

Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires

Marine Gaillard, Aude Richard

▶ **To cite this version:**

Marine Gaillard, Aude Richard. Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00924414

HAL Id: dumas-00924414

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00924414

Submitted on 9 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2013 N°

PLACE DU DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN DANS L'ARSENAL CONTRACEPTIF DE LA JEUNE FEMME NULLIPARE EN SOINS PRIMAIRES

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

DIPLOME D'ETAT

GAILLARD Marine née le 19 septembre 1985 à Grenoble

RICHARD Aude née le 15 juin 1985 à Échirolles

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble :

Le 20 décembre 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du Jury :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres :

Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Monsieur le Professeur Benoit POLACK

Monsieur le Professeur Associé Patrick IMBERT

Madame le Docteur Delphine MORTAS, Directrice de Thèse

Université Joseph Fourier – Grenoble

UFR de Médecine

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale

BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale

FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie

LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie – virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie – virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile

PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire

LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN,

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Benoit POLACK,

Merci de l'intérêt porté à notre travail et de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre reconnaissance.

À Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury,

Recevez notre plus grande considération.

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Vous nous avez fait l'honneur d'évaluer ce travail,

Soyez assuré de notre plus grande reconnaissance.

À Madame le Docteur Delphine MORTAS,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail,

Merci de nous avoir fait confiance et de nous avoir laissé une grande liberté au cours de cette étude,

Merci pour ton soutien, ta disponibilité et tes conseils avisés.

Aux médecins volontaires,

Merci pour votre disponibilité et le temps précieux que vous nous avez accordés.

Merci de l'intérêt que vous avez montré pour le sujet.

REMERCIEMENTS DE MARINE

A Aude,

Merci d'avoir accepté de partager ce travail avec moi, merci pour ton soutien faisant de cette expérience un moment agréable. A notre amitié qui m'est chère. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie personnelle et professionnelle.

A Julien,

Merci pour ton amour et ton soutien constant avec lesquels je me suis construite dans ma vie d'adulte et de médecin. Tu as été avec moi à toutes les étapes de mes études. Merci pour tes miracles informatique et ta patience. Une nouvelle aventure commence bientôt pour nous deux, j'ai hâte que notre petite puce soit parmi nous, tu feras un merveilleux papa.

A mes parents,

Merci pour votre patience et votre amour. Merci de m'avoir encouragée dans les moments de doutes. Vous m'avez toujours fait confiance, toujours soutenue. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout cela.

A mon frère Geoffrey et mes sœurs Léa et Sandrine,

Merci d'avoir cru en moi, et merci pour vos encouragements tout au long de ces années. Bonne chance ma grosse pour ton bac et toi mon gros aménage bien ta grande maison, en janvier on arrive à trois.

A toute ma famille,

Merci pour vos encouragements tout au long de ces années.

A Nafphaline et Mozart,

Merci pour toute la tendresse que vous m'avez apporté pendant ces longues heures de travail.

Une pensée **aux membres de ma famille** qui n'ont pas pu venir et ceux qui nous ont quittés.

A Fanny, Aurélie, Natacha, Lucile, Dorothée,

Merci d'avoir ensoleillé ces années studieuses.

A Anne, Bénédicte, Marjolaine, Fabien, Alain, Dominique,

Merci d'avoir pris autant de temps et dépensé autant d'énergie pour me transmettre vos connaissances et vos valeurs que j'aurai à cœur d'enseigner à mon tour.

A toutes les personnes qui ont participé à la mise en page et la relecture de notre travail.

Merci **à tous** : médecins, internes, externes, pharmaciens, infirmiers, aides soignants, secrétaires, patients... Grâce à chacun d'entre vous, j'ai appris et apprends tous les jours ce que soigner veut dire.

Et merci à tous ceux que j'ai pu oublier…

REMERCIEMENTS DE AUDE

A Marine,

Merci de m'avoir choisi pour partager ce travail. Ta rigueur et ta constance au long de ces derniers mois ont été primordiales dans la réussite de ce projet. C'est une belle expérience que l'on a partagée ensemble.

Je te souhaite le plus bel épanouissement dans ce magnifique métier que nous débutons, mais aussi dans cette vie de famille qui va bientôt commencer.

Merci à ton Julien pour son soutien technique !

Merci à ta maman pour sa relecture attentive.

A tous mes maitres de stages,

Pour tout ce que vous m'avez appris qui n'est pas dans les livres.

A Irène, à Tiphaine, à mes co-internes,

Pour ce que nous partageons…

A Claudia, à tous mes amis,

Pour m'avoir toujours soutenu, y compris pendant toutes les phases de ces longues études.

A Danièle et Christian, mes beaux-parents,

Pour leur motivation et rigueur dans la correction de ce travail.

A mes parents, mon frère et toute ma famille. A mon grand-père,

Parce qu'il m'a toujours soutenu dans mes études, il aurait été fier d'être là pour voir cet aboutissement.

A Paulo,

Pour le soutien sans faille dont tu as toujours fait preuve, tes encouragements et ton accompagnement quotidien dans ces études pourtant si envahissantes pour notre vie commune.

Merci de ton amour et de ta patience.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **9**

REMERCIEMENTS DE MARINE **10**

REMERCIEMENTS DE AUDE **11**

ABRÉVIATIONS **15**

INTRODUCTION **16**

MATÉRIELS ET MÉTHODE **18**

RÉSULTATS **20**

I. Première consultation pour contraception chez la jeune femme **20**

1 - Organisation de la consultation 20

2 - Proposition thérapeutique 21

3 - Le vécu des médecins sur cette consultation 23

4 - La contraception d'urgence en médecine générale 23

II. Le dispositif intra-utérin en médecine générale **25**

1 - Avantages 25

2 - Inconvénients 25

3 - Contre-indications 26

4 - Effets indésirables 26

5 - Conditions de pose 27

6 - Mécanisme d'action du DIU 28

7 - Formation à la pose du DIU 28

8 - Particularité chez la nullipare 28

9 - Particularité chez la mineure 30

III. Freins à la diffusion DIU chez la nullipare **31**

1 - Freins liés aux professionnels de santé 31

2 - Freins liés aux patientes nullipares 33

3 - Freins liés à la société 34

4 - Freins liés aux laboratoires pharmaceutiques 34

IV. Les changements à apporter pour diffuser ce moyen de contraception **35**

1 - Chez les professionnels de santé 35

2 - Chez les jeunes femmes 37
3 - Dans la société 38
4 - Chez les laboratoires pharmaceutiques 39
DISCUSSION 40
I. Biais et limites de l'étude 40
II. Principaux résultats de l'étude 41
1 - L'information des jeunes femmes nullipares 41
2 - Les réticences des professionnels de santé 41
3 - La formation des médecins généralistes 43
4 - La place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de la femme 44
5 - La contraception dans la société 44
6 - Les laboratoires pharmaceutiques 45
III. Ouverture 45
CONCLUSION DE LA THESE 47
BIBLIOGRAPHIE 48
ANNEXES 50
I. Guide d'entretien 50
II. Questionnaire d'informations 54
III. Entretiens des médecins généralistes 55
Entretien n°1 55
Entretien n°2 62
Entretien n°3 67
Entretien n°4 71
Entretien n°5 77
Entretien n°6 84
Entretien n°7 88
Entretien n°8 96
Entretien n°9 103
Entretien n°10 111
Entretien n°11 117
Entretien n°12 124

Entretien n°13 130
Entretien n°14 136
Entretien n°15 143
Entretien n°16 148
Entretien n°17 153
Entretien n°18 159
Entretien n°19 164
Entretien n°20 176
IV. Codage et verbatims 181
V. Efficacité contraceptive des différentes méthodes 215
VI. Démographie médicale 216
VII. Méthodes contraceptives en France en 2010 222
VIII. Prévalence contraceptive selon les pays 223
IX. Motifs de consultation en médecine générale 224
X. Déclaration CNIL 225
SERMENT D'HIPPOCRATE 226
RÉSUMÉ 227
ABSTRACT 228

ABRÉVIATIONS

DIU	Dispositif Intra-Utérin
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GIU	Grossesse Intra-Utérine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
HAS	Haute Autorité de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue

INTRODUCTION

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) est le moyen de contraception le plus utilisé dans le monde avec près de 150 millions d'utilisatrices (1). En Chine, pays qui pratique un contrôle ferme des naissances, en 2008, le DIU est utilisé à hauteur de 48.8 % (1). Les États-Unis, pays développé où 50% des trois millions de grossesses annuelles sont non désirées, comptent 1.2 million d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) par an. Ils font partie des pays où le DIU est très peu utilisé (à hauteur de 5.5 %) (2). En Europe, la situation est plus contrastée : 23% en Norvège, 26 % en Finlande, seulement 5 % en Allemagne (3).

Depuis la loi Neuwirth de 1967, la France est devenue un des pays où le taux de contraception est le plus élevé du monde. Moins de 5 % des femmes concernées par la contraception n'utilisent aucune méthode contraceptive. Le DIU représente la deuxième méthode contraceptive (26 %), loin derrière la pilule (55.5 %) tous âges confondus (4). Les experts en sciences sociales évoquent la notion de « norme contraceptive » pour caractériser les pratiques françaises. Elle 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 35 ans (4). Malgré une prévalence contraceptive élevée, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception en France : en effet, une grossesse sur trois est déclarée « non prévue », la moitié aboutit à une IVG. Deux tiers des IVG (200 000 par an) surviennent sous contraception (4). Trente-huit pour cent de ces IVG sont pratiquées dans la tranche d'âge 18-24 ans et 42 % chez la nullipare (4). Cela s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante [Annexe VI].

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) écrit que « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » et « qu'utiliser une méthode adaptée à ses besoins et son mode de vie, c'est faire le choix d'une contraception plus efficace » (5). Il est donc nécessaire de diversifier les méthodes contraceptives proposées aux nullipares. Les DIU représentent une alternative efficace qui peut leur être proposée.
De par leur fiabilité et leur longue durée d'action, leur faible coût, les DIU représentent une méthode contraceptive avantageuse pour la nullipare, et ce indépendamment de l'observance.

Le DIU est trop souvent assimilé à une contraception d'arrêt et non comme celle d'espacement des naissances. Il souffre encore de sa mauvaise réputation passée, que ce soit aux yeux du grand public ou du monde médical. Cette méthode a longtemps été contre-indiquée, car on supposait les risques d'infections pelviennes trop importants avec une peur de l'infertilité ultérieure ; or plusieurs études ont démontré un faible risque de complication (6).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004 indiquent que : « les DIU ne sont pas uniquement destinés aux femmes multipares » et que « la parité n'est pas un critère

décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives » (7). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rejoint ainsi la position de l'HAS, puisqu'en 2005 elle estime que la nulliparité même avant 20 ans n'est pas une contre-indication aux DIU (8). L'American College of Obstetrians and Gynecologists (ACOG) estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour les nullipares ou les multipares (9). Enfin, l'American Academy of Pediatrics émet un avis plus réservé : le DIU peut être posé chez les adolescentes ayant accouché au moins une fois (10).

En France son utilisation chez la jeune femme nullipare reste marginale, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON de 2001 : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour (4). Compte tenu des difficultés d'accès aux consultations de gynécologie médicale en France, les médecins généralistes vont être amenés à consulter de plus en plus de femmes pour leur contraception et donc de proposer une méthode adaptée à chaque femme. Promouvoir les DIU relève donc du rôle et de la compétence des médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les freins à la diffusion des DIU chez la jeune femme nullipare en soins primaires.
L'objectif secondaire était d'explorer les représentations des médecins généralistes sur ce sujet.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée pour répondre à nos objectifs de recherche. Elle a été réalisée de manière monocentrique sur l'Isère.

Les médecins spécialistes en médecine générale, installés ou salariés en Isère, ont été inclus entre janvier et avril 2013.

Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été défini. Il a été réalisé grâce aux pages jaunes et au réseau de connaissances. Les médecins ont été retenus sur la base du volontariat. Ils ont été contactés par téléphone afin de prendre un rendez-vous pour réaliser une interview en face-à-face dans leur cabinet d'exercice.

Nous avons souhaité inclure des médecins salariés des Centres de Santé et du Planning Familial, dans l'hypothèse que ces médecins aux conditions d'exercice spécifiques (temps de consultation, formation, type de patientèle, etc.) étaient susceptibles d'être mieux sensibilisés à la problématique du DIU chez la nullipare, et à ce titre de la faire apparaître sous un éclairage particulier.

Nos critères d'exclusion étaient les suivants : médecins faisant uniquement des renouvellements de pilule, médecins connus personnellement, le refus du médecin.

Les deux investigatrices étaient des internes de médecine générale. Aucune des deux n'avait de conflit d'intérêts ni n'était particulièrement formée à la gestion du DIU chez la nullipare ni exposée à cette problématique.

L'ensemble des entretiens a été réalisé de manière semi-dirigée par un canevas de janvier à avril 2013 par les deux investigatrices au cabinet des médecins interviewés. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique Audacity®. Les interviews ont été stoppées une fois la saturation des données atteinte.

Le guide d'entretien [annexe I] était de type semi-structuré. Il débutait par le cadre de la discussion à savoir la contraception en général. Il a été réalisé à partir d'une revue de la littérature et a été enrichi tout au long des entretiens. Deux études pilotes nous ont conduits à modifier la formulation des questions. À la fin de l'entretien [annexe II], un questionnaire d'informations générales était rempli par les médecins concernant leurs données sociodémographiques (sexe, âge…).

Les interviews ont été retranscrites mot à mot par chacune des deux investigatrices puis mises en commun pour obtenir un *verbatim* commun validé. Chaque *verbatim* a été analysé manuellement par les deux enquêtrices de manière indépendante l'une de l'autre pour générer des codes ouverts. Ensuite, les analyses ont été mises en commun afin de trianguler les données sur les codes puis une analyse thématique a été conduite. Les études pilotes ont été incluses dans l'analyse des données. La saturation des données a été obtenue et confirmée par l'absence de nouveaux codes après deux entretiens semi-directifs.

Les médecins volontaires ont reçu une information orale concernant la finalité de l'étude, l'identité des investigatrices et le caractère non obligatoire de la participation ainsi que des réponses. Nous avons recueilli le consentement oral de chaque médecin interrogé pour leur participation à l'étude.

Les données ont été exploitées avec l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Numéro de déclaration : 0754212) [annexe X].

RÉSULTATS

Vingt-deux médecins ont été contactés pour participer à l'étude. Deux personnes ont refusé de répondre à l'interview évoquant un manque de temps. Au total, vingt entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont représentées dans le tableau ci-dessous :

Sexe	Homme	Femme	
	6	14	
Age	Moins de 35 ans	Entre 36 et 50 ans	Plus de 50 ans
	3	6	11
Mode d'exercice	Groupe	Seul	
	17	3	
	Libéral	Salarié	
	16	4	
Implantation géographique du cabinet	Ville	Rural / Semi-Rural	
	12	8	
Encadrement universitaire	Maîtres de stage		
	4		
Activité de contraception	Instauration et renouvellement		
	20		
Activité Spécifique gynécologie	Planning familiale / Centre de santé Universitaire / Orthogénie / …		
	5		
Activité de pose de DIU	Jamais	Dans le passé	Actuellement
	5	5	10

I. Première consultation pour contraception chez la jeune femme

1 - Organisation de la consultation

L'interrogatoire comportait pour la plupart des médecins le recueil des *« antécédents, les contre-indications, les pathologies familiales »*, la recherche de facteurs de risque cardio-vasculaires (« *tabac, pas tabac déjà* »).

Certains recherchaient spécifiquement l'existence de migraine ou de syndrome prémenstruel.

Ce temps de discussion permettait aussi d'explorer les connaissances de la patiente en matière de contraception et de cibler son mode de vie *« s'il y a des enfants, ou si y a pas d'enfant », « leur vie sexuelle, leur vie de couple »*, et *« ses attentes ».*

Ils cherchaient aussi à déterminer si la jeune femme avait *« une idée précise de ce qu'elle veut comme contraception »* et ils mesuraient l' *« urgence à la mettre* ».

Ils évaluaient s'il s'agissait *d' « une vraie demande de contraception »* ou d'une demande pour un tout autre problème comme *« l'acné, parce que c'est souvent […] le motif caché » ou « pour réguler ses règles »* par exemple.

Le temps alloué à cette partie de la consultation dépendait du suivi que pouvait avoir la patiente avec son médecin *: « si je la suis, c'est plus simple, car ça fait longtemps que j'ai abordé la question, préparé, anticipé ».*

Il pouvait y avoir *« un examen clinique sommaire quand c'est la première fois : le poids, la tension pour avoir une référence »*, mais non systématique.

Pour la majorité des médecins interrogés, l'examen gynécologique était différé dans *« deux, trois ans : quand elles se sentiront plus à l'aise ».*

Cette consultation était l'occasion de délivrer diverses informations sur la contraception et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) *« faire des sérologies pour les IST, elle et son partenaire ».*

Des explications sur le suivi gynécologique (clinique et biologique) pouvaient aussi être données pendant cette consultation : *« je dis qu'il faudra faire un frottis dans les deux ans qui viennent ».*

Ainsi qu'un temps d'éducation thérapeutique : *« on a besoin de lui expliquer le mécanisme de la pilule », et « on leur explique que faire en cas d'oubli de pilule ».*

2 - Proposition thérapeutique

Tous les moyens de contraception étaient cités par les médecins interrogés :

- La pilule œstroprogestative avec une orientation nette vers les pilules de deuxième génération. Continue ou discontinue.
- *« La pilule micro progestative ».*
- *« L'implant ».*
- Les DIU *: « récemment j'ai posé deux stérilets UT 380® short à des jeunes patientes de 16 et 17 ans, en première contraception ».*
- *« Le patch ».*
- L'anneau vaginal.
- Le préservatif *« en tant que moyen de protection contre les IST ».*
- *« La vasectomie pour l'homme ».*
- *« Couvent des Carmelles dans la Drôme du sud ».*

Certains médecins présentaient les moyens hormonaux en opposition aux méthodes mécaniques. D'autres opposaient les durées d'actions des différentes méthodes.

Le choix était dépendant du médecin et/ou de la patiente.

- En fonction de la patiente

Elle pouvait venir avec une demande de contraception sans *« idée très précise »* ou bien avec une demande plus spécifique : *« moi je veux la pilule parce que ma copine l'a »* voilà, *« je veux le stérilet parce que j'ai vu que c'était ce qu'il y a de mieux »* ou *« je veux l'implant parce que c'est génial on n'y pense pas ».*

Plusieurs médecins rapportaient qu'il s'agissait le plus souvent d'une demande de pilule : *« je viens pour la pilule docteur ».*

- En fonction du médecin

Certains médecins nous rapportaient proposer *« tous les modes de contraception »* à toutes les femmes.

Certains orientaient le panel en fonction de la patiente qu'ils avaient en face d'eux :

- *« Ça dépend des antécédents personnels et familiaux médicaux, la recherche d'éventuelles contre-indications ».*
- *« Ce qu'elle a eu comme contraception ».*
- Et *« sur ce qu'elles ont envie d'avoir parce qu'en fait ça sert à rien d'imposer un truc si elles adhèrent pas ».*
- *« Si elle fume ou pas ».*
- Son âge : *« entre 18 et 25 ans y a quand même une évolution ».*
- L'observance.
- *« Si elle a un projet d'enfant bientôt ».*
- *« On a aussi beaucoup d'étrangères donc le profil religieux, le profil méditerranéen », « ça dépend de la personnalité aussi ».*

La plupart allaient d'emblée vers une contraception œstroprogestative orale.

