alentours de 80% (48) (59). Ces chiffres sont :

- meilleurs qu'avec une COP (68% à un an) ;
- comparables à ceux des patientes multipares(60).

Un seul des médecins interrogés craint que le DIU n'occasionne des « *lésions de la muqueuse utérine* ». L'information concernant la réversibilité de ce moyen de contraception a donc été bien diffusée auprès des MG. Ce résultat est bien meilleur que celui obtenu par E.REYNIER (28) avec 16% de MG citant le risque de stérilité comme un des principaux inconvénients de l'emploi du DIU chez la nullipare.

Bien que cela n'ait pas été clairement évoqué lors des entretiens, il est important de noter qu'aucune étude ne montre que les patientes porteuses de DIU aient un risque supérieur d'infertilité. La réversibilité de la contraception sous DIU est équivalente à celle des autres méthodes contraceptives (3) (19) (61).

Le risque infectieux est en revanche fréquemment cité par les MG, même s'il est jugé faible. C'est sans doute la raison pour laquelle un seul des médecins interrogés parle du dépistage de MST avant la pose de DIU.

Selon la HAS (5), « *le risque de MIP est faible et principalement présent durant les 3 semaines suivant l'insertion* » Mais elle précise qu'en présence de facteurs de risque infectieux (un antécédent d'IST ou une pratique sexuelle à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur C. Trachomatis et N. Gonorrhoea sont préconisés.

Le risque d'infection associé au DIU remonte à une affaire sanitaire qui a eu lieu aux Etats-Unis, lors de la mise sur le marché en 1971 du DIU « Dalkon Shield ». En raison de son fil triple brins favorisant les cas de maladie inflammatoire pelvienne sévères, il a été retiré du marché en 1974. Même si seul ce modèle a été incriminé, cette affaire a porté préjudice au DIU en général. Ce moyen de contraception ayant été formellement contre-indiqué chez la patiente nullipare durant de nombreuses années (62).

Par ailleurs, il existe un effet secondaire bénéfique du DIU au LNG, encore peu connu. Celui-ci protège des salpingites, probablement en raison d'un épaissement de la glaire cervicale et de l'inhibition de la prolifération endométriale (59).

3.2.3 L'appréhension de la pose

Les MG ont une vision très précise et anxiogène des complications lors de la pose, ce qui majore les freins à la pratique du geste.

Le malaise est la première complication citée. Ceci confirme ce que retrouvait L.MICHELET-BRETAUDEAU (29) : « *Le risque de malaise vagal, voire de choc lors de la pose d'un DIU freine beaucoup les médecins interrogés dans l'enquête. C'est une des principales raisons évoquées par les MG qui posaient des DIU mais qui ont arrêté cette pratique.* »

Pourtant les cas des malaise vagal lors de la pose restent extrêmement rares. Les difficultés rencontrées lors de la pose représenteraient au total 1,2% des cas, incluant douleurs, saignements, malaises vagues, nausées et vomissements (63).

Il existe également la peur de provoquer des douleurs aux patientes lors de la pose. Celle-ci prédomine sur la peur de la perforation, qui est jugée comme étant rare ou exceptionnelle. Ce risque est plus évoqué dans des thèses recrutant plus de médecins posant

des DIU comme celle d'O.SALMON (25), comme s'il était plus présent à l'esprit de ceux qui pratiquent, sans être un frein pour eux.

Le risque de perforation utérine est largement cité lors des entretiens, mais il n'est pas accentué chez la nullipare (aux environs de 1% tous types de patientes confondus, un peu augmenté pour le DIU au LNG (64)).

En revanche le risque d'expulsion, qui n'a jamais été évoqué par les MG interrogés, est autour de 4.2% (2) quelle que soit la parité de la patiente pour le DIU au LNG, mais il est un peu majoré chez la nullipare pour le DIU au cuivre (64).

En vue d'améliorer les conditions de pose, trois des MG s'interrogent sur l'efficacité et la nécessité d'une prémédication avant la pose du DIU, que ce soient des antalgiques, anxiolytiques ou des médicaments dilatant le col.

Les données de la littérature à ce sujet sont variables, il n'existe pas de consensus sur cette prémédication.

Une étude suédoise (65) montre que les difficultés de pose peuvent être diminuées chez les adolescentes par l'administration de 400µg de misoprostol® et 100 mg de diclofenac®. Tandis que cette étude américaine ne confirme pas cette facilité d'insertion (66).

D'autres montrent qu'en plus de ne pas réduire la douleur à l'insertion, le misoprostol® occasionne régulièrement des effets secondaires à type de nausées et de crampes (67).

Une revue de la littérature (68) conclut ainsi : « *aucun traitement prophylactique pour réduire la douleur lors de l'insertion n'a donné de résultat probant en pratique courante. L'appréhension des patientes vis-à-vis de la procédure peut majorer leur perception de la douleur. Ceci confirme la nécessité de bien les informer, de créer une atmosphère détendue et professionnelle, afin de les mettre en confiance* ».

On peut penser que cette prescription sert plus à rassurer le praticien et sa patiente, qu'à simplifier la pose.

Concernant les interrogations quant au meilleur moment pour la pose de DIU, selon la HAS (5), elle peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle.

Elle est cependant préférée en 1^{ère} partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte et de faciliter l'introduction de l'inserteur dans le col dont l'orifice externe est ouvert en fin de règles. Les conditions d'hygiène doivent être rigoureuses lors de la pose.

Elle n'a pas été évoquée par les MG mais l'antibioprophylaxie systématique n'est pas justifiée (69).

3.3 Les freins que les MG ressentent chez les patientes

Ce chapitre va analyser le ressenti des médecins du rapport qu'ont leurs patientes avec le DIU. Son contenu est donc totalement subjectif, basé sur l'expérience des MG dans la relation qu'ils ont avec leurs patientes, passé au prisme de leur propre vision du DIU...

Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche uniquement sur les freins des patientes nullipares à la contraception par DIU.

Dans la thèse pour le diplôme de Sage-femme de P. GIBERT (70) « *Le stérilet chez les adolescentes* », celui-ci explore par questionnaire le point de vue de lycéennes sur le DIU :

- 93% des adolescentes interrogées n'utiliseraient pas le stérilet comme moyen de contraception à l'heure actuelle ;
- 4% l'utiliseraient volontiers ;
- 3% n'ont pas répondu à la question.

Les adolescentes n'auraient pas envie d'avoir un stérilet :

- 37% à cause de la douleur ;
- 15% à cause du risque infectieux ;
- 12% par manque de fiabilité de la méthode ;
- 3% pour raisons religieuses ;
- 18% pour d'autres raisons (notamment parce qu'elles n'en ont pas besoin, ne le connaissent pas, ou pensent qu'il est interdit pour les adolescentes).