- En première intention en l'absence de facteur de risque *: « pour les jeunes femmes si y a pas de contre-indication ou des antécédents particuliers je commence toujours par parler de la pilule ».*
- Par manque de temps pour présenter le reste des moyens de contraception *« parce qu'en médecine générale, on a un temps limité, donc […] en première intention c'est surtout en comprimé ».*

Leur choix pouvait aussi être influencé par l'actualité : *« une deuxième génération, du fait des récents événements ».*

3 - Le vécu des médecins sur cette consultation

Cette première consultation pour contraception avait des caractéristiques propres telles que :

- *« C'est assez long comme consultation ».*
- Certains médecins avaient le sentiment d'avoir *« un panel assez large »* à leur disposition.
- D'autres se sentaient plus restreints : *« y a quand même pas un choix phénoménal ».*
- Il s'agissait d'un temps d'éducation, d'information et de correction des idées fausses, *« parce qu'elles ont eu des informations pas top : on est là pour les corriger ».*
- Un des médecins soulignait le fait qu'il s'agissait *« rarement une demande de contraception, mais une demande de pilule ».*
- Certains médecins exprimaient d'ailleurs la difficulté d'orienter la patiente vers d'autres moyens de contraception, quand celle-ci arrivait avec des idées fixes : *« c'est rare que j'arrive à les faire repartir avec autre chose […] c'est plus lors d'une consultation de suivi qu'on va pouvoir parler d'une autre contraception ».*
- Il s'agissait d'une consultation centrée sur la patiente, avec des réponses différentes, répondant à un phénomène d'adaptation du médecin à sa patiente. *« elle peut repartir avec, comme sans contraception, avec des conseils, une pilule, un stérilet, un je ne sais quoi. J'ai pas de réponse précise, ça dépend trop de la personne ».*
- Cette consultation s'intégrait dans la fonction du médecin de famille : *« je les connais depuis toujours et on en a déjà parlé. Dès qu'il y a des signes de puberté, moi j'aborde toutes les questions ».*

4 - La contraception d'urgence en médecine générale

Les objectifs étaient de déterminer quels moyens étaient proposés par les médecins généralistes en matière de contraception d'urgence d'une part, et d'autre part, quels étaient leurs connaissances et sentiments concernant le DIU en tant de contraception d'urgence.

Moyens employés

- La pilule du lendemain :

Les deux pilules du lendemain existantes sur le marché ont été décrites dans les entretiens, et cela en opposition l'une de l'autre :

« Norlevo® est pas cher » et efficace *« y a 90% le premier jour »,* cependant un médecin n'adhérait pas, car il avait eu *« deux échecs ».*

« Ellaone®, ça dure un peu plus longtemps », « mais bon elle coûte quand même 35 euros ».

- Le DIU

Certains rapportaient des avantages à l'utilisation du DIU en tant que contraception d'urgence notamment *« parce que le délai est un peu plus long ».*

Pourtant aucun des médecins généralistes interrogés n'avait intégré le DIU comme moyen de contraception d'urgence. Les raisons invoquées étaient les suivantes :

- *« Je trouve pas que ce soit le plus pratique » et « mettre un stérilet c'est déjà dur psychologiquement, mais en urgence c'est encore plus dur ».*
- L'inquiétude plus importante des patientes : *« elles sont moins décontractées donc il peut y avoir légèrement plus de problèmes ».*
- *« C'est compliqué en matière de timing »* parce que *« les délais sont tellement longs pour voir un gynéco que sur le terrain on peut pas trop l'appliquer ».*
- Délai similaire à la pilule du lendemain : *« Ellaone® c'est cinq jours, c'est comme le DIU donc j'utilise ça ».*
- Conditions matérielles : *« en urgence sans faire de chlamydia avant c'est difficile ».*
- La non-intégration dans l'arsenal de contraception d'urgence : *« c'est anglo-saxon, c'est les British qui font ça. Nous, on le fait pas ».*

Le médecin généraliste et la contraception d'urgence

Pour la plupart des médecins interrogés, *« la contraception d'urgence c'est Norlevo®, la pilule du lendemain ».*

L'information aux patientes sur la contraception d'urgence pouvait être donnée lors d'une consultation pour contraception, notamment, cela pouvait se solder par la prescription conditionnelle de pilule du lendemain : *« je leur mets sur l'ordonnance de pilule comme ça elles le savent ».*

Les médecins interrogés rapportaient qu'ils étaient peu sollicités en matière de contraception d'urgence *: « en général, elles vont directement à la pharmacie ».*

Et cela relevait rarement d'une consultation, car *« souvent ça se passe par téléphone ».*

Le médecin avait un rôle annexe dans la prise en charge, *« je les vois pour des β-HCG après […] pour être sûr que c'est bon ».*

Tous connaissaient l'utilisation possible du DIU en tant que contraception d'urgence.

- Certains n'avaient *« pas d'avis là-dessus ».*
- D'autres n'y étaient pas favorables : *« je trouve ça agressif et encore plus, si c'est une jeune femme ».*
- Peu avaient déjà été amenés à l'utiliser : *« je l'avais pas forcément intégré à mon arsenal thérapeutique ».*
- Par contre, beaucoup ne connaissaient pas le délai d'utilisation du DIU après une prise de risque.

II. Le dispositif intra-utérin en médecine générale

1 - Avantages

Le DIU était considéré comme *« un moyen de contraception très très sûr »*, fiable et efficace. Un des médecins précisait même qu'il était le meilleur moyen de contraception qui existait.

Son faible coût par rapport à d'autres moyens de contraception était avancé.

De plus, ils mettaient en avant le fait qu'il s'agissait d'une méthode naturelle *« no hormones »* et qu'il y avait peu d'effets indésirables par opposition aux contraceptifs oraux. Ils soulignaient même que c'était une vertu que certaines patientes recherchaient : *« c'est très tendance actuellement ».*

Cette demande paraissait être en hausse depuis le scandale des pilules de troisième et quatrième génération.

Le DIU était une contraception sans contrainte, qui permettait de s'affranchir du risque d'oubli. Ainsi il était à privilégier chez les femmes ayant des problèmes d'observance ou de compliance.

La patiente n'avait pas besoin de *« se soucier de sa contraception ».*

2 - Inconvénients

Avec le DIU au Levonorgestrel, les praticiens redoutaient l'apparition d'acné et la prise de poids. L'aménorrhée induite était exposée comme un avantage, mais certains n'hésitaient pas à faire remarquer qu'il pouvait s'agir *« d'un inconvénient pour la dame ».*

« Les spottings, les dysménorrhées » étaient les principaux inconvénients du DIU au cuivre.

Pour les deux types de DIU, les fils pouvaient s'avérer gênants pour le partenaire.

Certains estimaient que la pose constituait un inconvénient à part entière :

- Il fallait jongler entre les disponibilités et les contraintes de pose pendant les règles.
- Le manque de disponibilité des gynécologues était fréquemment cité, un des médecins estimait que : *« mettre un stérilet aujourd'hui à Grenoble c'est encore un parcours du combattant ».*

Un médecin évoquait un indice de Pearl élevé pour le DIU au cuivre et disait craindre le risque de grossesse intra-utérine (GIU).

Ils redoutaient les infections pelviennes du fait de la présence d'un corps étranger.

3 - Contre-indications

Elles étaient considérées comme rares par un médecin.

Voici le détail de ce qui était ressorti de cette question :

- Le post-partum immédiat.
- Les troubles de la coagulation.
- Les kystes ovariens.
- L'antécédent de grossesse extra-utérine (GEU).
- La grossesse évolutive.
- Les pathologies du col et les malformations utérines.
- Les règles physiologiques abondantes.
- Le profil psychologique de la patiente (les femmes immatures sur le plan psychologique, la jeune fille négligente du point de vue médical).
- Les problèmes infectieux en cours de traitement. Pour certains des antécédents d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) étaient également une contre-indication.
- Les pratiques sexuelles à risques : *« je mets pas de stérilet sur une minette qui change de loustic tous les trois mois, qui a de l'herpès ou des pertes ».*
- L'âge : *« je pense pas que j'irai poser des stérilets à des gamines de moins de 15 ans, sûrement pas ».*
- La nulliparité : *« le stérilet c'est une contre-indication formelle avant la première grossesse à mon avis ».*

4 - Effets indésirables

- Plusieurs médecins avaient été confrontés au risque de GIU, il *« faut l'évoquer avec les femmes ».*
- Le risque de GEU *« existe dans la population générale. Y a un petit surrisque avec un stérilet, mais il est à peine plus important ».*
- Les saignements.
- *« J'en ai vu deux, trois avec un bon malaise vagal ».*
- *« Risque de perforation lors de la pose ».*
- Ils étaient nombreux à citer le risque *« d'infections sous stérilet, avec des femmes devenues stériles »* notamment en cas de vie sexuelle à risques avec des partenaires multiples.

5 - Conditions de pose

Bilan pré-thérapeutique

Ils préconisaient de faire une consultation gynécologique au préalable pour déterminer *« la position de l'utérus antéversé, rétroversé ».*

Un grand nombre de médecins effectuaient une recherche de *Chlamydiae Trachomatis* pour *« ne pas se retrouver avec une obstruction des trompes »* de manière systématique ou en fonction *de « l'aspect local du col et de la connaissance ou non de la patiente ».*

Certains estimaient qu'un frottis cervico-vaginal récent était nécessaire avant la pose du DIU.

Afin de s'assurer de l'absence de grossesse, quelques médecins effectuaient un test de grossesse, quelques jours avant la pose. Alors que pour d'autres le fait de poser le DIU en fin de règles permettait de s'en affranchir et rendait la pose plus facile avec un col favorable.

Prémédication

Les pratiques variaient d'un médecin à un autre : certains n'en utilisaient pas. Pour les autres, aucun protocole n'était établi (utilisation de Misoprostol® par voie orale ou intravaginale, paracétamol, antispasmodique, anxiolytique ou encore anti-inflammatoire).

La relation médecin/malade, la mise en confiance des patientes étaient des conditions nécessaires au bon déroulement du geste.

La pose

Ils étaient tous d'accord pour dire qu'il s'agissait d'un geste propre qui nécessitait *« une asepsie stricte et une désinfection minutieuse du col à la Bétadine® ».*

« Prendre son temps » était un gage de réussite.

L'hystérométrie était utilisée par la plupart des médecins préalablement à la pose du DIU. Les autres estimaient que la taille moyenne d'un utérus était de sept centimètres donc plaçaient la bague d'insertion à cette longueur. Cela permettait d'éviter les allers-retours dans la cavité utérine donc le risque d'infection pelvienne.

Les médecins utilisaient pour la plupart une pince de Pozzi lors de la pose du DIU.

L'un d'eux estimait qu'il s'agissait d'un geste indispensable pour aligner le col avec le corps de l'utérus. D'autres cherchaient des solutions pour éviter ce geste qui leur semblait douloureux pour la patiente.

L'échographie de contrôle était réalisée par certains médecins, en systématique ou sur point d'appel : *« ça permet au moins d'être sûr qu'il est bien situé »*.

Pour d'autres, l'échographie ne servait « *à rien et ça coûte cher ».*

6 - Mécanisme d'action du DIU

Les médecins étaient interrogés sur le mécanisme d'action du DIU. Les réponses étaient les suivantes :

- Action mécanique,
- Rôle anti-nidatoire,
- Bloqueur de l'ovulation,
- Mécanisme abortif,
- Modification de la glaire,
- Rôle pro-inflammatoire,
- Effet néfaste sur les spermatozoïdes.

7 - Formation à la pose du DIU

Les médecins avaient des expériences différentes**.** Certains ont été formés pendant leurs études de médecine, au cours du stage d'externe ou d'interne en gynécologie, ou durant le stage ambulatoire de médecine générale.

Beaucoup rapportaient s'être formés seuls, à l'aide de vidéos disponibles sur internet, à l'occasion de formations par les laboratoires, ou bien de leur propre chef : *« j'ai vu une ou deux fois et après j'ai été tout de suite balancée ».*

D'autres avaient pu bénéficier de pose supervisée par un collègue, médecin généraliste ou gynécologue. *« J'avais des amis qui sont passés en gynéco, du coup, ils m'ont appris ».*

Un des médecins avait appris à poser des DIU durant des séances de démonstration sur *un « utérus en plastique »*, mais *« en pratique c'est pas tout à fait pareil ».*

Pour un autre médecin, son activité de salarié au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) lui permettait de poser des DIU écho-guidés au bloc opératoire, à la fin des procédures IVG.

Les médecins qui ne posaient pas de DIU adressaient leurs patientes à des correspondants gynécologues ou à des confrères généralistes.

8 - Particularité chez la nullipare

Un seul médecin se positionnait contre*. « le stérilet c'est une contre-indication formelle avant la première grossesse à mon avis ».*

Les motivations concernant l'utilisation du DIU chez la nullipare étaient multiples, tout d'abord, cela *« correspond à une demande »* des patientes.

De plus, il s'agissait d'une méthode à intégrer dans *« l'arsenal à proposer à toute femme qui veut réguler ses naissances »* pour ainsi faire baisser le taux d'IVG.

Il pouvait s'agir de la nécessité d'appliquer les recommandations.

La réflexion et le cheminement psychologique étaient des éléments indispensables pour une bonne acceptation et tolérance du DIU par les jeunes femmes, car *« si elle est réticente il y a beaucoup de problèmes ».*

Les médecins utilisaient : *« un stérilet sans hormone : les shorts, on prend les plus petits possibles ».*

Les jeunes femmes ayant un DIU étaient plutôt satisfaites de leur contraception.

Dans quelles indications ?

La quasi-majorité était favorable à l'utilisation du DIU chez la nullipare, mais en seconde intention principalement : *« ça fait partie du choix qu'on a, mais c'est sûrement pas quelque chose à proposer en première intention chez une femme nullipare sans contre-indications », « je le propose quand il y a donc des problèmes d'observance et des contre-indications à la contraception orale ».*

Notamment, il s'agissait d'une alternative à la contraception œstroprogestative, avantage certain chez une jeune patiente tabagique, migraineuse ou en surpoids.

Même si pour le médecin numéro 14 on ne pouvait pas *« cocher le DIU comme étant un moyen par défaut sinon on en fera pas ou pas assez. C'est sûrement ce qui se passe en ce moment ».*

« Celles qui ne veulent pas prendre d'hormone, y en a de plus en plus, surtout avec la campagne actuelle » pouvait être une raison valable pour la pose d'un DIU.

Il fallait cibler les jeunes femmes à qui l'on s'adressait afin de minimiser le risque de complications : *« faut pas poser ça à des filles qui ont des pertes, qui changent de jules tous les trois mois ».*

Des inconvénients spécifiques

Un médecin suggérait un taux d'expulsion plus important chez la nullipare que chez la multipare. La crainte d'une mauvaise tolérance à moyen terme, telle que des contractions utérines ou des dysménorrhées étaient présentes.

Un des médecins pensait que le DIU était un bon moyen contraceptif, mais que la durée contraceptive n'était pas adaptée, en raison du désir de grossesse supposé à court ou moyen terme : *« j'ai pas envie de le mettre et de l'enlever trois mois après ».*

La vie sexuelle des jeunes femmes était considérée comme instable par plusieurs médecins et constituait un risque accru d'IST donc d'infections pelviennes. Les médecins craignaient de compromettre la fertilité ultérieure des femmes en cas d'infection.

Les médecins redoutaient une pose plus difficile et plus douloureuse chez la nullipare du fait de l'absence d'expérience de la douleur, de dilatation au préalable du col : *« souvent la nullipare est beaucoup plus stressée, elles font pas mal de malaises vagaux, de douleurs post-pose ».*

Certains évoquaient le risque *« de ne pas arriver à insérer le DIU ».*

9 - Particularité chez la mineure

Les médecins ont été interrogés sur l'attitude qu'ils adopteraient, si une jeune femme nullipare mineure leur demandait un DIU comme moyen contraceptif. Les réactions étaient diverses, et pour beaucoup, la question ne s'était jamais posée. La majorité différait cette utilisation chez la mineure, pour attendre la majorité et ainsi éviter les problèmes juridiques possibles, ou attendre une maturité physique plus propice à la pose du DIU.

Le très jeune âge était un frein, car la pose du DIU nécessitait un examen gynécologique qui leur semblait *« intrusif, c'est d'une violence inouïe ».*

Pour un autre, il valait mieux poser un DIU, que faire des IVG à répétition.

Globalement, dans ces conditions, les médecins préféraient *« mettre un implant » ou « donneraient plus facilement la pilule ».*

Pour certains, il fallait une autorisation parentale ou l'accompagnement par une personne majeure.

Aucun d'entre eux ne connaissait la loi qui autorisait la pose d'un DIU chez une jeune femme mineure. Cette loi apparaissait comme déraisonnable à certains : poser un DIU chez une jeune de 15 ans n'était même pas pensable à leurs yeux.

III. Freins à la diffusion DIU chez la nullipare

Il s'agissait de déterminer quels pouvaient être les freins identifiés par les médecins concernant la diffusion du DIU chez la nullipare.

La quasi-majorité des médecins interviewés était favorable à l'utilisation du DIU chez la nullipare. Un médecin se positionnait contre.

1 - Freins liés aux professionnels de santé

Les gynécologues et les médecins généralistes étaient les principaux acteurs dans la contraception par DIU. Ces deux spécialités pouvaient être source de frein.

Les spécialistes en gynécologie :

Il existait une rareté de la profession de gynécologue amenant à des délais de consultation longs, ainsi qu'un discours discordant par rapport aux médecins généralistes.

En effet certains médecins interrogés se heurtaient à un refus de leurs correspondants gynécologues concernant l'indication et la pose du DIU chez la nullipare *: « il y a des patientes à qui je pose un stérilet parce que leur gynécologue a refusé de leur poser ».*

Les médecins généralistes :

Ils pouvaient freiner la diffusion du DIU par leur manque de connaissance sur le sujet.

Certains rapportaient que *« la formation initiale va pas dans ce sens »*, ou que leur pratique n'avait pas été mise à jour, c'est ainsi que *« beaucoup de médecins en sont restés là et surtout les mentalités persistent ».*

Ils freinaient la diffusion du DIU par leur manque de compétence technique.

Cela tenait à une formation initiale incomplète et à une pratique peu fréquente du geste, diminuant la performance de la technique.

« Formation des médecins, moi j'ai fait le DU, mais sinon... Sinon on est pas formé du tout ».

« Je ne le fais plus, car je ne suis pas assez performant ».

Par ailleurs, une fois sortis du cursus universitaire, les médecins relataient qu'il était *« difficile de trouver des gynécos qui acceptent de nous former ».*

Il pouvait y avoir des médecins généralistes ne sachant pas poser un DIU, mais aussi des médecins qui avaient acquis la compétence technique, mais qui ne pratiquaient plus : *« on est pas nombreux à poser des stérilets ».*

Cela aboutissait à moins proposer aux patientes ce mode de contraception, et à ajouter une difficulté quand la consultation débouchait sur une contraception par DIU, car il fallait trouver un opérateur pour la pose.

« Pour moi le fait que je les pose pas, forcément j'en parle moins. C'est pas quelque chose que je maîtrise donc je le propose moins ».

« C'est bien, mais je trouverai pas beaucoup de monde pour lui mettre par contre ».

Certains médecins rapportaient une difficulté à intégrer l'acte technique à leur pratique courante*, « il faut un minimum d'organisation », « c'est une question de temps »*, et *« c'est pas rentable financièrement ».* D'autres avançaient la nécessité d'un matériel et d'une assurance professionnelle spécifiques.

La peur des complications s'avérait aussi être un frein d'après les médecins interrogés.

Il s'agissait de craintes de complications immédiates, à la pose : peur de l'échec, de la douleur, *« de la perforation » ou « des malaises vagaux ».*

Ils rapportaient aussi des craintes de complication à moyen ou long terme comme la *« peur de problèmes infectieux », l'« angoisse de la stérilité »* ou d'échec de la méthode par expulsion ou avec des GIU ou GEU.

Ils craignaient la mauvaise tolérance à distance de cette méthode chez la nullipare, notamment par le risque de *« dysménorrhées »* ou encore d'expulsion.

Les entretiens ont permis aux médecins interrogés d'exprimer différents sentiments ou vécus en rapport avec cette méthode contraceptive. Cette dimension psychologique était exprimée de manière personnelle par chaque médecin pour expliquer leurs difficultés à diffuser le DIU comme méthode contraceptive chez la nullipare.

Il ressortait un manque de confiance en soi, un manque d'aisance, une sensation *« de courir un espèce de risque »* ou de stress lié au geste technique.

« *J'ai pas la main, j'ai des hésitations, je me sens pas sûr ».*

Il pouvait exister un sentiment de solitude pour les médecins posant des DIU régulièrement, par rapport à leurs confrères.

« Quand je vois des patientes qui arrivent, avec tel médecin, tel gynéco qui leur a dit "non hors de question", du coup je me sens un peu toute seule ».

Certains ressentaient un inconfort lié au caractère intime de l'examen gynécologique de la jeune femme.

« Je serai bien emmerdé parce que je me vois pas poser un stérilet moi, mec, malgré ma blouse à une gamine de 14 ans ».

D'autres, comme le médecin de l'entretien numéro 13, se défendaient d'avoir leurs propres convictions sur le sujet.

« Mais moi, personnellement, il y a aussi mes convictions, vous voyez ? ».

« Enfin moi, je suis encore dans l'optique qu'un stérilet chez une femme jeune, ça me gêne quelque part [...] c'est vrai que je pense que j'ai un a priori sur le stérilet ».

D'autres rapportaient un manque de motivation pour ce sujet, par manque d'intérêt global pour la gynécologie.

« Je pourrais dire je fais une formation […], mais je suis pas motivée ».

« La gynéco c'est pas trop mon truc, donc je cherche pas à avoir une population très importante ».

Ils étaient nombreux à expliquer qu'il y avait aussi une question d'*« habitude »,* qui régissait leur prise en charge.

2 - Freins liés aux patientes nullipares

Certains freins étaient dépendants des patientes : « en face, il y a aussi un obstacle mental de se dire, on peut poser des stérilets ».

Les jeunes nullipares n'étaient « *pas très demandeuses »* de contraception par DIU en opposition à une demande précise de pilule et non de méthode contraceptive.

« Je viens pour la pilule docteur ».

Cette difficulté était le plus souvent liée à un manque d'information des jeunes filles et à des réticences en rapport avec la pose ou le risque d'effets indésirables.

En effet, il persistait l'idée que cette méthode *« c'est pas pour elles »,* qu'elle n'est *« pas assez efficace »* et qu'elle est *« trop à risque infectieux et de stérilité ».*

La peur du corps étranger était quasi omniprésente dans les entretiens : *« on me met quelque chose dans mon corps ».*

La peur de sentir les fils, ou de perdre le dispositif était aussi évoquée.

La pose générait aussi des réticences en rapport avec l'aspect intime du geste, le sentiment d'un acte agressif et douloureux.

Le dispositif était vecteur de fausses idées : *« elles s'imaginent que c'est super grand ».*

Ces réticences étaient en lien avec leur éducation familiale, ou avec leur croyance religieuse : *« le fait qu'il y ait ovulation et fécondation et un défaut de nidation ça peut choquer ».*

« Le vécu de l'entourage » était aussi très présent pour ces jeunes filles : « *moi, ma mère est tombée enceinte sous stérilet », « après ma cousine elle a pas eu d'enfant ».*

L'éducation sexuelle en milieu scolaire paraissait maigre et était aussi en cause selon quelques médecins : *« l'éducation sexuelle, pour moi en pratique c'est pas fait », « c'est pas dans tous les lycées, c'est pas toujours bien fait et c'est pas la priorité, du tout, le stérilet ».*

Un médecin rapportait aussi que ses *« propres réticences »* pouvaient générer un manque d'informations des jeunes femmes : *« le message doit pas très bien passer pour avoir un DIU ».*

3 - Freins liés à la société

La société française ralentissait la promotion du DIU chez les nullipares. Les médecins mettaient en cause *« cette espèce de perception française »* de la contraception : l'existence du modèle « tout-pilule » et l'interdiction du DIU.

Il en découlait une mauvaise réputation qui perdurait. La presse, et notamment *« les revues féminines ont un rôle important »* dans cette vision.

Un médecin évoquait la difficulté de la société actuelle à se remettre en question.

« On est en retard, comme on croit toujours tout savoir nous, les Français, on a toujours l'impression que c'est nous qui faisons le mieux ».

Le médecin de l'entretien numéro 17 relatait également que « *les jeunes hommes* » avaient également leur part de responsabilité dans la difficulté de diffusion du DIU chez la jeune femme : « *un rapport sexuel c'est à deux »*.

4 - Freins liés aux laboratoires pharmaceutiques

Les points importants évoqués par les médecins interrogés étaient une absence de « *campagnes ciblées* » pour le DIU en opposition à la « *pression des laboratoires sur les prescriptions de pilule* », ainsi qu'un manque d'avancement technique pour proposer des produits destinés à la nullipare : *« j'attends le mini-Mirena® »*.

IV. Les changements à apporter pour diffuser ce moyen de contraception

Des leviers généraux d'action ont été identifiés à partir des freins recensés.

1 - Chez les professionnels de santé

Les praticiens demandaient à être mieux renseignés des nouvelles recommandations. L'information pouvait se faire par l'intermédiaire des « *articles de presse médicale* », notamment la revue Prescrire était décrite comme ayant « *une certaine rigueur morale* » ou bien par le biais des délégués de l'assurance maladie.

Le médecin numéro 9 pensait que le fait de s'informer sur la pratique des médecins en Europe et dans le monde était un bon moyen de se bousculer dans ses habitudes : « […] *dans les pays Anglo-Saxons c'est devenu la première contraception, bah pourquoi pas. Et c'est comme ça que je me suis lancée entre guillemets ».*

Les professionnels de santé devaient avoir un discours homogène sur la question. Cela permettait une crédibilité plus importante face aux patientes et diminuait leurs craintes et leurs angoisses : *« si une femme entend plusieurs sons de cloche, elle va plus savoir où elle en est. Du coup, elle choisira pas ce mode de contraception. C'est dommage ».*

Les médecins demandaient une implication plus importante des gynécologues : « *ils peuvent venir nous voir pour faire passer un peu le message et l'information au patient* ».

La mise à jour des connaissances devait donc aussi « *partir des gynécos déjà, car c'est eux qui sont réticents déjà. Vous allez pas demander à des généralistes ce que des gynécos ne font pas* ».

Des études complémentaires sur « *les effets indésirables de la pilule* » inciteraient les médecins à en proposer plus. Ils faisaient référence « *aux potentiels surrisques de cancer du sein* » pouvant être induits par les hormones. Cela pousserait les professionnels de santé à proposer une alternative à la pilule.

La formation des médecins était une piste intéressante de travail pour permettre une plus large diffusion du DIU chez la nullipare.

Les médecins devaient se former afin de répondre « *aux demandes* » et « *aux indications de plus en plus fréquentes »*, mais malheureusement « *rien n'est obligatoire donc c'est libre à chacun de se former ».*

« *Prendre le temps de se former »* restait une condition nécessaire pour « *faire sa révolution culturelle et intellectuelle* ».

Il s'agissait avant tout des Formations Médicales Continues (FMC), qui permettaient des « *échanges informels avec des confrères médecins* » et « *un bon vecteur de changement* », et ceci de manière

plus durable et concrète qu'avec la lecture de la littérature : « *c'est un peu plus simple on va direct au but ».*

Le fait de « *discuter avec nos internes* » permettait de *« nous décrasser un petit peu les neurones par rapport à ça ».*

Plusieurs médecins rapportaient que l'entretien que nous avions eu avec eux allait les faire réfléchir sur leurs pratiques et les inciter à s'informer et à se former sur le DIU chez la nullipare.

Ils trouvaient nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue afin qu'elle soit « *plus complète* ».

Les médecins souhaitaient « *une meilleure formation théorique, mais surtout pratique* » notamment en passant « *en gynéco pour être plus à l'aise ».*

Un médecin suggérait que les internes de médecine générale n'aient plus à choisir entre un stage de gynécologie ou un stage de pédiatrie dans leur maquette de Diplôme Etudes Spécialisées (DES) : « *on devrait pouvoir faire les deux, car on fait tous les jours de la gynéco et de la pédiatrie en cabinet* ».

Les uns proposaient de se former auprès des confrères gynécologues ou *« faire de la pose quoi »,* les autres estimaient qu'il fallait former « *nos internes de médecine générale* » puisque « *c'est eux qui vont le mettre plus tard* ».

Certains médecins jugeaient nécessaire qu'il y ait une prise de conscience. Cela nécessitait de profonds changements psychologiques.

Il était important *de* « *trouver une solution pour soulager la douleur des patientes* » lors de la pose c'est pourquoi il avait décidé de se « *former à l'hypnose* ».

Une remise en question de ses pratiques ainsi qu' « *un changement d'attitude de ma part. De changer mes réflexes* ».

« L'expérience et la manipulation » permettaient de prendre *« confiance en soi »* et de *« se détendre ».*

Mais pour pratiquer souvent, les médecins insistaient sur le fait qu'il fallait avoir de la demande de la part des jeunes femmes. Un médecin précisait : « *les jeunes filles nous font évoluer aussi. Parce que moi, au départ, c'est plus la demande de jeunes filles qui m'a fait réfléchir, rechercher effectivement les textes* ».

Il insistait sur l'échange, base de la relation médecin/malade, afin d'obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge. « *l'écoute* » était une qualité nécessaire pour que les jeunes femmes « *se détendent »* et se sentent en confiance.

Pour trois des médecins, le fait de « *le proposer comme alternative à la pilule* » permettrait de le diffuser plus largement. Mais un des médecins estimait qu'il fallait savoir « *passer la main à un confrère quand on a pas les compétences nécessaires pour le poser* ».

Pour faciliter l'intégration de ces données dans la pratique courante, les médecins proposaient plusieurs solutions.

Tout d'abord, ils insistaient sur le point suivant : avoir un réseau de professionnels de santé accessible composé de gynécologues ou de médecins généralistes prêts à recevoir une jeune femme nullipare pour la pose d'un DIU.

Un des médecins proposait qu'il y ait plus de *« gynéco[s] disponible[s] »,* mais reconnaissait qu'il s'agissait « *d'une utopie* ».

Des modifications matérielles étaient nécessaires. Plusieurs médecins trouvaient qu'il était utile d'avoir un DIU de démonstration afin d'expliquer aux patientes le déroulement de la pose et de les rassurer sur la taille et la souplesse du DIU, car « *elles s'imaginent que c'est super grand ».* Montrer le DIU pouvait calmer « *les craintes et les angoisses* ».

Le médecin numéro 14 soulignait qu'une meilleure appréciation du risque cardio-vasculaire lui permettrait de le proposer de façon plus systématique.

Un « *phénomène naturel »* allait se produire : les vieux médecins allaient être remplacés *« par des plus jeunes qui auront d'emblée une vision beaucoup plus neutre dans le choix de la contraception de la jeune femme »*.

2 - Chez les jeunes femmes

Pour proposer plus souvent le DIU, il fallait qu'il y ait *« un minimum de demandes de la part des jeunes femmes ».* En effet, proposer un DIU lors d'une première consultation pour contraception, alors qu'en amont les jeunes femmes n'avaient jamais été informées, mettait les médecins dans une situation inconfortable.

Il était nécessaire de pratiquer une meilleure information sur la contraception auprès des jeunes filles et de préciser que le DIU n'était plus réservé aux femmes ayant eu des enfants. Cette information pouvait leur être délivrée dans différentes situations au lycée, par leur mère, par des spots publicitaires et par les médecins eux-mêmes.

Ceci permettrait de gagner du temps de consultation et d'orienter plus facilement vers la prescription du DIU. L'idée aurait mûri dans leur tête.

« *Si les patients sont informés que c'est possible je pense que du coup plus de médecins vont aller vers cette voie de contraception* ».

« *Qu'elles me disent "Docteur, voilà j'aimerais une contraception, le stérilet je trouve que c'est pas mal" ça orientera automatiquement un peu plus la prescription. Il y aura moins de communication à faire, moins d'explications, donc plus de temps pour parler des IST, d'oublis... ».*

Un médecin informait ses patientes sur les pratiques médicales des pays voisins en matière de DIU, afin de les faire réfléchir sur ce moyen de contraception.

« *Moi je leur dis qu'en Angleterre c'est utilisé larga manu depuis 20 ou 30 ans, et y a pas plus de grossesses extra-utérines ou pas de façon significative, que les infections c'est pas non plus significatif* ».

Beaucoup de médecins pointaient du doigt l'information véhiculée lors des cours d'éducation sexuelle dans les écoles, collèges et lycées. Ces cours devaient être « *une des principales sources d'information* » pour les jeunes femmes sur le DIU et la contraception en général.

Pour un des médecins, « *le vivier commun ça reste l'école, le collège et le lycée* ».

Le changement devait passer par des campagnes de publicité incisives sur le sujet. Certains proposaient que cela passe par les magazines féminins, pour d'autres il devait y avoir des spots télévisés ou des affiches.

« *Si les revues en parlaient plus. Les revues féminines ont un rôle important je pense, plus que ce qu'on peut dire* ».

3 - Dans la société

« L'histoire sur les pilules de troisième génération » était *« un bon tremplin, un catalyseur de changement d'attitudes »*, une opportunité pour *« basculer sur un autre mode de contraception ».*

Les jeunes femmes et la société devaient être sensibilisées sur les potentiels effets indésirables des hormones : *« 30 ans d'hormones c'est pas anodin ».*

Ils devaient comprendre que la pilule ce n'était *« pas un petit bonbon comme ça qu'on prend tous les jours et puis tac c'est pratique ça évite de tomber enceinte ».*

Il était important de sensibiliser les jeunes hommes sur la contraception en général, mais aussi plus particulièrement sur le DIU. La contraception devait être une réflexion de couple.

« Et puis aussi chez les jeunes hommes. L'information elle pourrait aussi passer par eux ».

L'*« information grand public »* était nécessaire pour *« expliquer que la contraception c'est pas que la pilule »* afin qu'il y *« ait moins de freins au fait qu'elles acceptent ».* L'information pouvait être véhiculée par des affiches, des spots publicitaires et des slogans forts. L'information de la société diminuerait les réticences des jeunes femmes vis-à-vis de ce moyen de contraception et diminuerait les craintes transmises par leurs mères.

Pour un des médecins, il s'agissait d'un objectif *« de santé publique ».*

Les mentalités devaient évoluer pour diminuer les réticences des jeunes femmes, des médecins et de la société.

4 - Chez les laboratoires pharmaceutiques

L'industrie pharmaceutique avait un rôle à jouer pour améliorer la situation actuelle. Il était nécessaire de réfléchir à un DIU *« plus adapté à la situation, des inserteurs plus petits ».*

D'autre part, les médecins mentionnaient qu'ils attendaient toujours la sortie du « *mini-Mirena*® » (DIU à la progestérone). Celui-ci pouvait être utile chez les jeunes femmes ayant « *des règles physiologiques abondantes ou des dysménorrhées* »*.*

Les laboratoires devaient faire la « *promotion des DIU* » de la même manière que pour la contraception orale.

DISCUSSION

La question de recherche était de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en soins primaires.

I. Biais et limites de l'étude

Les médecins interviewés étaient volontaires. Deux médecins ont refusé de participer à l'étude, leurs motifs de refus pourraient constituer un biais de sélection.

De même que l'inclusion de médecins salariés de Centre de Santé ou Planning Familial, de par leur activité spécifique en gynécologie.

De plus, il s'agit d'une étude régionale pouvant représenter un biais du fait que la démographie de la région Rhône-Alpes ne se superpose pas à toute la France. En effet, il existe une plus forte concentration de gynécologues, ce qui peut avoir comme conséquence une diminution de la part de gynécologie dans la pratique des médecins généralistes [Annexe VII].

Les interviews ont été réalisées par les deux enquêtrices, de manière individuelle, pour faciliter les révélations et l'expression des ressentis intimes, sans risquer le jugement des confrères. Le caractère novice de celles-ci peut limiter la qualité du recueil des données. Certaines questions ont été posées de manière involontaire et ont pu influencer les réponses des interviewés. Il est également possible que la réalisation des entretiens par deux personnes différentes ait une incidence sur leur déroulement et leur reproductibilité, sans que cela ait toutefois constitué une gêne lors de l'analyse.

Les entretiens se sont révélés riches et les informations recueillies débordent souvent le cadre de cette thèse. La difficulté a été de cibler l'analyse sur les objectifs préalablement définis. La mise en commun de ces codes a permis des échanges entre les deux chercheurs en cas de discordance d'analyse afin d'aboutir à un consensus.

Les investigatrices ont rencontré des difficultés dans le travail d'interprétation, car de nombreux participants construisaient leur raisonnement au fil de l'entretien et changeaient parfois de discours, pouvant dire une chose et son contraire au cours de l'échange. Cela peut être à l'origine d'un biais d'interprétation.

Enfin, il a été précisé aux médecins que les entretiens seraient enregistrés puis retranscrits. Cela leur a garanti un total anonymat. Cependant, il est possible de spéculer que l'existence de traces (enregistrement puis retranscription) ait pu consciemment ou non induire une retenue dans leur discours.

II. Principaux résultats de l'étude

1 - L'information des jeunes femmes nullipares

Il existe des réticences à l'utilisation du DIU, propres aux patientes, dominées par le manque d'information. Cela était responsable de craintes plus ou moins erronées : la croyance que le DIU est contre-indiqué chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, la peur de la douleur à la pose, ou la peur du corps étranger.

Ce sont les principales raisons qui mènent à une faible demande de contraception par DIU.

De plus, le motif de consultation pour contraception est le plus souvent une demande spécifique de pilule. Cela rend la consultation fermée et entraine une difficulté à ouvrir la discussion vers d'autres méthodes.

Ces résultats sont concordants avec les résultats d'une thèse qualitative menée chez des patientes nullipares ayant pour objectif de déterminer les freins et réticences à l'utilisation du DIU. Le facteur le plus important évoqué par les patientes était le défaut d'information qui était vecteur de nombreuses peurs (12).

Les programmes d'éducation sexuelle, acteurs de l'information aux jeunes femmes, peuvent être vecteurs de freins. La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 prescrit des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées. On constate une mobilisation très inégale sur le territoire des collectivités et organismes concernés, avec des difficultés matérielles et logistiques d'organisation des séances d'éducation à la sexualité ainsi qu'une absence d'évaluation de celles-ci (13).

2 - Les réticences des professionnels de santé

La quasi-majorité des médecins interrogés était favorable à l'utilisation du DIU chez la nullipare. Cela est pourtant en opposition avec les données de l'étude FECOND qui, en 2010, établit que 83 % des médecins généralistes rapportent que « le DIU n'est pas une méthode indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant » (14).

Cependant, les médecins de l'étude proposent le DIU en deuxième intention principalement, après un échec ou une contre-indication à la contraception orale œstroprogestative. Cela illustre bien le modèle français du « tout-pilule » chez la jeune femme, comme illustré dans les freins liés à la société.

La difficulté concernant la généralisation de l'utilisation du DIU chez la nullipare ne réside donc pas dans la méconnaissance des indications du DIU, mais plutôt dans des réticences ancrées depuis de nombreuses années chez les professionnels de santé.

Les réticences observées au cours de cette étude sont complexes et résultent de nombreuses fausses idées, pourtant bien documentées par des études fiables.

Ainsi, la crainte des infections pelviennes était omniprésente chez les médecins interrogés, majorée chez la patiente nullipare, car rattachée à une sexualité plus à risque à cette tranche d'âge.

Le risque d'infection pelvienne en lien avec le DIU est maintenant bien connu. Une extension ascendante était un effet indésirable connu pour tout geste ou manœuvre intra-utérine.

Dans le cadre de la pose d'un DIU, il existe un risque multiplié par quatre dans le mois qui suit la pose par rapport à la population générale. Cet excès de risque disparait au-delà de trois mois après la pose (15).

La crainte d'infertilité est directement liée au risque infectieux, par complication des infections à *chlamydia* notamment. En effet, l'étude de Guderian et Trobough (16) montre que l'infertilité était due à l'infection par le *chlamydia* et non à l'utilisation du DIU.

Plusieurs essais ont étudié le retour à la fertilité après le retrait d'un DIU. Ils montrent que la fertilité des femmes n'était pas affectée par le DIU, même quand celui-ci a été ôté en raison de complications (6).

Ainsi il n'est pas justifié de contre-indiquer le DIU chez les jeunes femmes nullipares sous prétexte que le DIU est source d'infertilité. Il serait d'ailleurs préférable de ne plus employer le terme de stérilet qui présente une connotation négative non justifiée sur la fertilité ultérieure et préférer le terme de dispositif intra-utérin.

Concernant l'intérêt de la recherche de *chlamydia* avant la pose du DIU, la réalisation de cette recherche était non systématique, dépendante des médecins interrogés. Il n'existe pas à ce jour d'essai évaluant cet examen (15). Cependant, l'HAS dans ses récentes publications de synthèse d'avril 2013 recommande la recherche d'infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant la pose (13).

L'efficacité de la méthode contraceptive est évaluée par l'indice de Pearl.

Concernant le DIU, l'indice de Pearl est de 0,6 en utilisation théorique, de 1,1 en utilisation courante. Cela est nettement supérieur à l'efficacité de la pilule œstroprogestative, puisque même avec un indice théorique de 0,3, l'indice d'utilisation courante est de 2,4. [Annexe V]

Comme la probabilité de fécondation est très faible avec un DIU, le risque de GEU est également réduit (15).