3.3.1 La demande de COP

D'après les médecins généralistes, leurs patientes ne seraient globalement pas intéressées par le DIU. En France, la norme contraceptive se traduit par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au DIU comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant (46).

Elles demandent quasi exclusivement une contraception par pilule, ce qui va dans le sens des habitudes de prescription que nous avons vues précédemment. Ceci n'est guère étonnant lorsqu'on combine :

- l'influence de l'entourage, également décrite mais comme élément facilitateur du choix du DIU, dans les entretiens réalisés par O.SALMON (25), avec des patientes décrites comme étant malgré tout, « *attachées à leur pilule* » ;
- l'effet de mode du « tout-pilule » ;
- les MG qui ne délivrent pas toujours aux patientes les informations sur les autres moyens de contraception.

Cependant, de nombreux MG évoquent les modifications à venir dans la demande des patientes, liées aux affaires médiatiques récentes incriminant les COP : en Décembre 2012 a été déposée la première plainte au pénal contre le laboratoire Bayer® suite à un AVC attribué à la prise d'une pilule de 3^{ème} génération. C'est le début d'une longue série de plaintes émanant de femmes s'estimant victimes d'effets secondaires de leur pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération.

Ces plaintes françaises arrivent quelque mois après la publication de deux études danoises sur plus d'un million de femmes utilisatrices de contraception hormonale (71) qui semblent confirmer un risque plus élevé de thromboses veineuses avec les pilules les plus récentes et les contraceptions non orales (patch et anneau).

Ceci a eu des conséquences multiples :

- le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération depuis le 31/03/13 en raison de leur SMR insuffisant ;
- une chute de la vente des pilules de 3^{ème} et de 4^{ème} génération de 26 % sur les 4 mois (décembre 2012 à mars 2013) et baisse de 9% en ce qui concerne les ventes d'œstro-progestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux) ;
- le risque d'observer comme en Angleterre en 1995 après le « pill scare » une majoration du nombre de grossesses non désirées et d'IVG lié à l'arrêt intempestif de la contraception (72) ;
- une hausse de 38% de la vente de DIU au cuivre (73).

On peut imaginer que cette augmentation de la demande incitera probablement les MG intéressés par la gynécologie à mettre à jour leurs connaissances sur le DIU en vue d'en poser.

3.3.2 Le manque d'information

Dans les entretiens, les médecins évoquent facilement le manque de connaissances des patientes en ce qui concerne le DIU. Cependant ils ont la nécessité de se tenir eux-mêmes à jour, car ce sont eux leur principale source d'information... comme le constate A.LECUBRIER dans son article (74) : *« l'information sur les différentes méthodes de contraception passe très largement par les professionnels de santé. Or, ils semblent également avoir du mal à changer leurs pratiques, car ils n'ont souvent pas renouvelé des connaissances anciennes qui ont depuis été remises en cause par les dernières études scientifiques ».*

Ceci est confirmé également dans l'enquête de l'INPES réalisée auprès de la population française, qui estime que le personnel médical est la source d'information la plus fiable.

Source d'information	Population totale
Personnel médical	55%
Médias	47%
Professionnels du social	9%
Entourage	7%
Sphère scolaire	4%

Source : « Les Français et la contraception », INPES, BVA, Mars 2007.

Figure 7 : Niveau de confiance envers les sources d'information (2004)

A la dernière question de l'enquête de P.GIBERT (70) concernant la circulation de l'information sur le DIU, le résultat indique que « *près de 67% des adolescentes considèrent que l'information circule trop peu, voire pas du tout, sur le DIU* ».

Le DIU, nettement moins bien connu que la COP ou l'implant, est encore principalement perçu comme méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaités est atteint) et non comme méthode d'espacement des naissances (14).

Certaines patientes craindraient un risque de stérilité, renforcé par la proximité sémantique du nom « stérilet » : « *La peur des effets secondaires et le caractère prolongé parfois compris comme difficilement réversible (ce qui n'est pas le cas) sont sans doute des freins importants sur lesquels il est nécessaire de mieux communiquer afin que les femmes puissent faire un choix informé de la contraception qui leur convient le mieux* » (74).

Les médecins s'accordent à dire que les patientes ne connaissent pas le mode d'action du DIU. Cette méconnaissance du fonctionnement des DIU les amène à penser qu'il s'agit d'un moyen abortif, ce qui peut les freiner d'un point de vue éthique ou religieux.

Cette notion est également abordée dans la thèse d'O.SALMON (25) et dans le focus group de G.CAVARO-ASCHEHOUG (47), mais à chaque fois très peu de médecins y font référence.

Dans notre enquête, il est notable que seuls les MG ayant eux-mêmes ce frein ont mentionné l'avoir ressenti pour leurs patientes. Les autres ne semblent pas y avoir été confrontés ou n'en ont pas souvenir.

Un des MG évoque le fait que les patientes considèrent probablement que le DIU n'est pas fait pour les nullipares. Effectivement les résultats de l'enquête INPES BVA « *Les Français et la contraception* » (75), montrent que 50% des Français pensent que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. Plus récente, l'étude FECOND (1) retrouvait 54% des françaises interrogées partageant ce point de vue. Il n'y a donc pas d'amélioration dans le temps des connaissances des patientes à propos du DIU.

Pourtant il existe des campagnes répétées de l'INPES, notamment après la parution de leur dossier de presse de 2011 « *CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un mode de contraception adapté à leur style de vie ?* ».

Ces campagnes d'information passent par la presse féminine, via des spots télévisuels, radiophoniques, voire par la mise à disposition de brochures ou l'affichage de posters dans les lieux de consultation.

La dernière rappelle que « *lorsque l'on oublie régulièrement sa pilule, on a toujours la possibilité de changer de moyen de contraception* ».

Le site internet www.choisirsacontraception.fr élaboré au décours de la campagne de l'INPES « *La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit* » est d'ailleurs conseillé par quelques MG aux patientes qui souhaitent s'informer par elles-mêmes.

Il existe également une ligne téléphonique anonyme et gratuite pour toutes les questions et informations sur la contraception et la sexualité, ouverte depuis 2007, mais qui ne semble pas être connue des MG.

La portée de ces différentes campagnes d'information semble limitée, et on sait « *qu'il ne suffit pas d'informer la population sur un danger objectif par une communication de masse aussi professionnelle et séduisante soit-elle pour que les individus changent instantanément de comportement à l'égard de ce danger* » (12).

3.3.3 Le refus du corps étranger

Sept médecins trouvent que leurs patientes sont souvent réticentes à la contraception par DIU car elles refusent de porter un corps étranger intra-utérin. Ce frein serait moins présent en ce qui concerne l'implant sous-cutané localisé dans le bras. On retrouve cette notion dans le focus group de G.CAVARO-ASCHEHOUG (47) : la crainte du corps étranger semble mal comprise par les MG, qui ne la partagent pas et ne trouvent pas d'arguments pour rassurer les patientes.