La mauvaise tolérance à distance est principalement due au risque de dysménorrhée, mais aussi d'expulsion selon les médecins interrogés.

Le risque d'expulsion a été étudié, il est statistiquement plus important chez la nullipare par rapport à la femme multipare (15).

Cependant, les nouvelles recommandations concernant le DIU chez la nullipare datant de moins de 10 ans, et les réticences des médecins à les mettre en application, ont rendu difficile la réalisation d'études complémentaires concernant la tolérance du DIU chez les jeunes femmes nullipares.

Le geste était en lien avec de nombreuses craintes chez les médecins, surtout par le risque de perforation, la survenue de douleur et/ou de malaise ou tout simplement par la peur de l'échec de la pose.

Les problèmes survenant au moment de l'insertion ont été étudiés dans une étude néo-zélandaise (15). Ils sont effectivement plus fréquents chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.

Cependant, un DIU de taille réduite semble diminuer ces problèmes chez les nullipares (15) .

La perforation est une complication rare (15).

3 - La formation des médecins généralistes

Les médecins interrogés ont rapporté des difficultés à se former à la pose du DIU. Cela est corrélé aux résultats de l'étude FECOND, puisque seulement 29 % des médecins généralistes interrogés considéraient que leur formation les avait bien préparés (14).

Pourtant la maquette du DES de médecine générale prévoit maintenant un stage de gynécologie et/ou de pédiatrie obligatoire. Malheureusement, tout le monde n'a pas la possibilité de passer en gynécologie au cours de son cursus d'interne. Le stage ambulatoire effectué chez les praticiens de médecine générale est donc pour eux le seul lieu d'acquisition de la plupart des compétences requises en gynécologie courante.

Depuis quelques années se développent les stages couplés gynécologie/pédiatrie et les stages ambulatoires, mais ceux-ci restent très minoritaires.

Pour répondre aux besoins de formation, il serait souhaitable de tendre vers une obligation de stage formateur en gynécologie pour tous les internes ou de proposer le cas échéant un mini-stage obligatoire de consultations gynécologiques. F. Bidault a montré que le stage hospitalier reste un élément incontournable de la formation des étudiants, la participation à la consultation restant le poste pédagogique le plus efficient, correspondant au mieux au futur mode d'exercice (18). Le récent décret d'août 2010 élargit les possibilités de stage dans ce domaine en dehors de l'hôpital (centre de planification ou auprès des gynécologues libéraux) (19).

4 - La place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de la femme

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que la prescription de contraception fait partie des compétences du médecin généraliste. Cependant, ils rapportent des difficultés à intégrer cette activité dans leur quotidien, par manque de temps notamment ou encore par manque de motivation. Ils expliquent aussi avoir des difficultés à adresser leurs patientes à des confrères gynécologues lorsqu'ils atteignent leur limite de compétence.

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés de positionnement dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues. L'évolution du système de soins et de la démographie médicale fait que les questions de contraception sont de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste.

En effet, la démographie des gynécologues médicaux connait une décroissance en raison du vieillissement de la population médicale entrainant de nombreux départs à la retraite non compensés par un faible nombre de nominations de gynécologues à l'internat [annexe VI].

Les perspectives du ministère de la santé pour combler ce manque à venir s'orientent principalement vers deux acteurs : les médecins généralistes et les sages-femmes. En effet, les sages-femmes sont autorisées depuis 2009 à prescrire et poser des DIU ainsi que faire le suivi gynécologique standard de la femme (L.2344-4 code de la santé publique).

Selon l'observatoire de la Société Française de Médecine Générale de 2009, la consultation de gynécologie pour contraception arrive en 15ème position et représentait 3,9 % des consultations de médecine générale [annexe IX]. Concernant l'utilisation du DIU il s'avère que moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes (13).

Outre l'amélioration nécessaire de la formation des médecins généralistes, les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive, qui nécessite du temps. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule plutôt que d'étudier à nouveau avec la patiente si sa contraception correspond toujours bien à ses attentes.

5 - La contraception dans la société

Le principal rôle de la société française dans la difficulté de diffusion du DIU chez la jeune femme en général était le modèle contraceptif « tout-pilule » [annexe VIII].

La pilule œstroprogestative est en effet le premier moyen de contraception, utilisé par 58 % des Français en 2007 d'après l'INPES, dont 76 % ont entre 21 et 30 ans (20).

Tendance confirmée en 2010 par l'étude FECOND, puisqu'une femme de 15-49 ans sur deux l'utilise. Seules les femmes de 45 à 49 ans lui préfèrent le DIU, utilisé par 21% des Françaises en moyenne

tous âges confondus. Cette tendance n'a connu pratiquement aucun changement depuis les années 1970 (14) [annexe VIII].

La presse, les sites internet et les forums de discussion sont les principales sources du grand public, où circulent des informations de qualité plus ou moins douteuse (13).

La polémique défavorable aux pilules de 3ème et 4ème génération pourrait servir de tremplin à la médiatisation des autres moyens de contraception. Les autorités françaises en matière de santé ont d'ailleurs déjà amorcé une réponse en publiant en avril 2013, un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (13). Cela va probablement être le moteur de nouvelles campagnes d'information grand public telle que la campagne « choisir sa contraception » de l'INPES en 2007 (5).

6 - Les laboratoires pharmaceutiques

Le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la difficulté de promotion du DIU chez la nullipare était double. Premièrement, la lenteur des avancées techniques adaptées à la patiente nullipare, que ce soit en terme d'inserteur ou l'attente du fameux « mini-Mirena® ».

Deuxièmement, la communication des laboratoires en termes de contraception est surtout axée sur les pilules et il existe peu de publicité sur les DIU.

Il est certain que les professionnels de santé ne doivent pas attendre, ni même être influencés par la publicité des laboratoires pour prescrire un moyen de contraception plutôt qu'un autre. Mais les avancées techniques seraient d'une aide précieuse notamment pour améliorer la tolérance immédiate des patientes à la pose du DIU.

III. Ouverture

L'ambition de cette étude serait de promouvoir, dans la formation initiale des étudiants, un contenu théorique et pratique pertinent pour favoriser le DIU comme moyen de contraception chez les jeunes femmes.

Il serait intéressant d'interroger les médecins gynécologues, afin d'identifier leurs propres freins et de les confronter à ceux des médecins généralistes.

L'information des patientes est primordiale et doit être donnée de manière objective par les médecins eux-mêmes, mais aussi au cours de séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées. Des études complémentaires sur l'analyse de leurs réticences à l'issue de la polémique des pilules de 3ème et 4ème générations serviraient d'outil pour orienter le contenu des campagnes d'information.

L’information doit aussi passer par le grand public en particulier par les jeunes hommes qui sont tout autant acteurs du contrôle des naissances.

Des études supplémentaires sur les effets indésirables des hormones ainsi que le profil de tolérance du DIU chez la nullipare, permettraient d’accentuer la curiosité vers d’autres modes de contraception.

THÈSE SOUTENUE PAR : Marine GAILLARD et Aude RICHARD

TITRE : Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes.

CONCLUSION DE LA THESE

La France est un pays où la prévalence contraceptive est élevée par rapport aux autres pays européens. Pourtant il subsiste un nombre important d'IVG. Le modèle contraceptif français évolue au cours de la vie de la femme. Le préservatif utilisé au début de l'activité sexuelle est remplacé par la pilule chez la jeune femme, puis plus tard par le DIU lorsque les femmes ont eu au moins un enfant. Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que le DIU peut être utilisé à tout âge, indépendamment de la parité. Cependant son utilisation reste marginale chez la femme nullipare : environ 1% de cette population l'utilise.

Cette étude qualitative, menée auprès de médecins généralistes, voulait donc identifier les freins à la diffusion du DIU chez la nullipare.

Les principaux freins retrouvés sont de quatre ordres. Tout d'abord ceux liés aux professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues. Deuxièmement, ceux en rapport avec les patientes nullipares, principalement par un manque d'information. Troisièmement viennent les freins en lien avec la société et enfin ceux dépendant des laboratoires pharmaceutiques. Chez les médecins généralistes, les réticences persistent en raison notamment de la crainte de complications infectieuses, ou d'une mauvaise tolérance chez la jeune nullipare. Par ailleurs, les médecins favorables à cette méthode se heurtent à un problème de compétence et de gestion de l'acte technique. Il existe une difficulté majeure concernant la formation à la pose du DIU qui n'est pas intégrée dans la formation initiale.

Les leviers d'action passeront donc par une réorganisation de l'enseignement pratique et théorique de la gynécologie en médecine générale.

Un travail futur pourra faire cette même recherche auprès des jeunes femmes nullipares et auprès des autres professionnels de santé acteur de la prise en charge (gynécologue, sages-femmes, infirmière de planning).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 1/10/2013

LE DOYEN
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR P. HOFFMANN

BIBLIOGRAPHIE

1. D' Arcangues C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. Contraception. juin 2007;75(6 Suppl):S2‑7.

2. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. Int Fam Plan Perspect. mars 2003;29(1):6‑13.

3. OMS. World Contraceptive Use 2012 [Internet]. [cité 7 août 2013]. Disponible sur : http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html

4. Bajos N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 1 mai 2003;18(5):994‑999.

5. INPES ; 2011. Choisir sa contraception [Internet]. [cité 23 oct 2012]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/

6. Géraldine Peltier. Dispositif intra utérin et nulliparité : revue de la littérature [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Université de Nantes, 2010.

7. Haute Autorité de Santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2004.

8. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2009.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. Obstet Gynecol. déc 2007;110(6):1493‑1495.

10. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, Blythe MJ, Diaz A. Contraception and adolescents. Pediatrics. nov 2007;120(5):1135‑1148.

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2013, p.146-149

12. Dorothée Driat. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Université Paris Ile de-France-Ouest.

13. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Avril 2013

14. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Septembre 2012;492.

15. Les Dispositifs intra-utérin, alias stérilets, une alternative efficace à la contraception hormonale orale. Rev Prescrire. fev 2009;tome 29(304):p113‑119.

16. Guderian AM, Trobough GE. Residues of pelvic inflammatory disease in intrauterine device users: a result of the intrauterine device or Chlamydia trachomatis infection? Am J Obstet Gynecol. mars 1986;154(3):497‑503.

17. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of Copper Intrauterine Devices and the Risk of Tubal Infertility among Nulligravid Women. N Engl J Med. 2001;345(8):561‑567.

18. Bidault F, Leveque J, Broux P-L, Grall J-Y, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):74‑80.

19. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Journal Officiel n°0199 du 28 août 2010 p.15668

20. INPES. Les Français et la contraception [Internet]. BVA; 2007. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf

ANNEXES

I. Guide d'entretien

1. CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Quelle contraception pour quelle jeune femme ?
Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?
Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?
Comment organisez-vous la consultation ?

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?
Savez-vous dans quel délai vous pouvez proposer le DIU ?
Racontez-moi votre expérience ? (pour ceux qui l'ont déjà utilisé en contraception d'urgence)

2. CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Avantages ?
Inconvénients ?
Mécanisme d'action ?

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Cuivre /Mirena® ?

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Posez-vous des DIU ?
Où avez-vous été formé ? Comment ?

Quel(s) modèle(s) ?

Uniquement chez les médecins qui en posent :

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Un bilan préthérapeutique ? (Si oui lequel ?)
Recherche chlamydia ? Par quelle technique ? Sérologie ? PCR ?
Prémédication ? Spasfon® ? AINS ? Cytotec® ?

3. DIU ET NULLIPARITE

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Femme nullipare, mais non nulligeste ?
Quels sont les avantages qu'offre le DIU chez la nullipare pour vous ?
Quelles sont les réticences de vos patientes quand vous leur parlez du DIU ? Comment réagissent-elles ? Leur réaction ?

Favorable :

Quelles sont vos motivations ?

Pourquoi ?

Dans quelles indications ?

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ? Critère de sélection ?
En première ou seconde intention ?
Y a-t-il un critère d'âge ?

Posez-vous les DIU chez ces patientes ?

Si non pourquoi ? Et que faites-vous ?
Si oui quel stérilet ? Short ? Vos patientes sont-elles satisfaites de ce mode de contraception ? Tolérance à distance ? La pose et la tolérance est-elle la même selon vous chez la nullipare que chez la multipare ?

Uniquement chez les médecins qui effectuent la pose :

Comment organisez-vous la consultation ? Quelles sont les conditions de pose ?

Matériels, prémédication, dose, mode d'administration ?

Quels sont les effets indésirables, les complications que vous avez déjà rencontrées ?

Perforations ? Saignements ? Expulsion ? Grossesse extra-utérine ? Grossesse intra-utérine ? Infections pelviennes ? Malaise vagal ? Douleur ? Échec de pose ?
Racontez-moi votre expérience ?

<u>Non favorable (qui ne pose pas et qui ne propose pas) :</u>

Pourquoi ne posez/proposez-vous pas le DIU chez la nullipare ?

Que dites-vous à une jeune femme nullipare qui vous demande une contraception par DIU ?

Orientation vers un confère qui en pose ?

<u>Pour tout le monde :</u>

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Si quelque chose leur fait peur : comment pourrait-on changer celà ?

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Quelles sont vos craintes ?

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

RECOS ET ÉTAT DES LIEUX

Les recommandations de la HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans. Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour les nullipares ou les multipares. La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

4. <u>SOLUTIONS POUR AMELIORER LES PRATIQUES</u>

Que pensez-vous de cette situation ?

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

D'après vous, l'information aux jeunes femmes est-elle suffisante ?
Formations théoriques, pratiques, amélioration du matériel, information des patientes ?

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Notre sujet est le suivant : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale. Avez-vous des choses à ajouter ?

II. Questionnaire d’informations

Âge :

Lieu et type d'exercice :

Activité spécifique : planning, IVG

Années d'exercice :

Années d'installation :

Activité contraception : instauration et/ou renouvellement

Notion de formation en gynéco, en contraception et préciser l'année de la formation :

Nombre de DIU posés : (posée à la fin de l'entretien afin de ne pas orienter les réponses)

III. Entretiens des médecins généralistes

Entretien n°1

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Euh, qu'est-ce que je propose comme contraception. Qu'est-ce que je propose tout court. Déjà je vais peut-être lui proposer de faire un bilan clinique, euh je vais peut-être lui faire une prise de sang, euh un bilan lipidique, la glycémie, lui demander ses facteurs de risques cardio-vasculaires, ses antécédents familiaux (cancer du sein). Après je pense que je lui demanderai ce qu'elle a comme idée de la contraception elle, comment elle voit sa contraception, si elle a une idée déjà faite, ou si elle veut une pilule, enfin si elle a une idée précise de ce qu'elle veut comme contraception sachant qu'au jour d'aujourd'hui on est moins systématique. On oriente moins les femmes vers la contraception orale. Éventuellement je peux peut-être lui proposer une contraception orale si elle est demandeuse et voilà, en lui expliquant qu'il y a d'autres modes de contraception possibles. Voilà un petit peu ce que je lui proposerai en sachant que si elle est demandeuse d'un DIU je lui recommanderai de voir un confrère gynécologue pour poser le DIU, car je le ferai pas moi-même. Je ne le fais plus, car je ne suis pas assez performant.

Quelle contraception pour quelle jeune femme ?

Je sens que je vais être acculé dans mes retranchements parce que je ne vais peut-être pas être en mesure de faire une réponse très précise à ça. Euh j'ai tellement peu de vécu là-dedans que je ne suis pas à l'aise pour répondre. C'est vrai que j'aurais tendance à prescrire la contraception orale, si je veux être honnête, je vais aller plutôt vers ça, s'il n'y a pas de contre-indication évidemment. Donc j'ai peut-être un a priori vers la pilule comme peut-être la patiente a un a priori pour me dire que c'est ça qu'elle veut comme contraception. Donc je reconnais que c'est vers ça que je tends.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?

Ça va être difficile de répondre à ça, car comme j'ai pas une grosse pratique en gynéco, je suis pas très performant pour faire un distinguo, une vraie distinction entre tous les contraceptifs. Je pense actuellement qu'il y a des recommandations pour prescrire des deuxième génération plus des 3ème ou 4ème génération. Il suffit de regarder la presse écrite ou télévisuelle pour le savoir, pas besoin de lire les journaux médicaux donc voilà en général je m'aide de ça, un petit truc donné par un labo. En général, c'est moi qui propose, je ne demande pas à la patiente si elle veut une monophasique une bi-phasique, car je pense qu'elle n'a aucun critère pour juger ça. Donc bien souvent je vais prescrire quelque chose de simple type Minidril®.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

Très honnêtement comme j'en fais peu elles viennent avec une demande de pilule. Elles viennent pour avoir la prescription de pilule, c'est souvent comme ça. Alors effectivement, après je vais voir si une pilule peut être envisagée, s'il n'y a pas de contre-indication. C'est quand même le minimum qu'on puisse faire et puis euh, après, effectivement mon rôle, ce que je fais peut-être pas systématiquement, mais bon j'essaie de le faire surtout maintenant, de leur donner l'information qu'il n'y a pas que la pilule : pour qu'elles soient au courant qu'elles sont pas obligées de prendre ça. Faut être honnête, je pense que la fin de consultation se conclut souvent par la prescription d'un contraceptif oral. Et que je vais choisir moi plutôt que de demander à la patiente, même si elle me dit que sa copine elle prend ça, ça ne m'intéresse pas, c'est à moi de prendre ma responsabilité et de savoir ce que je vais lui donner. Après si c'est des femmes avec des contre-indications relatives ou des antécédents qui me gênent un peu, je vais peut-être pas prescrire et je lui demanderai de prendre un avis auprès d'un praticien qui sera plus compétent que moi dans ce domaine.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Alors ça j'en fais très peu de la contraception d'urgence, en général je prescris, les quelques fois ou ça m'a été demandé : je prescris la pilule du lendemain. Classiquement, je fais ça.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je n'ai aucune expérience. Je sais qu'on peut le faire, je ne l'ai jamais pratiqué évidemment. Je sais qu'on a une plage d'utilisation en termes de délai qui est plus importante que la pilule du lendemain, mais je ne l'ai jamais proposé.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Qu'est-ce que je vais dire aux femmes qui me posent la question sur le DIU. Euh je vais leur donner l'information qu'il existe plusieurs types de DIU. Les DIU au cuivre qui ont un mode d'action particulier, qui agissent par un phénomène pro-inflammatoire sur l'endomètre et qui rendent la nidation impropre et ceux qui sont à la progestérone enfin le Mirena® que je connais, qui agit par un autre biais. Enfin qu'il existe ces deux aspects. Les inconvénients, je les connais peut-être pas tous, mais le DIU au cuivre entraine des règles plus abondantes, Mirena® c'est plutôt l'aménorrhée, mais qui est certaines fois bien appréciée par certaines femmes, qui sont contentes de plus avoir de règles, ça je l'ai remarqué, d'autres sont parfois insécurisées de pas avoir leurs règles, de cycle déterminé. Moi j'ai souvent vu des femmes qui me disent c'est génial de plus avoir de règles.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Après, les orienter vers un choix de l'un ou l'autre je suis pas très à l'aise, très honnêtement en plus comme je les pose pas moi-même. Je reconnais que je ne sais pas bien.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

C'est difficile de répondre à ça comme je suis pas prescripteur et que je les pose pas, c'est pas forcément moi qui vais leur dire qu'elles peuvent pas l'utiliser. Dans quels cas je le contre-indiquerais ça c'est une bonne question. Ouais les antécédents infectieux, enfin je sais pas bien répondre à ça vraiment bien. C'est sûr qu'une patiente qui a des partenaires multiples, une femme… Peut-être que je lui proposerai pas ce type de contraception là.

Posez-vous des DIU ?