On peut imaginer qu'ayant une notion peu précise de leur anatomie, les patientes craignent en portant un DIU, d'occasionner une gêne de leur partenaire lors des rapports

D'après O.SALMON (25) « *la place de l'homme n'est pas abordée directement par les médecins interrogés. Un seul l'évoque par la peur, pour le partenaire, de se blesser lors d'un rapport. Il est bien sûr concerné par la contraception. Par ses craintes, il peut être un frein au choix de la méthode* ». Le fait d'associer le compagnon au choix du moyen de contraception et de le rassurer sur la sécurité du DIU a également été cité par un des MG lors des entretiens.

La gêne pour le partenaire peut-être réelle mais bien souvent bénigne, cependant, dans son rapport de 1983, l'OMS (76) parle d'éventuelle blessure du pénis si les fils sont coupés trop court.

La contraception par DIU faisant intervenir la pose d'un corps étranger, elle occasionne la peur pour les patientes de ressentir des douleurs lors de la mise en place, qui est également citée par sept médecins.

E.REYNIER (28) retrouve les mêmes perceptions des MG : pour eux le premier frein des patientes serait la peur de la douleur à la pose, qui arrive ex aequo avec le corps étranger cités par plus d'un tiers des répondants.

Ceci est confirmé dans cette étude anglaise (77) portant sur cent quatre-vingt-quatorze jeunes femmes, qui conclut : « *malgré la fiabilité et l'usage de longue durée qui sont de grands avantages, la peur de la douleur et des aiguilles rendent les contraceptions réversibles de longue durée d'action moins attirantes pour les adolescentes et les jeunes femmes* ».

3.3.4 La faible sollicitation du MG pour un motif gynécologique

Comme dans le travail de L.MICHELET-BRETAUDEAU (29) où 16% des MG déclarent rencontrer des réticences de la part de leurs patientes vis-à-vis de leurs compétences dans le domaine de la gynécologie, les médecins rencontrés ne sont pas sollicités pour des actes gynécologiques avec la même fréquence.

Le fait que les patientes demandent peu à leur MG de les prendre en charge sur le plan gynécologique peut être expliqué par :

- la consultation préférentielle du gynécologue estimé plus compétent, mieux équipé ou simplement car elles préfèrent avoir un suivi séparé pour les motifs gynécologiques ;
- la méconnaissance par les patientes des compétences du MG en gynécologie, qui peut être favorisée par l'absence de proposition et d'information de la part de certains MG ;
- la gêne à aborder un sujet gynécologique avec son médecin « de famille » ou son médecin généraliste homme.

Ainsi sont retrouvés par R.CHAMPEAUX (41) dans sa thèse les freins des patientes à la sollicitation du MG pour des motifs gynécologiques, avec un tiers des répondantes éprouvant une gêne envers le médecin traitant et presque autant évoquant le sexe du médecin comme un obstacle.

La thèse de M.ORA (40) concernant les déterminants du choix de consultation du médecin généraliste ou du médecin gynécologue par les patientes en est une illustration :

- 60% des femmes interrogées n'ont jamais abordé un problème gynécologique avec leur MG ;

- 56% des femmes ne savent pas si leur MG est compétent en gynécologie, et 59% de celles qui savent que répondre, pensent qu'il ne l'est pas ;
- 84% estiment que leur MG n'est pas équipé pour faire de la gynécologie ;
- 31% des femmes se déclarent gênées par le fait d'aborder une question gynécologique avec leur MG, et 45% le seraient par un examen gynécologique ;
- une seule des cent cinquante-six patientes répondant au questionnaire s'adresse à son MG pour poser ou changer un DIU.

De même, selon un sondage BVA (78) « *la grande majorité des femmes interrogées (85%) déclare avoir un suivi gynécologique assuré pour la plupart par un gynécologue (70%) plutôt qu'un médecin généraliste (15%). Comparativement aux médecins généralistes, les gynécologues sont jugés plus compétents pour le suivi gynécologique, et ce par l'ensemble des femmes (91%)* ».

Pourtant, l'étude EPILULE (79) menée en 2003 auprès de femmes de 16 à 54 ans consultant en médecine générale, retrouvait 44% des femmes déclarant confier leur contraception principalement à un MG, 42,5 % à un gynécologue et 13,2 % aux deux. Ce qui témoigne de la place importante du MG dans la prescription de la contraception.

3.3.5 La crainte des effets secondaires

Deux médecins ont rencontré des patientes refusant le DIU car elles craignent une GEU, notamment lorsqu'un cas s'est produit dans leur entourage. Mais pour eux ça ne concerne pas la majorité des patientes. Il est simple de rassurer les patientes sur ce point en leur montrant les chiffres de GEU sans contraception et sous contraception, encore faut-il que le médecin soit convaincu de l'innocuité du DIU.

Ils sont autant à évoquer le fait que les patientes puissent avoir peur de ne pas supporter les effets secondaires des DIU, en particulier elles semblent ne pas vouloir de modification de leurs cycles menstruels. En effet 4 à 15% des femmes abandonneraient le DIU au cuivre dans l'année qui suit la pose en raison de l'abondance des saignements (53).

Les entretiens réalisés par O.SALMON (25) retrouvent les mêmes freins venant des patientes qui ne supporteraient pas l'aménorrhée, perçue comme une négation de la féminité, les spotting et l'imprévisibilité des saignements.

Lorsqu'on leur demande leur avis concernant un contraceptif qui aura pour effet de diminuer ou de supprimer les règles, six femmes sur dix y sont défavorables, car elles préfèrent avoir des menstruations régulières, à condition qu'elles ne soient pas excessives, selon l'enquête TNS de juin 2007 (80). Ceci semble paradoxal, car pour 80 % des femmes interrogées, les règles s'avèrent gênantes dans la vie quotidienne : en particulier dans leur vie sexuelle (52 %), en voyage (51 %) et dans leur pratique sportive (46 %).

Cette variation de discours d'une patiente à l'autre montre que pour le médecin prescripteur, il est nécessaire de bien expliquer les effets secondaires des différents moyens de contraception aux patientes. Ceci afin qu'elles choisissent en toute connaissance de cause, ce qui améliorera leur satisfaction et la continuation de la méthode contraceptive. C'est la technique du « counseling », qui renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. Elle repose d'une part sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part elle engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies (81).

Le risque d'infection, de stérilité et celui d'échec de la contraception ne sont pas évoqués par les MG. Les patientes auraient donc confiance dans l'efficacité et la sécurité du DIU ? Ceci peut s'expliquer par leur manque général de connaissances au sujet de ce moyen de contraception, mais il faut se rappeler que ces résultats ne sont que la perception des MG vis-à-vis de leurs patientes, ils sont influencés par les propres représentations des médecins.

Dans la thèse d'E.REYNIER (28) les MG citent en dernier la peur d'infection (29%) comme étant un frein au DIU pour leurs patientes.

4. Conclusion et perspectives

Contrairement à nos attentes, nous avons rencontré très peu de médecins généralistes posant des DIU (deux sur dix-sept). Ceux-ci ne présentaient aucun frein à la prescription ou à la pose de DIU chez les patientes nullipares.

Les autres médecins peuvent être caractérisés de la façon suivante :

- ne connaissent pas la recommandation de la HAS autorisant l'emploi du DIU chez la patiente nullipare et ne prescrivent pas de DIU (quatre sur dix-sept) ;
- connaissent cette recommandation mais ne prescrivent pas et ne posent pas de DIU. Cette information n'a donc pas modifié leurs habitudes car ils ont très peu d'activité gynécologique (cinq sur dix-sept) ;
- envisagent éventuellement de poser des DIU une fois la technique de pose bien maîtrisée et peuvent en prescrire (six sur dix-sept).

Pour ce dernier sous-groupe il n'est pas possible de déterminer s'ils vont réellement s'investir dans cette pratique, ni s'ils auront alors des freins à l'effectuer chez les patientes nullipares.

Il apparaît donc que les médecins rencontrés, au-delà des freins à la prescription et à la pose du DIU chez la patiente nullipare, présentent plus généralement des freins à promouvoir, prescrire ou poser un DIU quelle que soit la parité de la patiente.

Les freins à la promotion sont les suivants :

- la méconnaissance globale des DIU, de leur mode de fonctionnement et de leurs indications ;
- la vision prédominante des effets secondaires et des échecs de contraception ;
- la faible demande d'information de la part des patientes sur ce mode de contraception.

Les freins à la prescription sont les suivants :

- la méconnaissance des indications et des contre-indications des DIU ;
- le fait que la pose doive être effectuée par un autre médecin ;
- la non modification des habitudes de prescription avec une prédominance de la COP ;
- la faible demande de changement de contraception des patientes sous COP.

Les freins à la pose sont les suivants :

- l'absence de maîtrise du geste ou l'expérience insuffisante ;
- le manque de confiance et l'appréhension des complications ;
- les contraintes matérielles, horaires et médico-légales qui sont jugées trop importantes ;
- le manque de demande de la part des patientes pour s'investir dans cette pratique.

Les leviers qui pourraient être employés afin d'améliorer l'accès au choix du moyen de contraception adapté à chaque femme ont été résumés dans une publication récente de la HAS (46).

Certains visent à améliorer la formation des médecins généralistes :

- la révision du schéma de formation des internes de médecine générale avec l'accession d'un plus grand nombre d'internes au stage de gynécologie :
 - o qui pourrait être couplé au stage de pédiatrie ;
 - o ou réalisé en cabinet de médecine générale aux côtés de médecins enseignants pratiquant de nombreux gestes de gynécologie.

- l'élaboration d'objectifs pédagogiques centrés sur la pratique de la gynécologie en soins primaires ;
- l'ouverture de lieux de stage en centres de planification familiale ou d'orthogénie pourrait également pallier ces défaillances ;
- l'indépendance de l'enseignement par rapport à l'industrie pharmaceutique ;
- la favorisation du développement professionnel continu (DPC) axé sur la contraception afin de mettre à jour les connaissances des médecins généralistes ;
- l'apprentissage de l'aspect relationnel et de la communication en consultation, afin de faciliter la discussion à propos de la sexualité ;
- l'enseignement et l'application du modèle BERGER qui favorise l'adhésion des patientes à la contraception choisie.

D'autres concernent les contraintes techniques auxquelles se heurtent certains médecins :

- la revalorisation de la prise en charge gynécologique en termes de tarification CCAM. Selon la HAS, il existe une *« contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive : les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule plutôt que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes »* ;
- la diffusion d'informations sur l'existence de kits stériles à l'usage de la pose et le retrait de DIU ;
- la généralisation de l'exercice en cabinet de groupe, qui permet l'investissement dans le matériel et le partage des frais, ainsi que l'enseignement des actes techniques par un médecin mieux formé ou plus âgé.

Il semble important également d'améliorer les connaissances des patientes, même si elles n'ont pas été interrogées dans notre travail. Ceci pourrait passer par :

- la diffusion de l'information concernant les compétences des MG en gynécologie ;
- la répétition des campagnes d'information du grand public afin de minimiser les préjugés que les patientes peuvent avoir par rapport aux différents moyens de contraception ;
- l'homogénéisation des missions d'information faites en milieu scolaire.

Conclusion

L'enquête que nous avons menée avait pour but d'identifier les freins que les médecins généralistes pouvaient ressentir à l'égard de la prescription et de la pose de DIU chez les patientes nullipares.

Il s'avère que pour la grande majorité de ces médecins, les freins se situent en amont de cette problématique. En effet, au cours des entretiens, nous avons constaté qu'ils avaient le plus souvent des freins à la prescription et à la pose de DIU quelle que soit la parité de la patiente.

Il est donc extrêmement difficile de répondre à la question de recherche, car lorsque nous avons abordé avec ces médecins notre problématique, leurs réponses ont été théoriques et ne reposaient pas sur leur expérience pratique.

Ceux qui connaissent les recommandations de la HAS semblent penser que s'ils posaient des DIU, ils le feraient également chez la nullipare, sous réserve de bien maîtriser le geste avec les patientes multipares au préalable.

Certains, malgré cette connaissance, restent méfiants concernant ce choix de contraception pour les jeunes patientes nullipares, montrant ainsi qu'il est difficile pour un médecin de modifier ses habitudes professionnelles et de se débarrasser de ses représentations négatives.

Pourtant, selon le Nice (9), les médecins devraient avoir une vision claire de l'efficacité et des bénéfices des moyens de contraception longue durée. Pour cela une communication adaptée entre les soignants et les femmes est primordiale. Elle doit être fondée sur des connaissances suivant la démarche de l'« *evidence based medicine* » (ou EBM) et adaptée aux particularités de chaque femme. C'est à cette condition que les patientes, en partenariat avec leur médecin, pourront faire un choix de contraception libre et éclairé, fondé sur leurs besoins et non sur des représentations négatives injustifiées.

En analysant les freins des MG à l'emploi du DIU, il ressort qu'il existe un obstacle majeur relatif au manque de formation initiale. Que celle-ci soit théorique, entraînant une méconnaissance globale du DIU ; ou pratique, avec une grande proportion de MG débutant leur exercice sans connaître la technique de pose du DIU.