Je le fais trop peu je suis incompétent. Je l'ai fait à une époque et je me suis aperçu que je le faisais trop peu souvent et que du coup les dernières fois où j'en ai posé j'ai eu beaucoup de difficultés et j'estimais que je rendais pas un service à ma patiente donc j'ai préféré arrêter, je pense que c'est comme toute chose, quand on est pas assez compétent vaut mieux laisser la main à quelqu'un d'autre. Et puis les assurances nous demandent des cotisations plus chères si on pose des DIU, donc vous voyez on paie plus cher d'assurance pour poser deux ou trois DIU par an, c'est pas rentable financièrement.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

J'ai pas été éduqué comme ça on va dire, j'ai pas appris comme ça, mais je sais que j'ai des patientes nullipares qui sont porteuses d'un DIU et donc je pense qu'effectivement c'est probablement, enfin la médecine évolue, c'est un a priori qui existait au temps où je faisais mes études, on disait aux femmes qui n'avaient pas eu de grossesse : on pose pas de DIU et finalement j'en connais quelques-unes qui ont ce mode de contraception et qui s'en portent très bien. J'ai eu l'exemple d'une qui a assez mal toléré la pose, ça a été très algique très douloureux dans la journée qui a suivi, alors est-ce que c'est le fait qu'elle était nullipare, que j'ai vu en urgence, car elle était pliée de spasmes, mais a priori chez quelqu'un qui n'a pas de contre-indication, qui a une vie sexuelle un peu réglée, je pense que c'est pas un mauvais choix. Ça me heurte pas, ça me heurte pas de proposer ça. Tout à l'heure d'ailleurs quand on parlait de la première consultation, on peut proposer le DIU comme mode de contraception initiale.

En 1ère intention du coup ?

Éventuellement oui, si c'est une femme qui veut pas la pilule et qui a des contre-indications pourquoi pas proposer, même si elle a pas eu de grossesse, un DIU c'est vrai que cette tendance ne me gêne absolument pas.

Quelles sont vos motivations?

J'ai un peu répondu juste avant en disant que c'est la contre-indication à la contraception orale qui va peut-être faire que je vais promouvoir le DIU auprès de cette patiente, mais je pense que c'est aussi pour celle qui peut avoir le choix entre les deux types de contraception c'est un choix personnel et que c'est peut-être pas moi qui irais sur ce terrain là en disant choisissez plutôt ça que ça. Une femme qui n'a pas de contre-indication à la contraception orale et qui se sentira à l'aise avec ce type de contraception, alors maintenant peut-être avec

tous les problèmes qu'il y a eu et les histoires d'accidents thrombo-emboliques et j'en passe et des meilleurs il y aura peut-être une vague de jeunes femmes qui vont vouloir un DIU en première intention, bah pourquoi pas.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

C'est pas une question facile, je vais vous faire une réponse qui est peut-être pas forcément la bonne, mais je vois une femme qui a essayé la pilule et qui l'a mal supportée, qui a pris la pilule, y avait pas de contre-indication, mais elle est pas bien avec, elle a des tensions mammaires bon je sais pas elle a tout un tas de petits effets indésirables qui l'enquiquinent, elle est pas bien. Bah je pense que celle-là elle a tout intérêt d'avoir un DIU.

Pourquoi ne posez/proposez-vous pas le DIU chez la nullipare ?

Je peux le proposer, mais en disant que ce n'est pas moi qui vais le mettre, à ce moment là si la patiente me dit je voudrais bien mettre un DIU je vais lui faire un courrier, je vous envoie chez un collègue gynécologue il va voir ça avec vous, il vous conseillera le modèle, etc. Moi à l'époque où j'en ai posé il y avait pas encore le Mirena® c'était que des stérilets au cuivre. Les seuls que j'ai posés, c'est des DIU au cuivre. Ça fait 21 ans que j'exerce, si j'en ai mis une dizaine, c'est le maximum. Donc c'est pour dire que j'en ai pas fait beaucoup et à un moment je me suis rendu compte qu'il fallait mieux que je laisse tomber cette pratique.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

C'est pas que ça me fait peur, j'ai pas la compétence suffisante, c'est que je le fais pas assez et du coup je suis pas assez performant, je le fais pas assez souvent, vous me demandez d'infiltrer un genou y a pas de problème, une épaule je le fais très bien, mais c'est un geste que je rate. Il m'arrivait de ne pas arriver à insérer le DIU et que la patiente se retrouve avec un DIU non mis en place et d'avoir besoin d'en racheter un autre, mais bon je peux pas non plus demander aux gens de venir dix fois. Voilà, j'ai raté des poses et y a un moment où je me dis je sais plus faire comme il faut : faut que j'arrête ou que je me forme, mais le problème c'est que si j'en mets un tous les deux ou trois ans je vais me former, mais pas mettre en application donc je vais perdre ma compétence au fil du temps. Voilà ce que je ressens, vaut mieux laisser faire les gens qui savent mieux faire que moi. Je crois que c'est le minimum, ne pas nuire. Si on sent qu'on peut être nuisible dans notre pratique, vaut mieux laisser ça à d'autres.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Waouh, chez la mineure pour le DIU, bah je sais pas. Je sais pas honnêtement. En pratique qu'est-ce que je ferais : je lui donnerais un autre rendez-vous ou je l'enverrais chez un confère directement et je décrocherais mon téléphone, j'appellerais mes copains gynécologues et je leur dirais qu'est-ce je dois faire dans ce cas là. Très honnêtement, je sais pas et c'est pas une question que je me suis déjà posée.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Bah je ne savais pas, c'est vous qui me donnez la réponse. On peut le faire. J'avais pas ça en tête. J'aurais été un peu gêné, j'aurais pas su quoi répondre.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Et ben ça m'étonne pas, parce que les médecins qui sont en exercice c'est des gens de ma génération et des gens plus âgés et on leur a pas appris ça, on leur a pas dit ça. Vous savez les changements sont longs à venir, faire sa révolution culturelle et intellectuelle sur des indications thérapeutiques ou des contre-indications c'est pas des choses qui viennent du jour au lendemain. Heureusement qu'il y a des gens comme vous qui nous aident à avancer, c'est pour ça que je reçois des internes. Mais je pense que les choses ne peuvent aller que dans le bon sens. Je pense qu'avec les jeunes générations qui vont arriver et nous qui allons partir à la retraite et bien les choses vont évoluer naturellement même si les gens de mon âge, je pense que dans les réponses que je vous ai faites, je fais pas partie des gens hostiles au DIU chez la nullipare, sur le plan conceptuel ça me gêne absolument pas de proposer ça à une femme qui n'a pas eu de grossesse. Mais je pense qu'il va y avoir un phénomène naturel, les vieux médecins vont être remplacés par des plus jeunes qui auront d'emblée une vision beaucoup plus neutre dans le choix de la contraception de la jeune femme. Ça ne peut que s'améliorer. Ça ne me choque absolument pas. Il faut rester vigilant sur le choix de la patiente, les antécédents d'infection. Une jeune qui a des partenaires multiples, y a quand même un risque accru de salpingites et d'infections. Je fais une parenthèse qui n'a rien à voir avec votre travail, mais je fais toujours un passage sur le préservatif quand on me parle contraception. Je pense que c'est important de parler du SIDA, des infections sexuellement transmissibles. Je tiens à dire que c'est toujours quelque chose que j'aborde même si c'est un autre versant de la gynécologie. On est en retard, comme on croit toujours tout savoir, nous, les Français, on a toujours l'impression que c'est nous qui faisons le mieux. Bah effectivement quand on fait mal on continue à faire mal assez longtemps. Et si l'OMS sur des études certainement sérieuses a montré qu'on pouvait utiliser le DIU chez la femme nullipare, ça va

rentrer de plus en plus dans les mœurs et je pense qu'on va aller dans la bonne direction. Peut-être que l'histoire sur les pilules de troisième génération va être un bon tremplin, un catalyseur de changement d'attitudes et que les médecins vont se dire que la pilule il faut faire attention et proposer des choses différentes.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Pour les médecins qui lisent, je pense que les articles de presse médicale peuvent aider, parce qu'il y a des revues comme Prescrire qui peuvent faire… Enfin c'est une revue qui a une certaine rigueur morale, faire des FMC. Je pense que c'est aussi le travail des gynécos, ils peuvent venir nous voir pour faire passer un peu le message et l'information au patient. Comme je disais tout à l'heure, c'est souvent le patient qui vient en demandant sa contraception. La patiente, elle vient, en disant : « j'aimerais bien que vous me prescriviez la pilule », même si on lui dit qu'il existe autre chose, si elle a mûri dans sa tête en prenant son petit comprimé le soir et que ça va être ça sa contraception, c'est pas toujours facile de la faire revenir en arrière. Donc je pense qu'il faut faire une information grand public pour expliquer que la contraception c'est pas que la pilule. Ça vient, on entend des choses comme ça, mais je sais pas si c'est très audible. Nous on l'entend parce qu'on est médecin et qu'on se tient au courant, y a un mec qui parle de ça qu'a fait ça, qui a publié un bouquin qui en a parlé à la télé. Mais est-ce que c'est assez audible par le grand public qui reste aussi dans ses certitudes, dans ses acquis. Je pense pas, il faut travailler dans le grand public. C'est aussi parce que les femmes vont dire : « mais docteur on m'a dit qu'on pouvait mettre un stérilet même si j'ai pas eu d'enfant » Ça peut, peut-être aussi faire bouger les choses par cet intermédiaire là. Former les médecins et surtout informer les femmes dès le début, quand y a des formations sur la contraception dans les lycées de parler du stérilet en disant que c'est pas réservé à leur mère. Ça peut peut-être faire bouger les choses.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

L'entretien qu'on a aujourd'hui. Quelque part je pense que j'étais sensibilisé, mais certainement pas suffisamment, car j'aurais tendance à proposer une contraception orale assez facilement. Je suis pas sourd à l'idée qu'on peut le faire. Faut que ça mûrisse. Notamment on va faire une formation sur la contraception avec mon groupe de FMC donc ça sera une façon de l'aborder et comme c'est moi qui l'organise je vais être obligé de m'y pencher un peu dessus du coup je vais relire des choses sur ce domaine. Voilà c'est la formation continue, le fait d'échanger avec les confrères, discuter avec nos internes, qui ont une vision un peu plus moderne de la médecine que nous. Et qui nous décrasse un petit peu les neurones par rapport à ça, et les confrères. Moi, souvent ce qui me fait souvent changer mes attitudes en matière de pratique professionnelle, c'est les échanges avec les confrères. Des fois je fais ça et puis on en parle et je me rends compte que c'est un peu obsolète et qu'il faut faire autrement. Pour moi c'est un bon vecteur de changement peut-être plus que la littérature, quand on lit un article c'est un petit peu fouillis, on retire pas toujours la chose importante alors que l'échange entre confrères c'est un peu plus simple, on va direct au but. Souvent on se dit dans cette situation, cette attitude là est un peu dépassée vaut mieux faire

comme ça. Donc ça peut-être à l'issue de FMC ou d'échanges informels ou de groupes de pairs même si j'en fais pas beaucoup, mais j'en ai fait quelques-uns. C'est des discussions qui peuvent nous faire avancer. Moi le frein, je pense que c'est l'habitude et une formation initiale plus complète. La formation initiale va pas dans ce sens et après on est arc-bouté sur ses vieilles habitudes. Et peut-être qu'on se cache un peu derrière la demande du patient qui est pas celle du DIU. Les femmes qui viennent demander un stérilet, c'est pas la jeune : en première intention elle va demander autre chose.

Entretien n°2

CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Dans un premier temps j'écoute ses besoins, ses attentes, ses souhaits, son mode de vie. Je m'adapte toujours à sa demande. Le panel de contraception est vraiment varié, et s'adapte à la patiente. J'ai pas un schéma prédéterminé.

Quelle contraception pour quelle jeune femme ?

Si vous me dites quel genre de femme, je peux vous dire quel genre de contraception. Je veux savoir si elle est en couple, si elle a un projet d'enfant bientôt, si elle veut plus jamais d'enfant, si elle change de partenaire. À chaque patiente, je m'adapte.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?

Je propose tous les modes de contraception même dans certains couples je propose que ce soit la vasectomie pour l'homme.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Si la question, c'est la pilule du lendemain : j'adhère pas à Norlevo®, car j'ai eu deux échecs, moi je préfère garder mon ancienne méthode : je propose cinq pilules Stédiril® d'un coup. Mais en général, elles vont directement à la pharmacie sans passer par le médecin.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je le pratique pas. Les délais sont tellement longs pour voir un gynéco que sur le terrain on peut pas trop l'appliquer. À l'époque où je posais des stérilets, je l'ai tenté une fois, mais j'adhère pas.

Pourquoi vous n'adhérez pas ?

Parce que je faisais mal à la patiente, parce que c'est invasif. Mettre un stérilet c'est déjà dur psychologiquement, mais en urgence c'est encore plus dur.

CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je trouve que c'est une contraception super, moi j'ai placé des stérilets. Ça fait 28 ans que j'exerce, ça fait peut-être cinq ans que j'ai arrêté d'en mettre. Si vraiment il fallait que j'en mette, je pourrais reprendre, mais… Je mettais toujours le même Multiload 370®, avec ce stérilet là, j'ai jamais eu d'échec ni de rejet. J'ai jamais eu de problème. Maintenant avec les années je suis devenue flémarde. Je préfère que ce soit les gynécos qui le mettent. Si elles veulent un stérilet, je leur dis que c'est une bonne méthode et je les envoie chez leur gynéco.

Selon vous, les avantages ?

Vraiment vraiment c'est formidable. C'est une belle méthode. Pas d'oubli de pilule, c'est naturel et elles sont tranquilles pour longtemps.

Et les inconvénients ?

Les spottings, les dysménorrhées, mais il suffit de dire aux patientes que c'est au début, qu'après ça s'arrête et tout se passe bien. Les patientes, parfois, m'ont dit que les fils étaient gênants pour leur partenaire, mais bon… C'est plutôt quelque chose de pratique et de bien toléré. Quand on a ciblé qu'elles changent pas de partenaire, que ça fait un an qu'elles sont en couple, qu'il n'y a pas eu de vaginite ou d'infections, elles peuvent y aller.

Selon vous, quel est le mode d'action du DIU ?

Bah c'est anti-nidatoire.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Alors je m'en mêle plus, je laisse faire le gynéco. Personnellement j'ai toujours mis le même parce que je savais le mettre, je me suis pas aventurée sur des stérilets que je ne connaissais pas. Je pense que chaque gynéco a sa méthode.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Je laisse faire le gynéco. Y a des gynécos qui aiment en mettre et d'autres non. Je choisis les gynécos qui savent les mettre.

Posez-vous des DIU ?

Oui, j'en ai posé pendant plus de 20 ans. Mais maintenant, j'ai arrêté. J'ai arrêté de mettre des stérilets, ça me créait du stress.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Bah je pense que c'est super parce qu'il y a toute une nouvelle génération de jeunes filles qui fument. C'est mieux de mettre un stérilet que de prendre la pilule dans ce cas là. Du coup dans ce cas là, j'adresse au CHU au docteur X car je sais qu'elle veut bien les mettre. C'est pas tous les gynécos qui acceptent de les mettre. Ça sert à rien d'attendre quatre mois un rendez-vous pour que la gynéco refuse de le mettre. Je vérifie que la gynéco sera d'accord et dans ce cas là, je suis tout à fait pour.

Quelles sont vos motivations ?

Mes motivations… Ça évite de prendre la pilule tous les jours, ça évite les risques d'oubli. C'est plus pratique que l'implant. Si ma patiente est avec un homme, qu'il n'y a pas d'infection, d'IST, si c'est pas des femmes qui changent de partenaire souvent, je trouve que c'est une méthode super.

Pouvez-vous m'en dire plus sur les IST, les partenaires multiples et le DIU ?

Les femmes qui ont des partenaires multiples sont plus à risque d'avoir des IST et les femmes qui ont des IST avec un stérilet c'est pas terrible. Si elles font une salpingite, bah c'est pour notre pomme. Pour moi la vraie contre-indication c'est ça. Le risque infectieux est trop important.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Une jeune femme qui a passé les 25 ans, qui s'est posée dans sa vie de couple qui a décidé qu'elle ferait pas d'enfant avant huit ans. Les jeunes femmes qui consacrent toute leur existence à leur vie professionnelle et qui veulent pas d'enfant on en croise. Dans ce cas là, c'est un peu galère de prendre la pilule. Je dis toujours que la contraception c'est jusqu'à votre ménopause autant faire des pauses avec des stérilets. Il faut que ce soit une femme qui soit vraiment en confiance avec son médecin, je pense, pour pouvoir passer au-delà de ses appréhensions.

En 1ère ou 2nde intention ?

Ça dépend. Si c'est une fumeuse, tout de suite. On a toute une génération de filles qui fument très jeunes, elles ont commencé à 15 ans. Par contre, c'est important pour moi de proposer des consultations anti tabac au moment de la contraception. Ça leur donne le temps de réfléchir. Mon discours est tellement clair qu'elles préfèrent arrêter de fumer. Après, je propose le stérilet quand elles se sont stabilisées dans leur couple, pas si elles changent de partenaire.

À n'importe quel âge ?

Chez la plus jeune non, y a trop de risques d'infections, de GEU et d'échecs d'insertion et d'échecs de la méthode, et puis la gestion de la douleur est difficile chez les ados. Leur col est punctiforme, du coup la pose est mal vécue par les très jeunes. Ça m'est arrivé une fois d'en poser chez une nullipare de 19 ans, mais vraiment, parce que j'avais une contre-indication à toutes les autres méthodes.

Quel en est votre souvenir ?

Mauvais. La patiente a eu mal, elle a fait un malaise. Je l'ai enlevé dix jours après, elle était pas prête dans sa tête.

Posez-vous les DIU chez ces patientes ? Si non pourquoi ?

Parce que j'ai observé que quand j'avais une personne dans la salle d'attente à qui je devais poser un stérilet, ça me créait du stress. Et que maintenant à mon âge j'élimine le stress. Je travaille beaucoup donc je facilite ma façon de travailler. J'élimine de ma pratique tout ce qui peut créer du stress.

Et que faites-vous si quelqu'un vous demande un DIU ?

Je lui propose un rendez-vous avec le professeur X au CHU.

Pourquoi ne posez/proposez-vous pas le DIU chez la nullipare ?

Parfois, j'ai pas réussi à les mettre, parfois il fallait vraiment que je tire sur le col, que je pousse. Parfois, j'ai transpiré, car je n'arrivais pas à franchir le col. Deux fois, la consultation s'est soldée par un échec, j'ai dû les envoyer chez le gynéco pour le poser. Ça, c'est pas agréable. Des cols complètement spasmés. Parfois des petits évanouissements, des malaises. Mais c'est la minorité. Dans ma carrière, j'ai dû placer une soixantaine de DIU sans problèmes.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Moi, je le mettrais pas et je le proposerais pas, pour la mineure je donnerais plus facilement la pilule, parce que je pense que la mineure ne va pas être dans un couple bien stable, l'utérus est encore trop petit, l'examen gynécologique est pas bien toléré. Ça serait un peu traumatisant, et je pense que les mamans ne laisseraient pas faire. Je ne mettrais pas un stérilet chez la mineure.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Non, je suis pas au courant. Récemment, j'ai un correspondant gynéco qui n'est pas arrivé à mettre un stérilet chez une nullipare tellement elle avait mal et des contractions utérines donc ce genre de transpiré je préfère que ce soit les gynécos qui s'en occupent.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Je pense que le côté pratique n'est pas simple, que pour avoir un rendez-vous chez un gynéco faut quatre mois. En plus, faut que la personne puisse appeler en disant : « tiens, j'ai mes règles aujourd'hui vous pouvez me le mettre » Mettre un stérilet aujourd'hui à Grenoble c'est encore un parcours du combattant. C'est pour ça qu'à un moment je me suis dit : « tu vas t'y mettre », je l'ai fait. Je pourrais dire, je fais une formation, j'apprends à mettre les nouveaux, mais je suis pas motivée. J'ai pas envie de me restresser, c'est fini.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Ça m'étonne pas. À mon époque on apprenait que le stérilet c'était pour les femmes qui avaient eu des enfants. Du coup, beaucoup de médecins en sont restés là et surtout les mentalités persistent. Après c'est pas si simple de poser un stérilet, il faut un minimum d'organisation, il faut du temps.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Déjà si vous appelez la gynécologie à Grenoble c'est le parcours du combattant, vous allez passer une heure au téléphone. C'est un service complètement saturé. Prendre un rendez-vous pour le patient c'est déjà quatre mois, donc négocier pour poser un stérilet le jour de vos

règles c'est le parcours du combattant. Ça marche pas. Dans le privé c'est saturé. Moi j'ai que le système D de mon correspondant en ville gynéco ou je peux de temps en temps faire doubler la consultation, mais on est toujours dans le système D. La méthode serait qu'on puisse avoir un gynéco disponible pour ça et qu'on puisse le joindre facilement. Donc ça veut dire plus de perso à l'hôpital donc c'est une utopie.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer plus ?