Cette constatation impose une amélioration de cette formation initiale, qui est amorcée dans plusieurs départements de médecine générale. A Poitiers ont été définis des objectifs pédagogiques spécifiques pour la pratique de la gynécologie en soins primaires et des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie ont été ouverts.

Tous les médecins interrogés ressentent des freins au DIU venant de leurs patientes, il serait donc pertinent de réaliser une enquête auprès des nullipares afin d'explorer leur niveau de connaissance et leurs appréhensions à propos de ce moyen de contraception. Ceci permettrait de cibler les campagnes d'information sur les lacunes et le ressenti des patientes.

La diffusion de l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares dépend donc principalement de :

- l'amélioration de la formation initiale en gynécologie des internes de médecine générale ;
- la communication professionnelle à propos du rapport bénéfice-risque du DIU afin de permettre aux médecins de dépasser leurs représentations négatives ;
- l'information claire, loyale et adaptée aux patientes, au sein d'une consultation dédiée au choix de la contraception.

Bibliographie

1. **Bajos N, Bohet A, Le Guen L, Moreau C et l'équipe de l'enquête FECOND.** La contraception en France : nouveau contexte, nouvelle pratique ? *Population & Sociétés*. 2012, 492.
2. **Lys R, Lohr P, Prager S.** Use of the Mirena™ LNG-IUS and Paragard™ CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *SFP Guideline*. May 2010, Vol. 81, 5, pp. 367-71.
3. **Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzman-Rodriguez R.** Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med*. 2001, Vol. 345, 8, pp. 561-7.
4. **Prager S, Darney PD.** The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women. *Contraception*. 2007 Jun, 75(6 Suppl):S12-5.
5. **Anaes.** Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. [En ligne] 12 2004. [Citation : 30 10 2012.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf.
6. **Leridon H, Oustry P, Bajos N et l'équipe CoCon.** La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et sociétés*. 2002, 381.
7. **Davie E.** Un premier enfant à 28 ans. *INSEE*. [En ligne] 10 2012. [Citation : 18 06 2013.] <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1419/ip1419.pdf>. 1419.
8. **Bajos N, Bozon M, Beltzer N.** *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte : s.n., 2008. p. 609.
9. **HAS.** Fiche Mémo. Contraception chez l'adolescente. [En ligne] 04 2013. [Citation : 16 05 2013.] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-adolescente.pdf>.
10. **Joubert E, Legris C, Thieuzard V et Al.** Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. *HAS*. [En ligne] 03 2013. [Citation : 22 04 2013.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf.
11. **Jamin C.** Tabac et contraceptions. *Edimark*. [En ligne] 03 2009. [Citation : 18 06 2013.] <http://www.edimark.fr/publications/articles/tabac-et-contraceptions/15093>. 340.
12. **NICE.** Long-acting reversible contraception. *clinical guideline 30*. october 2005 , last modified april 2013.

13. **Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et Al.** Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2012, 366, pp. 1998-2007.

14. **Aubin L, Jourdain Menninger C, Chambaud D.** La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport de synthèse de l'IGAS. [En ligne] 10 2009. [Citation : 11 06 2013.] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf>.

15. **Aubin L, Jourdain Menninger C, Chambaud D.** Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse de l'IGAS. [En ligne] 10 2009. [Citation : 11 06 2013.] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>.

16. **Aubin L, Jourdain Menninger C, Chambaud D.** La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Rapport de l'IGAS. [En ligne] 10 2009. [Citation : 11 06 2013.] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000048/0000.pdf>.

17. **SFMG.** Top 50 des résultats de consultation les plus fréquents. *Observatoire de la Médecine Générale.* [En ligne] 2009. [Citation : 24 06 2013.] <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>.

18. **Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale.** Historique, actualités et perspectives. *FNCGM.* [En ligne] 29 03 2012. [Citation : 10 06 2013.] http://www.fncgm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=.

19. **American College of obstetricians and gynecologists.** Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 10 2012, 539, pp. 20:983–8.

20. **Association française des jeunes chercheurs en médecine générale.** *Initiation à la recherche.* s.l. : Global média santé, 2011.

21. **Blanchet A, Gotman A.** *L'enquête et ses méthodes. L'entretien.* 2e édition. s.l. : Armand Colin, 2007.

22. **Paillé P, Mucchielli A.** *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* s.l. : Armand Colin, 2003.

23. **Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al.** Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008, Vol. 19, 84, pp. 142-5.
24. **INPES.** Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. [En ligne] 23 06 2011. [Citation : 13 09 2013.] <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.asp>.
25. **Salmon O.** Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant : analyse des facteurs déterminant la pratique des médecins généralistes du Loir-et-Cher. Tours : s.n., 04 2013.
26. **De Verbizier A.** Dispositifs Intra-Utérins en médecine générale en Lorraine. Nancy : s.n., 2011.
27. **Arino-Clouet S.** Le stérilet en médecine générale. Bordeaux : s.n., 2005.
28. **Reynier E.** Dispositifs intra-utérins : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Nantes : s.n., 2011.
29. **Michelet-Bretonneau L.** Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux en Loire-Atlantique. Nantes : s.n., 06 2010.
30. **Service public de la diffusion du droit.** [legifrance.gouv](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=70C34AC8032C674F0D8135CB250B75D0.tpdjo03v_3?cidTexte=JORFTEXT000000807238&idArticle=LEGIARTI000022898596&dateTexte=20131004&categorieLien=id#LEGIARTI000022898596). [En ligne] 15 10 2011. [Citation : 4 10 2013.] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=70C34AC8032C674F0D8135CB250B75D0.tpdjo03v_3?cidTexte=JORFTEXT000000807238&idArticle=LEGIARTI000022898596&dateTexte=20131004&categorieLien=id#LEGIARTI000022898596.
31. **N'Guyen Binh E.** Place du stérilet dans l'arsenal contraceptif chez les futurs médecins généralistes du Poitou-Charentes. Poitiers : s.n., 2005.
32. **Royer-Baranger L.** ETAT DES LIEUX DES APPRENTISSAGES DES PRATIQUES GYNECOLOGIQUES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN STAGE AMBULATOIRE. Cholet : s.n., 2011.
33. **Trichet-Stephan N.** Dispositifs intra-utérins : besoins en formation des médecins généralistes de Vendée. La Roche-Sur-Yon : s.n., 2012.
34. **Dias S.** Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Paris : s.n., 2012.
35. **Levasseur G, Bagot C, Honnorat C.** Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie? *Pédagogie médicale*. 2002, Vol. 3, 1, pp. 19-24.

36. **Kohn JE, Hacker JG, Rouselle MA, Gold M.** Knowledge and Likelihood to Recommend Intrauterine Devices for Adolescents Among. *J Adolesc Health*. 2012, Vol. 51, 4, pp. 319-24.

37. **Prescrire rédaction.** Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Deuxième partie. Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin. *Prescrire*. 2009, Vol. 29, 305, pp. 202-206.

38. Code de la santé publique. *legifrance.gouv.fr*. [En ligne] 28 02 2013. [Citation : 19 09 2013.]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000026799200&idSectionT A=LEGISCTA000006171378&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130228>.

39. **Marret H, et Al.** Le DIU en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2002, Vol. 31, 5, pp. 465-70.

40. **Ora M.** Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. Paris : s.n., 2007.

41. **Champeaux R.** Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Poitiers : s.n., 2013.

42. **Fitch MI, Beaudoin G, Johnson B.** Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: part II--health care provider perspectives. *Can Oncol Nurs J*. 2013, Vol. 23, 3, pp. 182-96.

43. **Ministère de la santé de la jeunesse et des sports et INPES.** *La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit*. 2007.

44. **HAS.** Fiches Mémo. Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme. [En ligne] Avril 2013. [Citation : 7 07 2013.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_fiches_memo_document_de_travail.pdf.

45. **Middleton AJ, Naish J, Singer N.** General practitioners'views on the use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in young, nulligravid women, in London, UK. august 2011, Vol. 16, 4, pp. 311-318.

46. **HAS.** État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013.

47. **Cavaro-Aschehough G.** Dispositifs intra-utérins : historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes. Nantes : s.n., 2007.
48. **Millet-Barbe E.** L'utilisation des dispositifs intra-utérins en médecine générale : étude d'une population de 130 patientes dans un cabinet de médecine générale de la Vienne. Poitiers : s.n., 2012.
49. **Chi IC, Galich LF, Tauber PF, Waszak CS, Siemens AJ, Lippes J.** Severe pain at interval IUD insertion : a case control analysis of patient risk factors. *Contraception*. 1986, Vol. 34, 5, pp. 483-495.
50. **Hubacher D, Reyes V, Lillo S, et al.** Pain from copper intrauterine device insertion : Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006, 195, pp. 1272-7.
51. **Bayer LL, Jensen JT, Li H, Nichols MD, Bednarek PH.** Adolescent experiences with intrauterine device insertion and use : a retrospective cohort study. *Contraception*. 2012, Vol. 86, 5, pp. 443-51.
52. **HAS.** Document de synthèse – Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
53. **Boudineau M, Multon O, Lopes P.** Contraception par dispositifs intra-utérins. *Encyclopédie médicale Elsevier Gynécologie*. 2001, 738-A-09, pp. 1-7.
54. **Gronier H, et Al.** Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2012, Vol. 40, 1, pp. 37-42.
55. **Organisation mondiale de la santé.** *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. Genève : OMS. 2e édition, 2005.
56. **Stubbs E, Schamp A.** The evidence is in. Why are IUDs still out? family physicians' perceptions of risk and indications. *Can Fam Physician*. 2008, Vol. 54, 4, pp. 560-6.
57. **Backman T, Rauramo I, Huhtala S, Kosken Vuo M.** Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, Vol. 190, 1, pp. 50-4.
58. **Thonneau P, Almont T, De La Rochebrochard E, Maria B.** Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. *Human Reproduction*. 21 (10), 2006, pp. 2612-6.

59. **Marions L, et Al.** Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women - a non interventional study in Sweden. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2011, Vol. 16, 2, pp. 126-134.
60. **World health organization.** Medical eligibility criteria for contraceptive use. [En ligne] 4th edition, 2009. [Citation : 4 10 2013.] http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
61. **Iavazzo C, Salakos N, Vitoratos N, Bakalianou K, Deligeoroglou E, Dalainas H, et al.** Intrauterine devices ant extrauterine pregnancy. A litterature review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2008, Vol. 35, 2, pp. 103-6.
62. **Southern medical journal.** The Intrauterine Device: Still Misunderstood After All These Years. *Medscape*. [En ligne] 2000. [Citation : 11 06 2013.] http://www.medscape.com/viewarticle/410619_1.
63. **Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D.** Insertion of the Multiload Cu375 Intrauterine device, experience in over 16000 New Zealand Women. *Contraception*. 2002, Vol. 66, 6, pp. 387-391.
64. **Mansour D.** The benefits and risks of using a levonorgestrel-releasing intrauterine system for contraception. *Contraception*. 2012, Vol. 85, 3, pp. 224-234.
65. **Saav I, Aronsson A, Marions L, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K.** Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women : a randomized controlled trial. *Human reproduction*. 2007, Vol. 22, 10, pp. 2647-52.
66. **Swenson C, Turok D, Ward K, Jacobson J, Dermish A.** Self-Administered Misoprostol or Placebo Before Intrauterine Device Insertion in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2012, Vol. 120, pp. 341-7.
67. **Edelman AB, Schaefer E, Olson A, Van Houten L, Bednarek P, Leclair C, Jensen JT.** Effects of prophylactic misoprostol administration prior to intrauterine device insertion in nulliparous women. *Contraception*. 2011, Vol. 84, 3, pp. 234-9.
68. **Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Bahamondes L.** Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Human reproduction updates*. 2013, Vol. 19, 4, pp. 419-427.
69. **Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF.** Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Fertility Regulation Group*. 20 01 2010.
70. **Gibert P.** Le stérilet chez les adolescentes. Caen : s.n., 2012.

71. **Lidegaard O, Nielsen LH et coll.** Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ* 2011; 343.
72. **Lecrubier A.** Haro sur les pilules : les gynécologues s'inquiètent des conséquences... *Medscape France*. [En ligne] 3 01 2013. [Citation : 7 07 2013.] <http://www.medscape.fr/genito-urinaires/articles/1492813/>.
73. **Cofard J.** Nouvelle baisse des ventes de contraceptifs de près de 3% sur 4 mois. *Medscape France*. [En ligne] 30 04 2013. [Citation : 7 07 2013.] <http://www.medscape.fr/genito-urinaires/articles/1534069/>.
74. **Lecubrier A.** Contraception longue durée, pourquoi ce désamour ? C. Moreau. *Medscape*. [En ligne] 14 09 2012. [Citation : 26 11 2012.] <http://www.medscape.fr/genito-urinaires/articles/1446817/>.
75. **INPES.** *CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux.* 2007.
76. **OMS, publication offset n°75.** "Les dispositifs intra-utérins et la planification familiale". [En ligne] 1983. [Citation : 30 09 2013.] http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_75_fre.pdf.
77. **Bharadwaj P, Akintomide H, Brima N, Copas A, D'Souza R.** Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012, Vol. 17, 4, pp. 298-306.
78. **BVA.** *Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique.* Mai 2008.
79. **Cogneau J.** *Etude EPILULE.* 2003. Journée communications SFMG 2004.
80. **Enquête TNS Healthcare/Organon .** Juin 2007.
81. **INPES.** *Repères pour votre pratique : Comment aider une femme à choisir sa contraception?* Septembre 2013.