Je pense que c'est mieux que ce soit en milieu hospitalier si la patiente fait un malaise. Je pense qu'à chaque fois que j'ai posé un stérilet, j'ai pris un risque. Il faut le signaler en plus aux sociétés d'assurance et avoir un matériel de réanimation pour pousser un peu d'air. On a toujours vu qu'il y a un risque de choc vagal donc je préfère que ce soit en milieu hospitalier.

L'objectif de notre thèse est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Pour moi, le risque essentiel c'est de faire mal, le malaise vagal et de pas arriver à le mettre. Et puis quand les fils remontent, la fille doit passer au bloc opératoire pour se faire enlever son stérilet. On a eu quand même beaucoup de soucis. Moi je me dis que je me facilite la tâche. C'est la sagesse qui prime. Le risque est trop grand à prendre en individuel. Faut du temps, faut se poser pour mettre un DIU. Quand on a une salle d'attente qui piétine, des coups de téléphone. À chaque fois que je posais un stérilet, je m'enfermais à clé, je me bloquais une demi-heure. Dans le flot de la consultation on peut pas dire qu'on est pas assez payé, mais quand même. On en fait pas un but d'argent. Moi c'est pas pour une histoire d'argent.

Entretien n°3

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Bah déjà, ça dépend des antécédents personnels et familiaux médicaux, la recherche d'éventuelles contre-indications. Qu'est-ce que je propose : je propose rien je propose tout, s'il n'y a pas de contre-indications. En fonction de ce qu'elles veulent, on s'oriente vers une méthode. L'implant, le stérilet, la pilule, le patch, le Nuvaring® et le préservatif en tant que moyen de protection contre les IST.

Quand elles viennent, elles ont une idée précise de la contraception qu'elles veulent ?

Moi je choisis rien a priori, j'explique toutes les méthodes contraceptives qui sont à notre disposition. Souvent, elles préfèrent la pilule, mais pas toujours.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?

Dans tous les cas si elles veulent la pilule, je leur explique qu'il en existe d'autres. On est centre de planification donc c'est aussi notre travail de les informer. Une contraception, elle fonctionne correctement à partir du moment où elle est bien prise et bien acceptée par une femme autant qu'elle la choisisse elle-même. Ça marche pas si l'implant est imposé, si la pilule est imposée : il y a des oublis. Si elle veut la pilule ou les patchs ça peut se décoller ou mettre un anneau dans le vagin, beurk, c'est simple on reste sur la pilule.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

La contraception d'urgence c'est Norlevo®, la pilule du lendemain.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Franchement jamais utilisé, j'en pense rien. Pourquoi pas, mais c'est complexe. C'est compliqué en matière de timing. Déjà poser un stérilet c'est compliqué, mais un DIU en urgence sans faire de chlamydia avant c'est difficile. À moins qu'il y ait de grosses contre-indications aux œstroprogestatifs. Mais ça m'est jamais arrivé. On verra si ça doit arriver un jour on l'adressera à l'hôpital. Faut que j'en discute avec mes collègues, mais je pense pas. J'ai pas l'impression qu'on l'a déjà fait.

➢ CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations donnez-vous sur le DIU ?

Les filles qui n'ont pas du tout d'avis, je commence par le DIU, car c'est la méthode de contraception fixe la plus longue. Je leur montre à quoi ça ressemble, car en général elles imaginent que c'est quelque chose de très grand. Comme le moyen de contraception le plus sûr. Mais elles sont très très frileuses par rapport à tout ce qu'elles peuvent entendre dire par leur mère, leur gynéco, leurs copines.

Les avantages ?

Y a pas d'hormones. Les avantages, c'est l'absence de prise de comprimé donc un confort de ne pas se préoccuper de prendre la pilule. C'est une méthode fiable, efficace et pas chère.

Les inconvénients ?

Les inconvénients, c'est les saignements, éventuellement les hémorragies.

Son mode d'action ?

Ça a une action mécanique, empêche la nidation et modifie la glaire. J'en fais voir en général, car elles s'imaginent que c'est super grand.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Chez des très jeunes femmes comme on a chez nous des filles de 18 à 25 ans, on propose des Short au cuivre.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Bah dans les troubles de coagulation, problèmes infectieux gynéco en cours.

Les jeunes filles qui n'ont pas de relation stable ça ne vous gêne pas ?

Non, pas du tout, je considère que c'est pas le stérilet qui donne l'infection, mais le comportement à risque. À celles-là, je leur dis de bien utiliser le préservatif. Si elle a pas de relation stable, je vois pas ce que ça change que ce soit le DIU ou la pilule, le risque infectieux est le même.

Posez-vous des DIU ?

Pas encore. Ça va se faire. Je suis en pleine formation.

Où allez-vous vous former ?

C'est à l'hôpital que je vais me former et auprès de mes trois autres collègues qui en posent déjà. On fera un mixte.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose du DIU ?

Oui, on fait un examen gynéco complet, on recherche le chlamydia par prélèvement vaginal intracervical. Le labo avec lequel on travaille recherche le gonocoque en systématique aussi. Dès qu'on a une recherche de chlamydia, on a le gonocoque aussi.

- **<u>DIU ET NULLIPARITE</u>**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Beaucoup de bien. Je n'ai aucune réticence. Y a toujours des réticences, des vieux préjugés qu'on se trimballe depuis 40 ans, mais voilà. Elles y viennent. Elles posent des questions, ça veut pas dire qu'elles vont en vouloir un demain, mais bon ça change. La bonne contraception : c'est celle que la femme tolère, accepte de prendre, et fonctionne. Après, moi, je m'en fous : c'est pas moi qui la prends. Quelle que soit la contraception choisie par la patiente : l'essentiel c'est qu'elle la tolère bien.

Donc aucune crainte ?

Non, je pense que si les médecins en parlaient plus, il y aurait moins d'IVG. Avec la pilule, les jeunes ont trop de liberté : elles la prennent, l'oublient, la reprennent. Et voilà, après on se retrouve avec des grossesses non désirées et des avortements. Une IVG : c'est pas rien.

Quelles sont vos motivations pour proposer un DIU ?

Bah, nous, la motivation : on en posait pas du tout. Ça fait trois ans que je travaille ici. On s'est formé depuis deux ans les unes après les autres. Proposer toutes les méthodes contraceptives disponibles en France remboursées ou pas remboursées. C'est tout. C'est notre objectif. La contraception doit être choisie.

Dans quelles indications ?

Antécédents cardio-vasculaires, les patientes en fauteuil, thrombophilie avérée, antécédents de thrombose. Je crois que c'est tout.

Quel est le profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Un profil type de nullipare chez qui on propose : bah déjà nous elles ont toutes moins de 25 ans, on n'a pas de personnes plus âgées. Si c'est ça ou pas de contraception, je préfère qu'elles aient une contraception plutôt qu'elles soient enceintes. Après il est préférable qu'elles conservent le préservatif avec le DIU, avec la pilule aussi d'ailleurs ça change rien au schmilblick.

Pour vous y a-t-il un critère d'âge ?

D'âge, non vraiment non. Très très jeunes, je pense qu'elles supporteraient pas d'avoir quelque chose. Comme elles connaissent pas bien leur corps, c'est plus simple d'avoir quelque chose d'extérieur, même l'implant, elles ont du mal.

Que disent les jeunes femmes qui en ont un ?

Elles disent qu'elles sont contentes. Après si ça saigne trop, elles sont pas satisfaites, du coup, on les enlève.

Que dites-vous à une jeune femme qui vous demande ce moyen de contraception ?

Et ben pour moi c'est bon, je fais l'examen gynéco, la recherche chlamydia et on voit avec les dates de règles pour la mise en place, je l'adresse à une de mes consœurs.

Qu'est-ce qui vous fait peur dans la pose du DIU ?

Oui, je suis pas très à l'aise avec les pinces, les bistouris. Je vais transpirer un peu, mais ça va bien se passer.

Comment pouvez-vous changer ça ?

Bah, faut que j'apprenne, je manipule, que je pratique, que j'acquière de l'expérience.

Une nullipare, mais non nulligeste, ça change quelque chose pour vous ?

Pour moi, ça change rien. Nullipare ou multipare c'est pareil, bon c'est vrai que quand le col est petit c'est plus embêtant, mais bon.

Quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Chez une mineure, bonne question, y en a pas beaucoup. Je sais pas.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Non, je ne savais pas.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Ça serait bien que ça change si on veut diminuer le taux d'IVG.

D'après vous, comment peut-on changer cette pratique en général ?

Faut former les médecins, je vois que ça. Parce que l'info : les jeunes elles l'ont sur internet. Moins connus ce sont les patchs, les anneaux, les stérilets et la pilule. Souvent, c'est le stérilet de maman et la pilule de la copine. C'est les mythes qui persistent. Et un gros changement des mentalités dans notre société. Je pense que le stérilet est un bon moyen de contraception, mais qu'il est sous-utilisé, il y a encore trop de réticences face à ce moyen de contraception. Il suffirait d'un changement de mentalité et de croyances pour que d'un coup on en pose plein. Mais qui sait, on va peut-être y venir plus vite que prévu avec le scandale des pilules de troisième et quatrième génération.

Entretien n°4

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Une jeune femme de quel âge ?

On a ciblé l'âge de la première grossesse qui est de 30 ans en moyenne en France. Donc moins de 30 ans.

Bah disons les jeunes femmes qui n'ont aucun facteur de risque, qui ne fument pas trop, celles qui fument un peu on fait avec, celles qui ne fument pas trop qui peuvent comprendre normalement je leur propose la pilule en première intention. Si elles ont très peur de rien y comprendre ou de se tromper, je propose l'implant. Sans parler du préservatif associé, ça va de soi, mais je le propose rarement uniquement comme mode de contraception.

Quand elles viennent, elles ont une idée précise de la contraception qu'elles veulent ?

Elles viennent pour la pilule, parfois l'implant si une copine l'a eu, mais c'est plus en deuxième intention pour arrêter la pilule.

Du coup, vous ne proposez pas tout l'arsenal contraceptif ?

Je propose pas le stérilet en première intention chez une jeune femme qui n'a pas encore eu de grossesse, ça c'est sûr. Ça fait partie du choix qu'on a, mais c'est sûrement pas quelque chose à proposer en première intention chez une femme nullipare sans contre-indication. Je leur en touche juste deux mots.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Bah, la pilule du lendemain si c'est vraiment précoce Ellaone® ou Norlevo® soit le stérilet si c'est un peu plus tardif.

Donc ça vous est déjà arrivé de le proposer comme contraception d'urgence ?

Oui, mais c'est très rare. C'est rare qu'elles arrivent tard. Soit, elles arrivent beaucoup trop tard, soit tôt et on peut leur proposer la pilule du lendemain.

Et vous les retirez après ?

Ça dépend… S'ils sont bien tolérés, qu'elles sont pas enceintes : certaines le gardent. Par contre si les saignements sont trop abondants en général elles le gardent pas longtemps.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je trouve pas que ce soit le plus pratique surtout chez une très jeune femme. Pour mettre un DIU chez les toutes jeunes on fait en sorte d'être sûr qu'elles n'aient pas d'infections, d'IST ; et en urgence c'est quand même difficile d'en être sûr.

➢ CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations donnez-vous sur le DIU ?

C'est une contraception sans contrainte. La plupart sans hormone, car c'est rare que je propose le Mirena® chez une jeune femme sauf si elle veut pas trop de règles. Qu'il reste en place suffisamment longtemps, mais qu'on peut retirer si elle le souhaite. Facilement maniable si on fait attention aux infections.

Les avantages ?

Ne pas se soucier de contraception. C'est fiable.

Les inconvénients ?

La plupart du temps, ce qu'elles craignent, c'est d'avoir quelque chose dans le corps, qui les gêne. Certaines l'ont enlevé à cause de ça, qu'elles le supportent pas. Qu'elles veulent pas avoir un corps étranger. Elles sont rares à avoir peur des infections, c'est plutôt moi qui en ai peur plutôt. Les infections elles y pensent pas trop.

Leurs réticences c'est quoi ?

Avoir un corps étranger. C'est souvent ce qui ressort et après c'est d'avoir des règles importantes si leurs copines leur ont dit.

Par quel mécanisme agit le DIU ?

Alors ça c'est une bonne question, si je me souviens bien de mes cours : je crois que ça a une action anti-nidatoire et abortif. Le Mirena® modifie la glaire cervicale et a un effet néfaste sur les spermatozoïdes. Je crois que c'est ça le mode d'action.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

C'est beaucoup plus souvent des femmes qui ont eu plusieurs grossesses. C'est souvent au bout de deux ou trois grossesses qui en ont assez de prendre la pilule et veulent quelque chose qui soit pas hormonal. Du coup, je leur donne un stérilet sans hormone. Je prescris plus de stérilets sans hormone que le Mirena®.

Du coup, vous prescrivez plus de DIU au cuivre que des Mirena® ?

Le Mirena® : je le prescris un petit peu, mais plus chez les femmes qui en ont assez d'avoir des règles abondantes.

Vous arrive-t-il de contre-indiquer le DIU et dans quels cas ?

Tout de suite en post-partum, pas avant deux mois, deux mois et demi. Chez des femmes qui ont des infections sexuellement transmissibles, des infections vaginales à répétition, des problèmes de col.

Posez-vous des DIU ?

Oui depuis 28 ans.

Comment avez-vous été formé en gynécologie et sur la pose du DIU ?

Sur le tas en assistant à des consultations de gynéco avec des internes de gynéco ou des médecins. Globalement, c'est sur le tas. Je suis pas passée spécifiquement en gynéco. Pour le stérilet, c'est des collègues qui m'ont montré après on se lance.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose du DIU ?

Chez les femmes que je connais qui ont eu plusieurs grossesses, pas d'infections récidivantes, je prends pas de précautions particulières si elles sont pas en post-partum immédiat. Si, la précaution : c'est de vérifier qu'elles sont pas enceintes. Donc quand elles

viennent pas pendant les règles je leur fais faire un test de grossesse, mais bon, la plupart du temps elles viennent en fin de règles donc y a pas de gros risques. La précaution c'est que je les fais venir en fin de règles. Chez les toutes jeunes, c'est beaucoup plus rare que j'en mette, je l'ai fait une fois ou deux : je fais un prélèvement vaginal pour vérifier qu'elles aient pas d'infection avec recherche de chlamydiae, gonocoque, mycoplasmes, pour qu'elles se retrouvent pas avec une obstruction des trompes.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Je pense que ça peut être une bonne alternative si on fait attention et qu'elle est bien d'accord pour le faire. Ça doit pas être imposé. De toute façon, toutes les jeunes filles qui ont des contre-indications aux hormones on devrait leur proposer. Les filles qui en ont marre de prendre la pilule ou qui l'oublient tout le temps.

En 1ère intention ou 2nde intention ?

En deuxième intention sauf si y a des contre-indications. J'ai une patiente à risque dont la maman a un cancer du sein, à ces jeunes filles je leur propose pas la pilule. Toutes les contre-indications de pilule, je leur propose ça ou l'implant. Je n'oriente pas en première intention notamment pour une question de durée de contraception. Pas pour le problème technique, mais du fait que c'est une contraception de longue durée. J'ai pas envie de le mettre et de l'enlever trois mois après.

Chez la nullipare, mais non nulligeste vous poseriez un DIU plus facilement ?

Oui parce qu'une femme qui a eu une aspiration, elle a un col modifié, qui a déjà été dilaté donc c'est plus facile à insérer un stérilet. Mais, y a quand même une certaine réticence des jeunes nullipares de mettre un stérilet.

Notamment pour le corps étranger ?

Ouais pour le corps étranger et je pense qu'elles ont peur d'un geste agressif. Elles ont peur que ce soit pas autant réversible que la pilule. La pilule elles l'arrêtent et hop elles sont enceintes.

Vous pensez qu'elles craignent un risque d'infertilité ?

Oui y a ça. Pour les filles qui ont pas eu beaucoup d'examens gynéco, aller mettre un stérilet c'est quand même plus agressif que de faire un frottis.

Quelles sont vos motivations pour proposer un DIU ?

Les jeunes femmes qui ne peuvent pas prendre la pilule. Celles qui ne veulent pas prendre d'hormones, y en a de plus en plus, surtout avec la campagne actuelle. Celles qui se trompent tout le temps. Celles qui veulent être sûres à 100 % : disons c'est plus sûr qu'une pilule qu'on oublie.

Quel est le profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Une jeune femme qui oublie sa pilule, qui a eu une grossesse sous pilule, mais qui en même temps ne risque pas trop les IST, car il faut être réaliste y a quand même plus de risques avec le stérilet surtout si on les cherche pas avant de les poser.

Posez-vous des DIU chez ces patientes ?

Oui, ça a dû m'arriver deux fois. C'est sûr, c'est pas la plus grande demande. La plus grande demande c'est quand même les femmes mûres avec tous leurs enfants.

Du coup ça s'est bien passé ?

Tout s'est bien passé.

Comment organisez-vous la consultation ? Quelles sont les conditions de pose ?

Je fais un examen gynéco, j'examine le col, je désinfecte et je mets la pince de Pozzi. En général, on discute, elles sont détendues. Après je fais toujours l'hystéromètrie, je vérifie, si ça passe, je me lance dans la pose du stérilet si le col est imperméable et difficile à passer je le mets pas. Je vais pas aller en force sur un col qui a jamais été…

Vous utilisez la pince de Pozzi ?

Oui, j'ai essayé les deux techniques et sans la pince de Pozzi c'est quand même plus difficile. Non quand on explique bien la pince de Pozzi : c'est pas insurmontable. Elles se sentent pas particulièrement agressées, je les fais tousser pendant que je la mets. Je leur explique que c'est pour mettre le stérilet bien au fond de l'utérus. J'ai jamais eu de plainte à part celles qui sont un peu douillettes. Ce qui est le plus douloureux : c'est de passer le col quand elles sont douillettes.

Est-ce que vous utilisez une prémédication ?

Non. À un moment je mettais des comprimés de Cytotec® en intra vaginal et je me suis aperçu qu'elles expulsaient plus facilement à mon goût que celles qui n'avaient pas de Cytotec®. Ce qui parait un peu logique. Du coup, je le fais plus et je trouve pas que ce soit plus difficile à passer. Après, on peut leur proposer du Spasfon® ou des anti-inflammatoires pour les douleurs postpose.

Même chez la nullipare ?

Chez la nullipare, je l'essaierais pas d'emblée, j'essaierais sans le Cytotec®, quitte à les faire revenir deux heures après. Le Cytotec®, il est plus dans l'action de vider l'utérus que de le remplir.

Vous faites une écho systématique après une pose ?

Si, bah si. Depuis que je me suis aperçu que certaines patientes le perdaient ou l'expulsaient. Ça permet au moins d'être sûr qu'il est bien situé. Quand on le pose on a beau faire attention, on est sûr de rien.

Est-ce qu'il y a encore des choses qui vous font peur dans la pose du DIU ?

Non, je suis peut-être pas assez strict sur ce qui est geste et asepsie, j'ai jamais eu de soucis, je touche du bois.

Quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

La mineure : qui a quel âge ? Au-delà de 15 ans ?

Inférieur à 18 ans.

Parce qu'au-delà de 15 ans ils peuvent demander l'IVG tout seuls. J'ai jamais eu de demande, mais je pense que je me lancerais plus sur une autre contraception entre 15 et 18. Je pense qu'elles sont un petit peu jeunes physiquement, après y en a qui sont pas jeunes dans leur tête, mais physiquement. La pose est plus compliquée. C'est peut-être moi, c'est dans ma tête peut-être. Si elles font une complication sous pilule, le risque est le même qu'avec le stérilet. La plus jeune à qui je l'ai mis elle avait 20 ans. Y a zéro demande. À 15 ans, je préfère mettre un implant. C'est évident. Au passage du col elles sont pas très mûres quand même ça fait peur.

Vous pensez que c'est un manque d'informations des jeunes filles sur ce moyen de contraception ?

Oui oui, bah disons que ça fait très longtemps même nous médecins qu'on dit qu'on peut mettre un stérilet chez les femmes nullipares. On a pas appris comme ça. Jusqu'à présent, le stérilet est un moyen de contraception réservé aux femmes qui avaient eu toutes les grossesses désirées.

Vous pensez qu'il existe ce risque de stérilité ?

Je pense pas. Un accident peut arriver, mais avec une IST, pareil. Y pas besoin d'un stérilet pour boucher les trompes.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Le fait de dire que ça pourrait être le premier moyen chez une mineure, une femme très jeune ça me surprend un peu quand. Maintenant en France on est très très en retard, ça c'est sûr ; mais entre les deux, faut trouver un juste milieu. Le proposer en première intention chez une jeune fille, j'avoue que j'aurais du mal quand même. De là le prescrire jamais aux jeunes filles non. La formation n'est pas suffisante aussi.

Comment peut-on changer cette pratique en général ?

Déjà, on le propose jamais jusqu'à présent chez une toute jeune, donc on peut commencer à le proposer dans les alternatives de la contraception. Parce que jusqu'à présent les jeunes

femmes c'était pilule ou implant. Peut-être un stérilet plus adapté à la situation, des inserteurs plus petits. Une meilleure formation théorique, mais surtout pratique. Après c'est aussi à nous de nous former.

Vous, vous en posez, donc ça vous pose pas de souci ?

Ça me pose pas de souci, mais honnêtement pour le moment je le propose très rarement le stérilet à une jeune fille. C'est plus par habitude.

C'est quoi qui freine les autres médecins pour vous ?

Pour être à l'aise, il faut en poser souvent. Je pense que de plus en plus de médecins hommes on n'a pas beaucoup de demandes. Parce qu'ils en posent très peu. La pose est d'autant moins compliquée qu'on en pose. Avec l'expérience et la manipulation, on apprend à avoir confiance en soi. Et les femmes médecins je sais pas pourquoi parce qu'elles ont pas appris. Elles ont peur. Peur des accidents, des effets secondaires. De toute façon, les nouvelles générations ont peur de tout. La nouvelle façon de penser c'est « oh mon dieu », on fait, « si et si, il se passe si ». Même les BCG, les médecins le font plus, tellement ils ont peur de la BCGite. C'est stupéfiant. Je vais pas envoyer les bébés que je suis à l'hôpital. Alors qu'on fait des Intra Dermo Réactions, ils font pas de BCG intradermique. Alors ça, je comprends pas. C'est à tous les niveaux pareil, c'est la peur de mal faire le geste, je sais pas. C'est pas beaucoup plus compliqué qu'un frottis. Y en a qui mettent les implants, pas les stérilets, alors que finalement c'est pas pire.

Vous vous êtes renseigné sur les assurances ?

Oui faut une assurance complémentaire.

C'est plus cher ?

De toute façon, c'est dilué dans nos charges.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer plus ?

C'est juste un changement d'attitude de ma part. De changer mes réflexes. C'est juste un problème d'habitude. Parce qu'elles me demandent d'emblée une pilule, que je puisse aller au delà et leur proposer le stérilet. Surtout chez les fumeuses.

Vous pensez que les revendications actuelles sur les pilules de troisième génération… ?

Ah ça, c'est sûr on commence à avoir des demandes de contraceptions sans hormones donc forcément.

L'objectif de notre thèse est d'analyser les freins à la diffusion du DIU chez les jeunes femmes nullipares en médecine générale.

Il manque beaucoup d'information grand public sur le stérilet, même pour les autres femmes : c'est tabou. Jamais de pub. Beaucoup de médecins ne le mettent pas, donc ne le proposent pas. Les gynécos médicaux ont quand même peur de tout par rapport aux gynécos obstétriciens. Il faut que les médecins tiennent le même discours. Si une femme entend plusieurs sons de cloche, elle va plus savoir où elle en est. Du coup, elle choisira pas ce mode de contraception. C'est dommage.

Entretien n°5

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Déjà, je vais demander si c'est une vraie demande de contraception, parce que parfois on a des demandes qui sont déguisées par l'acné, des douleurs abdominales ou des choses comme ça. J'essaie de me rendre compte si on est dans la contraception. On va dire qu'on est dans la contraception. Je vais lui demander ce qu'elle sait par rapport à la pilule. Non je vais lui demander quel genre de pilule non quel genre de contraception va l'intéresser. De par mon expérience, je sais qu'on va tomber dans la pilule la plupart du temps. C'est très rare des gens qui voudraient une contraception locale uniquement. Les préservatifs, ils en mettent, mais pour une autre cause : la protection, mais sinon en exclusivité ils aimeraient pas. Et c'est normal. Si c'est épisodique, on pourrait y réfléchir. Sinon la plupart du temps on a beau dire qu'il faut leur montrer plein de choses : y a rien à faire, c'est concentré sur la pilule. Première contraception donc on est sur quelqu'un de jeune. On a rarement des premières contraceptions à 35 ans. On va discuter de la contrainte que ça peut apporter. Mais déjà, je vais chercher si y a une urgence à la mettre. Si y a déjà eu quelque chose de démarré. Je vais essayer de voir dans quelle urgence je me mets. J'aurai pas forcément la même attitude. Et puis donc je vais rester clinique, je vais voir toutes les contre-indications qu'on connait : diabète, cardio-vasculaire, tous les antécédents. Si je la connais pas du tout, je vais lui prendre la tension, des choses comme ça quand même. Si je la connais très très bien, et que je la suis : je vais pas forcément faire un examen clinique parce que je vais avoir besoin de temps pour leur expliquer comment prendre la pilule. Si je la connais pas je vais quand même faire un petit examen général, je me sens pas de pas le faire : à la recherche de contre-indications. Quand c'est la pilule, c'est plus compliqué, en fait je leur fais écrire l'ensemble de la prise : qu'on commence le premier jour des règles, un arrêt de sept jours, qu'on commence toujours le même jour et qu'on finit toujours le même jour, comme ça elle le visualise sur mon calendrier, comme ça elles voient que c'est vrai. Je leur explique que si on prend la pilule en retard c'est très grave, qu'elles ont douze heures pour rattraper un éventuel oubli. Je leur mets sur l'ordonnance la prescription de Norlevo®, de préservatifs et dans quels cas utiliser le Norlevo®. Je leur donne un rendez-vous assez rapproché pour savoir comment ça se passe. Je leur demande de visualiser quand elles vont la prendre, si elles vont mettre un réveil ou avec la brosse à dents. On essaye de se projeter dans le temps pour voir comment elles vont faire pour pas l'oublier. Au niveau de la prise de sang je leur donne une prise de sang à faire dans les trois mois, mais pas avant. Sauf s'il y avait quelque chose qui n'était pas dans les clous. Pas d'examen gynéco avant deux, trois ans : quand elles se sentiront plus à l'aise.

Quand elles viennent, elles ont une idée précise de la contraception qu'elles veulent ?

Elles sont intéressées pour écouter les choses, mais elles viennent avec une demande. Moi je les envoie sur le site de l'INPES où y a toutes les contraceptions qui sont présentées. Je leur demande d'aller voir. Moi j'ai rarement une demande de contraception, mais une demande de pilule. « je viens pour la pilule docteur ». C'est pas forcément évident d'aller sur autre chose, d'autant qu'actuellement les patchs, les anneaux sont battus en brèche en ce moment avec leur progestatif. Si c'est une primo contraception, c'est rare d'aller mettre un stérilet, bien que ce soit pas contre-indiqué : la question pourrait se poser, mais c'est pas évident d'aller aborder d'autres sujets.

Elles sont réticentes ?

Non c'est pas ouvert. C'est-à-dire, aller mettre un stérilet c'est très intrusif par rapport à prendre la pilule. C'est une démarche beaucoup plus compliquée et faudrait que ce soit justifié aussi. Mais si je vois tous les moyens de contraception y a quand même pas un choix phénoménal. Les préservatifs : mais de toute façon ils les mettent, souvent ils les mettent, mais se sentent plus en sécurité avec une double contraception. Enfin, ils les mettent, si, j'ai l'impression que les jeunes les mettent enfin, je peux me tromper. C'est les vieux qui font n'importe quoi. Le stérilet : on vient d'en parler, les éponges : c'est pas leur truc et y a des indices de Pearl qui sont pas très bons non plus.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

La contraception d'urgence, je lui donne Norlevo® qu'elle doit prendre le plus tôt possible, car y a 90% le premier jour, un peu moins le deuxième jour et moins de 65% d'efficacité le troisième jour et après plus rien. Donc le plus rapidement possible. Je leur mets sur l'ordonnance de pilule comme ça elles le savent. Je leur dis de le prendre si y a eu un rapport sexuel cinq jours avant l'oubli plus le préservatif sept jours après. Si y a pas eu de rapports sexuels avant l'oubli je lui prescris pas Norlevo®, mais le préservatif les sept jours après. On pourrait faire mieux, mais de mon expérience les gens ne savent pas le faire et ne comprennent pas. Si on était dans la dernière semaine on peut enquiller avec la prochaine plaquette, si je l'ai sous les yeux je leur fais faire, mais je leur donne pas l'indication d'avance sinon elles se mélangent les pédales. J'ai pu voir à quel point c'était vrai : j'ai eu deux filles et elles comprenaient jamais rien. Avec elles, j'ai compris qu'il fallait se méfier.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Parfait parce que le délai est un peu plus long. Ah oui, j'ai oublié de parler de ça, bien sûr. Très important, j'étais toujours dans la première consultation : même le DIU c'est pas très évident d'aller en mettre un chez une nullipare même pour nous. C'est la meilleure contraception d'urgence qui existe.

Ça vous est déjà arrivé de le proposer comme contraception d'urgence ?

Oui oui, plus chez une dame un peu plus mature, quoique que ce soit une nullipare et les délais dépassés on pourrait rattraper, le délai est plus long.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je lui dirai que c'est un excellent moyen de contraception, qu'il n'y a a priori pas de contre-indication chez une nullipare contrairement à ce qu'on disait avant. J'essaierai de savoir si elle a eu des maladies pelviennes quand même. Je sais qu'il y a un peu plus de GEU, mais moins que si on a pas de contraception. Si elle en a envie, je lui dirais c'est bien, mais je trouverais pas beaucoup de monde pour lui mettre par contre.

Selon vous les avantages ?

L'avantage si c'est une oublieuse il est monstrueux. Je vois beaucoup d'avantages sauf les maladies pelviennes chez les jeunes.

Et les inconvénients ?

Oui, ça serait ça et de trouver le poseur. Y a rien à faire, les idées sont très ancrées contre. C'est nouveau qu'on revienne sur la nullipare. Quand j'étais jeune, ça existait puis pendant tout un temps on en posait plus à cause des GEU et des infections. Puis maintenant on en repose.

Que pensez-vous du risque de GEU ?

Le risque de GEU de ce que je crois savoir est un peu plus important qu'une multipare, mais moins important qu'une jeune fille sans contraception donc ça reste positif.

Et le risque infectieux ?

Je pense que c'est s'ils ont des comportements à risques ou pas. Par exemple en Afrique on en pose pas, ils vont mettre des implants. Ah oui y avait l'implant tout à l'heure j'en ai pas parlé. Mais c'est pareil pour une première contraception on aura personne pour l'implant. C'est différent si j'étais en Afrique on en poserait souvent. Mais nous en France on a des idées préconçues. La Grande-Bretagne c'est le préservatif énormément. D'autres c'est le stérilet à fond. Ça montre que nos habitudes de prescripteurs sont très importantes.

Selon vous quel est le mode d'action du DIU ?

Alors euh, que ce soit pour la pilule ou le stérilet on parle de première contraception, j'avoue franchement que les jeunes filles me posent pas 30 questions et que j'ai tellement de choses à leur dire que je vais quand même pas y aller ; les jeunes femmes j'y vais pas. Je dirais pas la même chose pour une femme, une femme c'est 25 ans. Les femmes posent pas de questions sur la pilule, mais sur le stérilet oui. Oh oh ça empêche la nidation et je crois que ça rend impropre la glaire, je cherche pas à leur faire des représentations de mini avortement. Si elles veulent être intellectuelles, elles peuvent le faire sans moi. Elles se débrouillent. Faut faire attention, on est en médecine générale après on va être embarqué dans je sais pas quoi. Je suis pas sûre que je suis bien placée.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

On va pas mettre un Mirena® chez une jeune fille. On met un cuivre jusqu'à la quarantaine et après comme on risque d'avoir des métrorragies importantes je mets un Mirena®. Je vais pas aller mettre un Mirena® à une nullipare alors qu'il est plus gros.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Les maladies pelviennes. Les GEU, si vraiment le stérilet est une alternative, ne sont pas une contre-indication pour moi, car pas de contraception entraine un risque de GEU supérieur qu'avec le stérilet. C'est à discuter, mais si c'est son choix pourquoi pas. Les maladies pelviennes, et encore c'est vraiment les sujets à risques, si c'est une infection bien traitée qu'on est loin de l'épisode pourquoi pas.

Posez-vous des DIU ?

J'en ai posé beaucoup, mais plus maintenant : je me suis réinstallée et à chaque fois j'oublie de prendre l'assurance. Et je sais pas pourquoi je fais moins de gynéco qu'autrefois et j'en ferai deux par an. C'est comme toutes choses, on le fait bien quand on le pose souvent.

Comment avez-vous été formée en gynéco ?

J'ai fait un stage en tant qu'externe qui m'a apporté beaucoup et après j'ai fait beaucoup de gynéco, car quand je me suis installée y avait encore peu de gynécos médicaux et donc ça faisait partie de mon boulot : j'ai fait du suivi de grossesse, de la contraception et après je me formais quand même.

Et les DIU vous avez appris pendant que vous étiez externe ?

J'ai vu une ou deux fois et après j'ai été tout de suite balancée. Vous savez on fait partie de ces générations là : sinon on faisait rien. On était pas materné. On a des tas de films sur internet, mais bon je crois que j'ai à peu près la technique correcte.

Quelles précautions preniez-vous avant la pose du DIU ?

Le mois d'avant je les voyais, je regardais la position de l'utérus antéversé, retroversé, s'il était normal. Au 5ème jour des règles pour pas qu'elles soient enceintes. Avec le stérilet, je faisais systématiquement une prescription de Spasfon® et de paracétamol à prendre deux heures avant la pose.

Vous faisiez des prélèvements avant ?

Non pas quand je le faisais. Maintenant si je recommençais je pense que je le ferais.

Après la pose… ?

Pas d'écho, ça sert à rien et ça coûte cher, enfin au début j'en faisais et après non. La difficulté de la pose s'estompe avec l'expérience.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Je pense que c'est… J'en ai pas fait beaucoup. Je me vois bien le proposer, je suis pas contre. Si on est devant une jeune fille qui va oublier, qui est complètement étourdie… Le seul problème c'est les IST quand même, mais avec l'adulte c'est pareil. Non non je vois pas de problème. Sauf la pose : il y aura plus de malaises vagaux, la pose va être plus difficile. Et trouver des gens qui posent encore une fois même chez les gynécos, y a encore une réticence incroyable. Moi j'estime que sur une nullipare c'est pas aux généralistes d'aller le poser personnellement. Je pense que ça doit être un gynéco, c'est à ça que servent les

gynécos : faire des choses qui sont moins classiques. Ça m'est arrivé plusieurs fois d'envoyer des jeunes femmes chez le gynéco pour pose de stérilet et qui se retrouvaient avec une pilule ou un implant. Et j'étais pas d'accord sur le fait qu'on ait changé de contraception.

Avez-vous des patientes nullipares qui ont un DIU dans votre patientèle ?

Non, je pense que j'ai dû en voir passer une ou deux, mais ce ne sont pas mes patientes.

Quelles sont vos motivations ?

Les filles qui oublieraient, qui pensent que c'est une trop grosse contrainte de prendre la pilule. Mais c'est vrai que quand vous proposez ça comme ça : elles veulent pas, elles disent non non non je veux la pilule. C'est une fois qu'elles ont commencé avec quelque chose qui ne leur convient pas qu'elles veulent : c'est jamais au départ. C'est dans un deuxième temps ou alors des malades : diabétiques, des phlébites à répétition, mais moi ces filles là je les réfère c'est pas moi qui vais faire leur contraception on a déjà bien assez à faire avec les filles qui vont bien, sans pathologie. Encore une fois les gynécos c'est à eux de faire tous ces trucs-là ; c'est pas moi qui m'en occupe.

Du coup, plutôt en seconde intention ?

Sauf quand il y a une contre-indication absolue à une contraception œstroprogestative. Même si je les propose ce sera de fait en deuxième intention. Si une jeune femme de 17 ans se pointe et me dit je voudrais une contraception et je lui dis on va mettre un stérilet ça sera très bien, car y a pas d'hormones : ça va pas le faire. Je vais pas recruter beaucoup de patientes. Déjà les femmes matures, faut travailler : c'est deux ou trois consultations.

C'est quoi leurs réticences ?

Le corps étranger donc je dois leur expliquer qu'une hormone c'est tout aussi étranger. Le corps étranger : c'est plus une représentation anthropologique des choses. C'est un problème de société je pense. En fait si on leur disait 30 ans d'hormones c'est pas anodin : elles réfléchiraient un peu plus, mais y a personne pour leur dire.

Que leur dites-vous sur les inconvénients et les effets secondaires ?

Les saignements qui peuvent être très abondants et très désagréables quand c'est un stérilet au cuivre. L'aménorrhée quand c'est le Mirena® qui peut être très mal perçu. Le risque d'infections lors de la pose et ultérieurement. Voilà, je crois que c'est tout.

Votre attitude change-t-elle s'il s'agit d'une nullipare, mais non nulligeste ?

Oui oui bien sûr, je pense que c'est très intéressant.

Vous pensez que la pose est plus facile dans ce cas-là ?

Bah j'en sais rien je pense que oui, mais c'est pas une certitude. Je pense pas que la pose soit un problème. Il suffirait de le faire régulièrement, je pense que c'est plutôt nous qui avons une réticence. Par contre l'IVG m'alerte : on est déjà dans un échec de contraception donc il faut des moyens et mettre la vitesse supérieure.

Pourquoi ne posez-vous plus de DIU ?

Moi je pose plus, car j'en fais pas assez. Avoir tout le matériel pour en poser deux par an ça sert pas à grand-chose. Financièrement ça ne m'intéresse pas, c'est pas rentable, c'est pas très déontologique, mais c'est comme ça. Et j'ai pas de recrutement gynéco, pas de chance

j'ai que des bébés. J'ai deux gynécos dans le coin donc je pense que c'est pour ça. Avant j'étais à Saint-Martin-d'Hères, y avait pas de gynécos je faisais de la gynéco à tour de bras. Un geste vous le faites bien quand vous le faites souvent c'est une évidence, si vous en avez deux par an c'est pas pareil. Il faut faire les gestes que vous faites tous les jours sinon c'est nul enfin moi je trouve.

Est-ce qu'il y a encore des choses qui vous font peur dans la pose du DIU ?

Le malaise vagal : j'en ai eu des beaux, mais c'est vraiment pas marrant. Ça j'aime pas trop. C'est pour ça que chez la nullipare je laisserai faire les gynécos. Elles sont plus émotives, la gynéco c'est un endroit qui n'a pas été… Une femme qui a accouché elle en a vu d'autres. C'est pas la même chose. Dans le malaise vagal y a une part d'émotion quand même.

Quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Ouh la la, c'est un peu tiré par les cheveux. Qui serait obligé plutôt, bah je ferais ce qu'il y a faire comme pour les autres. La mère serait même pas au courant… Non ça me viendrait même pas à l'idée. Je trouve ça très intrusif, vous vous rendez compte, ça veut dire que son premier rapport à tout ça, ça va être une pince qui fait un peu mal, faut se surveiller c'est très technique. C'est rien du tout pour une femme qui a eu un enfant, pareil pour une jeune femme de 20 ans qui a une sexualité installée d'accord, mais ça veut dire que je vais faire un examen gynéco alors que je suis pas supposée faire un examen gynéco du tout. Je vais pas faire un examen gynéco à une jeune fille de 15 ans, je suis limitée par ça. C'est intrusif, c'est d'une violence inouïe. Allez mettre un stérilet sur une jeune fille de 15 ans c'est gros.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Je savais pas vraiment, car ça s'est pas présenté pour moi. Si je tombais sur une jeune fille dont je sais qu'elle va tomber enceinte si je fais rien et qui aurait des contre-indications aux œstroprogestatifs je prendrai mon téléphone pour me renseigner. À l'inverse une jeune fille qui me demande un stérilet alors qu'elle a que 15 ans je le ferai pas, car je vais pas l'examiner.

- **<u>RECOS ET ÉTAT DES LIEUX</u>**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Je crois que je l'ai dit très clairement avant. En France on trouve personne pour mettre des stérilets chez la nullipare. Ce texte je le connais celui de l'HAS, je l'ai lu. Effectivement je suis d'accord avec ça et je suis d'accord qu'on le propose probablement pas assez directement, mais moi je vais pas proposer une technique qu'aucun médecin ne va suivre derrière. Je vais pas l'envoyer chez un gynéco qui derrière va lui donner la pilule. Allez voir les statistiques, vous qui faites votre thèse, y a des pays qui posent que des stérilets.