Annexes

Annexe n°1 – Grille d'entretien

Introduction :

Cet entretien sera enregistré, si tu es d'accord.

Je te rappelle que l'entretien sera anonymisé, et que tu recevras le verbatim complet auquel tu devras donner ton accord avant exploitation.

Questions « prise de contact » :

Pour commencer cet entretien, j'aimerais que tu me parles de la part de gynécologie dans ta pratique quotidienne. (prévalence, prescription, actes...)

Quelle a été ta formation en gynécologie ?

Quelles sont tes habitudes en matière de pose de DIU ?

Comment ont-elles évolué au fil des années ?

As-tu beaucoup de demande concernant la gynécologie ?

Formulation de la consigne :

Mon sujet de thèse vise à explorer les freins que peuvent avoir les médecins généralistes à promouvoir, prescrire et poser des DIU à leurs patientes nullipares.

Si le médecin pose des DIU :

Quelle est ton expérience à ce sujet ?

En as-tu déjà posé à des patientes nullipares ?

Si le médecin ne pose pas de DIU :

Pour quelles raisons ne poses-tu pas de DIU ?

Que penses-tu de l'indication chez la nullipare ?

Thèmes avec questions de recadrage :

DIU : Comment perçois-tu le DIU dans l'arsenal contraceptif (contre-indications, efficacité, risques, tolérance...)

Expérience : Quelle expérience as-tu vis-à-vis du DIU ? De la contraception de la patiente nullipare ?

Information aux patientes : Quel est ton discours face à une patiente nullipare demandant un moyen de contraception ?

Ecueils pratiques : Rencontres-tu des obstacles pratiques à la pose de DIU ? (temps, rémunération, matériel, assurance...)

Avenir : Prévois-tu de modifier ta pratique concernant le DIU ?

Conclusion :

As-tu dit tout ce qui te semblait important sur ce sujet ?

Qu'as-tu pensé de cet entretien ?

Récupération des données : durée d'exercice, adresse mail, coordonnées d'un confrère pouvant participer aux entretiens.

Annexe n°2 – Efficacité des méthodes contraceptives par l’OMS

Méthode contraceptive	% de grossesses* en emploi habituel	% de grossesses* en utilisation parfaite
Aucune	85	85
Spermicides	29	18
Retrait	27	4
Abstinence périodique	25	1 à 9% selon la technique de surveillance du cycle utilisée
Capot cervical	16 chez nullipares 32 chez uni/multipares	9 chez nullipares 26 chez uni/multipares
Eponge vaginale	16 chez nullipares 32 chez uni/multipares	9 chez nullipares 20 chez uni/multipares
Diaphragme	16	6
Préservatif	21 si féminin 15 si masculin	5 si féminin 2 si masculin
Pilule combinée et micropilule progestative	8	0,3
Patch OP	8	0,3
Anneau OP	8	0,3
AMPR	3	0,3
Contraceptifs injectables combinés	3	0,05
DIU	0,8 si DIU cuivre 0,1 si DIU hormonal	0,6 si DIU cuivre 0,1 si DIU hormonal
Implants sous-cutanés	0,05	0,05
Stérilisation	0,5 si féminine 0,15 si masculine	0,5 si féminine 0,10 si masculine

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives (OMS, 2009)

*Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant les 12 premiers mois d'utilisation

Annexe n°3 – Le modèle BER CER par l’OMS

Le modèle « BER CER » élaboré par l’OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Bienvenue

En pratique, en dehors de l’accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d’équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l’assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien

La phase d’entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d’information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d’un diagnostic éducatif.

Renseignement

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d’une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s’assure de la compréhension de l’information qu’il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu’elle préfère (leurs bénéfiques, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l’informe des options et alternatives qu’il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l’information orale.

Choix

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode contraceptive et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations.

Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale.

L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

Annexe n°4 – Prévention des infections liées à la pose de DIU

« Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical.

Recommandations professionnelles » Argumentaire de la HAS, Juin 2007.

- lavage hygiénique ou traitement des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique ;
- utiliser un spéculum à usage unique ou stérilisé à l'autoclave à vapeur d'eau ;
- mettre des gants à usage unique non stériles ;
- réaliser un nettoyage de la région génitale avec un savon antiseptique, rincer, sécher ;
- réaliser un lavage simple des mains ou une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique ;
- mettre des gants stériles car un spéculum stérile à usage unique ou stérilisé en autoclave va être utilisé ;
- moucher le col et réaliser une antiseptie avec de la solution iodée gynécologique.
- poser une pince tire-col stérile ;
- mesurer la longueur de la cavité utérine avec un hystéromètre stérile à usage unique ;
- poser le stérilet en respectant les consignes du fabricant ;
- couper le fil à la longueur désirée avec une paire de ciseaux stériles ;
- enlever la pince tire-col.

Annexe n°5 – Caractéristiques des DIU au cuivre selon la HAS

Commercialisé en France depuis les années 70, ce dispositif se compose d'un support en plastique radio opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre.

La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm² en fonction des dispositifs. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait.

Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine.

Sa durée d'utilisation varie entre 4 et 10 ans selon les modèles.

Dispositifs intra-utérins remboursables et disponibles en France au 31 janvier 2013

(liste non-exhaustive)

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial ^{1,2}
375 mm ²	standard	GYNELLE 375
	standard / SL short	MONA LISA Cu 375
	standard / short	MULTI LOAD Cu 375
	standard	ANCORA 375 Cu
380 mm ²	standard	MONA LISA CuT 380A QL
	standard	MONA LISA NT Cu380A
	standard / short	NT 380
	standard / short	TT 380
	standard / short	UT 380
	mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
	standard	COPPER T380A
	standard	SUGANT 380A Cu

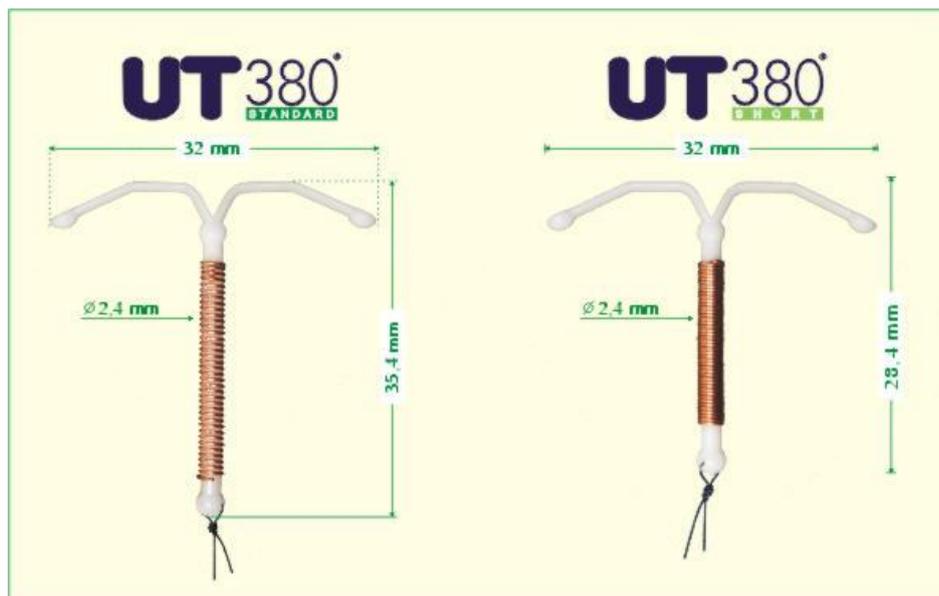
Source : HAS « Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles »

Le DIU au cuivre est indiqué pour la contraception intra-utérine classique quelle que soit la parité et certains modèles sont indiqués pour la contraception d'urgence sous réserve que la pose n'intervienne pas plus de 5 jours après l'ovulation.

La prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) n'est plus contre-indiquée chez les patientes porteuses d'un DIU au cuivre. Au contraire, ce traitement est efficace pour lutter contre les dysménorrhées qui peuvent être induites ou majorées par le DIU.

Ses effets secondaires sont principalement les ménorragies et les dysménorrhées.

Son coût est autour de 30€, il est remboursé à 65%.



Exemple de DIU au cuivre :

UT 380[®] taille standard à gauche et modèle « short » à droite.

Annexe n°6 – Contre-indications à la pose du DIU au cuivre selon l’OMS

Elles sont les suivantes :

- toute grossesse suspectée ou avérée ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- cervicite purulente en cours ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l’endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu’il est impossible d’y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l’un des composants du dispositif.

Il n’est pas recommandé de poser un DIU :

- dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;
- lorsque la femme a un risque accru d’infections sexuellement transmissibles.

Annexe n°7 – Caractéristiques du DIU au LNG

Un seul modèle est actuellement commercialisé en France, il s'agit du Mirena®.

Mis sur le marché en 1995, c'est un dispositif intra-utérin qui libère directement dans l'utérus un progestatif, le lévonorgestrel. Le taux de libération du lévonorgestrel est initialement d'environ de 20 microgrammes / 24 heures et il s'abaisse à environ 10 microgrammes/24 heures au bout de 5 ans.

Ses indications sont la contraception intra-utérine et le traitement des ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables).

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) du Mirena® précise que ce dispositif intra-utérin n'est pas une méthode contraceptive de première intention chez les jeunes femmes nullipares.

Ses effets secondaires sont principalement l'acné, les kystes ovariens fonctionnels, les mastodynies, la prise de poids, la dysménorrhée, les spotting, l'oligoménorrhée et l'aménorrhée.

Il est pour le moment rarement proposé aux nullipares car son inserteur assez large rendrait la pose plus douloureuse et plus difficile que celle d'un DIU au cuivre. Cependant le laboratoire qui le produit prévoit la sortie dans les années à venir d'un nouveau modèle de Mirena®, aux dimensions plus restreintes.

Son coût est de 125,15€, remboursé à 65%.



DIU au LNG : le Mirena®

Annexe n°8 – Contre-indications à la pose du DIU au LNG selon la HAS

Elles sont les suivantes :

- grossesse suspectée ou avérée ;
- infection pelvienne, en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endométrite, salpingite);
- infection génitale basse (cervicite, vaginite) ;
- endométrite du post partum ;
- dysplasie cervicale ;
- antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ;
- état médical associé à une sensibilité accrue aux infections ;
- hémorragie génitale anormale sans diagnostic ;
- anomalies congénitales ou acquises de l'utérus y compris les fibromes s'ils déforment la cavité utérine ;
- affection maligne du col ou du corps utérin ;
- tumeur hormono-dépendante ;
- affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ;
- hypersensibilité à l'un des composants du dispositif ;
- thrombophlébite évolutive ou embolie pulmonaire évolutive.

Le retrait du Mirena® devra être envisagé :

- en cas de survenue ou aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire ;
- en cas de survenue ou de récurrence : de céphalée exceptionnellement sévère, d'ictère, d'augmentation importante de la pression artérielle, de suspicion ou de diagnostic d'une tumeur hormono-dépendante, y compris cancer du sein, de pathologie artérielle sévère telle qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde, d'une infection génitale haute.

Serment



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

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

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

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

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



Résumé

En pratique courante, le dispositif intra-utérin est plus efficace que la contraception œstro-progestative, qui est pourtant la méthode de contraception la plus prescrite en France. Depuis 2004, l'emploi du DIU est autorisé chez les patientes nullipares. Pourtant cette population ne bénéficie encore qu'exceptionnellement de ce mode de contraception.

Objectif : il est d'identifier et analyser les freins des médecins généralistes à la prescription et à la pose de dispositifs intra-utérins aux patientes nullipares.

Méthode : dix-sept entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes exerçant en Charente.

Résultats : les médecins généralistes interrogés font peu de gynécologie. Seuls deux d'entre eux posent des DIU, y compris aux nullipares. Ils sont près de la moitié à ne jamais présenter ce moyen de contraception à leurs patientes, s'orientant vers une contraception œstro-progestative en première intention. Quatre médecins ne connaissent pas la recommandation de la HAS en 2004 qui autorise la prescription d'un DIU aux nullipares.

Le principal obstacle à la pose du DIU est le manque de formation initiale en gynécologie et l'appréhension qui en découle. Les médecins interrogés estiment difficile d'inclure ce geste dans leur pratique quotidienne à cause de leur manque d'expérience, de motivation, de temps et de matériel adapté. Ils préfèrent bien souvent adresser leurs patientes au gynécologue. Concernant les patientes nullipares, ils expriment des craintes vis-à-vis du risque infectieux, des complications lors de la pose et de l'âge trop jeune des patientes.

Conclusion : il persiste chez les médecins généralistes des représentations négatives du DIU, qui pourrait être plus largement prescrit et posé après un complément de formation visant à améliorer leurs connaissances des risques, des indications et de la technique de pose de ce moyen de contraception.

Mots clés :

Médecins généralistes – Contraception – Dispositif intra-utérin – Nulliparité – Freins

Titre en Anglais : *«Intrauterine devices' prescription and fitting among nulliparous women : a study of general practitioners' reluctances.»*