Comment peut-on changer cette pratique en général ?

Elle doit partir des gynécos déjà, car c'est eux qui sont réticents déjà. Vous allez pas demander à des généralistes ce que des gynécos ne font pas. C'est embêtant. Encore beaucoup refusent de les poser et ne le proposent pas du tout. Il faudrait que les médecins soient informés déjà. Allez demander exactement à un médecin ce qu'il faut faire en cas d'oubli de pilule : vous allez être édifiée. C'est trop rigolo, c'est n'importe quoi. Parce que les gens ils ne connaissent pas les choses : si on prend une contraception de manière continue pendant sept jours on a un arrêt de l'ovulation durable. Tout ça c'est des choses que les gens ne savent pas. Le médecin on l'informe pas beaucoup quand même.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer plus ?

Moi je le propose beaucoup le stérilet. Les nullipares encore une fois : je vais pas les poser, car j'en pose déjà pas beaucoup donc je laisse la main à des mains plus expertes ; se retrouver avec une gamine de 17 ans qui fait un malaise très sévère c'est pas marrant. Même si c'est pas grave.

L'objectif de notre thèse est d'analyser les freins à la diffusion du DIU chez les jeunes femmes nullipares en médecine générale.

Bah les freins c'est vrai qu'on les propose pas. Et puis y en a très peu qui savent qu'on peut mettre un stérilet chez une nullipare puisqu'il y a tout un temps où on disait exactement le contraire. C'est comme de prendre des AINS avec un stérilet ça reste le même vécu populaire. Les gens savent pas qu'il y a 200 000 IVG par an. C'est traumatisant donc traumatisme pour traumatisme on pourrait mettre des stérilets. La canule, on la met bien pour un IVG, on va bien rentrer des trucs dedans. Mais les médecins réfléchissent pas à tout ça. Si on leur fait réfléchir qu'il y a 200 000 IVG par an et que c'est surtout chez les jeunes ils vont peut-être dire au fond… Peut-être qu'on sait pas assez les accidents liés à la pilule. Quand on voit le nombre d'IVG on ferait mieux de proposer un peu plus souvent. Pas du tout, c'est juste les troisièmes générations qui sont touchées. Moi j'en mettais pas des troisième génération donc ça va pas changer mes prescriptions. Je crois que c'est plus que ça. Il faudrait dire que c'est mauvais pour la santé, les hormones.

Entretien n°6

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Bah déjà chez la jeune fille, déjà je lui demande ses attentes, si elle a déjà entendu parlé de contraception, quelle idée elle en a. Après je lui explique tout ce qui est possible et ce qui existe. Parfois elles arrivent en sachant ce qu'elles veulent donc très vite elles veulent la pilule parce que les copines… On fait un interrogatoire à la recherche des antécédents, on leur explique que faire en cas d'oubli, la biologie à faire dans trois mois. C'est assez long comme consultation, on y passe un petit moment. Je lui explique qu'il y aura un examen gynécologique qui n'est pas fait tout de suite. Si c'est une jeune fille qui commence sa vie sexuelle on attend un an. On lui explique comment ça se passe pour qu'elle ait une idée de ce que c'est. On fait un examen clinique sommaire quand c'est la première fois : le poids, la tension pour avoir une référence. En général elles repartent avec leur prescription de pilule si c'était leur demande ; parfois c'est juste une demande de renseignement donc elles veulent une période de réflexion et elles repassent un peu plus tard.

Est-ce que vous parlez des autres moyens de contraception quand même ?

Je prends un petit temps quand même pour revenir sur ce qui existe.

Arrivez-vous à les faire changer d'avis ?

Quand elles arrivent avec une idée très précise c'est difficile à ce moment là. Parfois quand on les revoit après oui, car elles l'oublient trop, y a des effets secondaires : du coup on peut en reparler et passer sur autre chose. C'est plus lors d'une consultation de suivi qu'on va pouvoir parler d'une autre contraception. Lors d'une première première visite, quand elles arrivent avec une idée de pilule, c'est rare que j'arrive à les faire repartir avec autre chose. En même temps j'ai pas une grande pratique : ça fait un an que je pratique en planning. J'ai pas beaucoup de recul.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Norlevo® et Ellaone®, en priorité Norlevo®.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Alors moi je pose pas de DIU donc c'est pas quelque chose que je vais proposer systématiquement. Surtout qu'en matière de contraception d'urgence elles sont souvent vues par les conseillères. C'est elles qui leur donnent, moi je les vois pas forcément. Le DIU quand on l'aborde y en a peu qui sont partantes. Ça les fait un peu…

Pour quelles raisons ?

L'idée d'avoir un corps étranger dans le corps, chez les toutes jeunes c'est vraiment difficile. Moi je l'aborde pas cette contraception d'urgence en urgence : quand elles viennent c'est dans l'urgence je vais pas leur dire d'aller à l'hôpital mettre un DIU, c'est pas ce qu'elles

attendent. Elles veulent une réponse rapide. Et puis c'est une question de croyance : le fait qu'il y ait ovulation et fécondation et un défaut de nidation ça peut choquer.

Et si elles sont hors délai ?

Bah Ellaone® c'est cinq jours, c'est comme le DIU donc j'utilise ça.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur le DIU ?

Bah je leur explique un peu le mode de fonctionnement, de leur expliquer comment c'est contraceptif. C'est rapide comme explication. C'est succinct.

Les avantages ?

C'est rare, mais j'ai eu le cas une fois ou elle venait avec sa maman : elle voulait pas d'hormones. Le côté non hormonal du DIU au cuivre, ça c'était un argument. Une fois que la maman était sortie, elle m'a quand même demandé la pilule. C'était pour faire plaisir à sa maman, mais elle est quand même repartie avec la pilule. Le Mirena®, c'est quand il y a des règles abondantes, mais on est pas souvent dans ce cas là. J'aborde le stérilet s'il y a des contre-indications à tous les autres moyens de contraception. On est toujours dans des cas limites.

Les inconvénients ?

Chez la jeune, c'est le risque infectieux et puis pour moi, le fait que je les pose pas, forcément j'en parle moins. C'est pas quelque chose que je maitrise donc je le propose moins.

Que leur dites-vous sur le mode d'action ?

Pour le DIU au cuivre ça empêche la nidification, l'histoire sur les cils, mais très vite elles comprennent plus rien donc je m'arrête. Le Mirena® j'explique qu'il y a une hormone qui entraine un blocage de l'ovulation. Mais elles cherchent pas trop à savoir comment ça marche. Quand on s'oriente vers ce genre de discours on les sent vite perdues : ça leur évoque pas grand-chose.

Vous arrive-t-il de contre-indiquer le DIU et dans quels cas ?

J'ai jamais été dans ce cas de figure, je peux pas vous répondre. Peut-être les femmes sous anti-coagulant.

Quel genre de formation faites-vous actuellement ?

C'est théorique et pratique, mais bon c'était un atelier de deux heures ou on était 50 à essayer sur des mannequins. Moi ce qui me fait un peu peur c'est qu'ici j'en poserai très peu donc j'aurai peu de pratique. Je sais pas si je vais me lancer là dedans. Je pense qu'il faut être à l'aise donc chez les jeunes, j'en parle même pas. Avec les jeunes faut être à l'aise, mais j'en suis pas là.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Moi je trouve que c'est un bon moyen de contraception, mais que je mets pas en avant, car je les pose pas. C'est un peu biaisé de répondre, car moi j'en pose pas.

Oui, mais vous pouvez les adresser à ce moment là ?

Les rares qui viennent avec cette demande là, je leur dis que je le fais pas et je les adresse aux confrères.

Quelles sont vos motivations pour proposer un DIU ?

En général c'est elles qui le veulent, c'est pas moi qui les oriente. Moi je le propose pas donc je mets pas en avant les avantages.

Quel est le profil type de la nullipare à qui vous le proposez ?

Celles qui ont des contre-indications aux hormones œstroprogestatives, après c'est par choix personnel, du fait de l'aspect contraignant de la pilule, les prises, etc.

Plutôt en seconde intention du coup ?

Oui effectivement.

Y a-t-il un critère d'âge qui entre en jeu ?

Non, ça à la limite, j'ai bien compris que c'était un bon moyen contraceptif et que chez les jeunes ça pourrait être une bonne chose. Mais en France c'est pas quelque chose qui est bien en place. C'est culturel ou c'est une mode.

Pourquoi ne posez-vous pas de DIU ?

Je me sens pas à l'aise pour la pose. Je pense qu'effectivement, si j'avais la possibilité d'être formée et d'en poser régulièrement… Et puis je m'en fais peut-être une montagne et je me lance pas du coup.

Comment avez-vous été formée en gynécologie ?

Ça remonte à loin, surtout que j'ai arrêté longtemps. J'ai fait plus de l'obstétrique que de la gynéco. Et la théorie on en faisait même pas. Et là je fais le Diplôme Universitaire (DU) IVG contraception depuis novembre.

Si une jeune femme arrive en vous disant qu'elle veut un DIU : que faites-vous ?

Je l'oriente soit au planning de Gambetta, soit si elle n'a pas de problème de remboursement, vers un gynéco de ville.

Qu'est-ce qui vous fait peur dans la pose du DIU ?

Bah le fait de pas connaitre déjà : en général ce qu'on connait pas on le maitrise pas. On s'imagine qu'il peut y avoir des risques de perforation, de malaise, des choses comme ça. Se retrouver face à des situations pas très confortables et pour la patiente et pour nous.

Que pensez-vous du risque de GEU ?

J'ai plus d'idée depuis que je fais le DU sinon ça remonterait à longtemps. A priori le risque est quasi nul. Il est identique ou presque à quand il n'y a pas de contraception.

Quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Bah je le fais pas, je pose pas.

Savez-vous qu'il existe un texte de loi qui autorise la pose d'un DIU chez une mineure sans autorisation parentale ?

Non, pas du tout

- **RECOS ET ETAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Je pense que c'est des vieilles habitudes qui sont prises depuis longtemps et que c'est difficile de faire bouger les médecins dans leurs habitudes. C'est dommage, car je pense que c'est un bon moyen de contraception. Mais c'est pas entré dans les mœurs malheureusement.

Comment peut-on changer cette pratique en général ?

Plus de travaux pratiques, qu'on puisse passer en gynéco pour être plus à l'aise.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer plus ?

Je sais toujours pas si je vais le faire, je me pose la question. Même si je me forme, dans la mesure ou ici on en pose pas souvent, je sais pas si je vais me lancer ou non.

Avez-vous des choses à ajouter ?

Non

L'objectif de notre thèse est d'analyser les freins à la diffusion du DIU chez les jeunes femmes nullipares en médecine générale.

Très bien

Entretien n°7

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

En général, j'ai tendance à évoquer toutes les contraceptions dès le début.

Tout l'arsenal ?

Ouais, je leur propose pas, je leur montre ce qui existe et après effectivement elles choisissent leur… Heu en général c'est la pilule qu'elles choisissent.

Et c'est elles qui choisissent ?

Euh… Le type de pilule ? Faut dire le nom de la pilule ?

Non, d'une manière générale…

Non, c'est moi qui choisis. Enfin, je leur propose, je leur présente tous les types de contraception et en fonction de ce qu'elles souhaitent, parce qu'en général, elles ont déjà une idée derrière la tête de ce qu'elles ont vu, lu et entendu, donc on revoit ce qu'elles ont lu et entendu et on essaie de le confronter avec ce qui est proposé médicalement. Et puis, et puis voilà. Au terme de la consultation, soit on va dans le même sens et on prescrit la pilule ou la contraception souhaitée, soit on oriente sur quelque chose qu'elles connaissaient pas ou qui pourrait être plus adapté.

D'accord, elles ont souvent une idée précise, une demande précise ?

Ouais souvent elles savent, elles disent : « moi je veux la pilule parce que ma copine l'a » voilà, « je veux le stérilet parce que j'ai vu que c'était ce qu'il y a de mieux» ou «Je veux l'implant parce que c'est génial on n'y pense pas ».

Est-ce qu'il y a un type de femme chez qui vous allez proposer plus un type de contraception ou finalement ?

Je propose pas la même à toutes ouais.

Ouais ? Et ça va se faire sur quoi le choix ?

Euh… Sur les antécédents médicaux, sur ce qu'elles ont envie d'avoir parce que en fait ça sert à rien d'imposer un truc si elles adhèrent pas. Euh, voilà globalement.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Euh… Le Norlevo®. C'est tout. Sinon y a le stérilet, mais je sais que ça peut être proposé, mais en contraception d'urgence, en cabinet de ville, c'est un peu difficile de mettre le stérilet en urgence. Donc Norlevo® en contraception d'urgence.

Savez-vous dans quel délai vous pouvez les proposer?

Trois jours le Norlevo®, Ellaone® je la propose quasiment jamais, parce que j'adhère pas.

Et donc le stérilet en contraception d'urgence, c'est pas un truc qui ne vous parait pas faisable en ville ?

Ouais, c'est une bonne idée, je l'ai déjà fait à l'hôpital, mais, en ville c'est difficile de dire : venez tout de suite poser un stérilet, je trouve que c'est plus facile à l'hôpital. Après on peut

avoir un délai, mais c'est pas quelque chose que j'ai inclus du tout dans ma pratique de ville, le stérilet.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Ben du coup ça dépend si elles ont eu des enfants ou pas, parce que pour celles qui n'ont pas eu d'enfants je leur propose que le cuivre, hein. Et j'ai pas d'autres solutions que le short. Et après pour les femmes qui ont effectivement le choix d'avoir les deux, je leur propose les différents types de stérilets, hormonal ou pas.

Et c'est elles qui vont le choisir ?

Là c'est pareil, en fait je suis beaucoup dans l'échange, la discussion, savoir ce qu'elles ont vu, ou entendu savoir si elles sont prêtes à avoir des règles plus douloureuses ou un peu plus abondantes, si elles veulent plus avoir de règles. Donc c'est très ouvert en fait, elles arrivent des fois en disant « je veux un cuivre » ou « je veux un Mirena® pour plus avoir de règles » et je rediscute avec elles. Je leur met pas d'emblée ce qu'elles veulent parce que par exemple le Mirena®, si elles savent pas que ça peut donner des boutons, faire prendre un peu de poids, donner aussi des spottings, en fait des fois elles rechangent d'avis en disant « moi, je veux quand même avoir mes règles tous les mois » ou « je veux pas prendre le risque de prendre du poids, même si c'est rare ». En fait on discute pas mal.

Et vous leur présentez les avantages, les inconvénients, vous leur dites quoi ?

Pour le stérilet, ouais, avantages, inconvénients, la surveillance à faire, les prélèvements éventuels, les signes fonctionnels pour lesquels il faut qu'elles consultent. Ouais je leur présente tout, tout.

Est-ce qu'il vous arrive de le contre-indiquer ?

Oui, euh… Alors pour qui je l'ai déjà contre-indiqué… Hormonal, je l'ai déjà contre-indiqué pour des antécédents de kystes ovariens, je trouvais que c'était pas une bonne idée. Et puis après, euh… Ouais ça reste rare les contre-indications quand même. Non pas tant que ça.

Posez-vous des DIU ?

Ouais j'en pose

Où avez-vous été formée ?

En fait les contre-indications elles seraient au moment où je le pose (rires). Si finalement j'ai un utérus trop petit. Où est-ce que j'ai appris ? J'ai appris à Paris, dans un hôpital en région parisienne avec un médecin qui m'a montré, et voilà. À l'époque on avait pas comme vous le stage obligatoire gynéco/pédiatrie et moi j'étais pas passée en gynéco en fait. Donc j'ai appris juste avant de passer ma thèse, mais j'ai pas appris quand j'étais interne. J'ai appris une fois que j'avais commencé à exercer.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose?

Je vérifie de quand date le dernier frottis déjà, et puis avant la pose, en fait moi je travaillais un peu à l'hôpital aussi, alors il arrive que je vois des femmes que j'ai pas vues au préalable

et qui arrivent avec leur stérilet, et j'aime pas. Parce que ça m'est déjà arrivé de poser un stérilet sur une femme, et en regardant son col, me dire « ben c'est bon le stérilet, il va faire l'aller/retour, le col est trop large, il lui faudrait un Gynelle® ou un autre stérilet ». Donc en général, j'aime bien moi faire l'examen gynéco, voir le col comment il est, s'il est pas saignant, s'il y a pas de polypes, n'importe quoi, faire un frottis de moins de deux ans. Et puis en fonction de l'âge, je regarde aussi tout ce qui est prélèvement bactério, recherche chlamydia, bactério standard + IST, si elles ont pas encore eu d'enfants et qu'elles ont une vie sexuelle active, qui est pas encore bien fixée. De toute façon, j'aime bien faire un prélèvement bactério avant de le poser pour être sûr.

Est-ce que vous faites une prémédication ?

Ouais, j'ai tendance à faire Cytotec® per os, deux comprimés, deux heures avant. Des fois je le fais pas, quand je sais que c'est des femmes qui ont déjà eu des enfants, que je sais qu'il y aura pas de soucis, je le fais pas, mais en général pour les jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, je le fais. Et puis des fois, je leur fait prendre un Advil® et du Spasfon®, au cas par cas, ça dépend. C'est pas systématique, c'est vraiment en fonction, à la carte.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Ben voilà je crois que j'ai un peu répondu, je le pose.

Ça vous pose pas de problèmes ?

Non, alors c'est pareil, je cible hein, je le pose pas à n'importe quelle nullipare qui vient en disant je veux le stérilet. On discute, on regarde si elle viendra au suivi que je lui propose. Si elle aura bien compris les risques possibles, risques d'infections, retard de règles… Enfin voilà si elle consulte rapidement en cas de douleur, etc. Donc voilà je les pose pas à tout le monde, mais sinon ça me pose pas de problèmes au contraire de les poser, mais pour des femmes qui adhérent par contre, je l'impose pas.

Quels sont les avantages qu'offre le DIU chez la nullipare pour vous ?

Souvent je leur propose parce que… Ben l'avantage c'est qu'elles tombent pas enceintes, parce qu'elles oublient la pilule tout simplement, ou qu'elles ont une contre-indication à continuer la pilule œstroprogestative. Euh, c'est principalement ça.

Quelles sont les réticences de vos patientes quand vous leur parlez du DIU ? Comment réagissent-elles ? Leurs réactions ?

Oui elles ont des réticences, parce qu'elles ont peur du corps étranger, elles ont peur des infections et puis elles sont populairement, un peu comme ces vieux gynécos, elles pensent encore qu'elles ont pas le droit d'en mettre un. Parce que sinon ça va les empêcher d'avoir des enfants. Donc, en fait, elles ont peur des infections, de pas avoir des enfants, elles pensent qu'elles y ont pas droit, et puis à un certain âge le rapport au corps est… Avoir quelque chose dans l'utérus pour elles c'est encore trop tôt. Ça dépend vraiment de la maturité. J'ai des femmes de 20 ans, à qui j'en ai posé, c'est elles qui sont venues en me

disant « voilà, moi il me faut ça ». Mais bon elles ont déjà potassé la question, réfléchi à la question et pour elles c'est facile, ça leur pose aucun souci. Et les jeunes filles à qui on parle de la contraception au tout départ, à qui je propose le stérilet, souvent elles y ont pas réfléchi, elles me disent « c'est hors de question », « je veux la pilule » (rires).

Après discussion ça peut changer ?

Certaines oui, c'est quand même relativement rare, mais ça peut arriver qu'effectivement en leur donnant l'information réelle et en leur expliquant ; et puis il y a aussi celles aussi qui disent « moi, ma mère est tombée enceinte sous stérilet, après ma cousine elle a pas eu d'enfants avant machin » … Donc elles ont des idées fausses qu'on recadre en fonction, elles décident ou pas. Mais c'est pas systématique que j'arrive à leur dire « c'est ça qui vous faut », ça reste personnel.

Dans quelles indications? 1ère, 2ème intention ?

Pas en première intention, parce que par expérience, elles sont pas souvent prêtes dès le départ en première contraception à avoir ça, sauf exception, mais c'est quand même assez rare. Donc non je leur parle de la pilule en premier souvent. Je leur dis après, en non chimique, en non hormonal, il y a le stérilet.

Y a-t-il un critère d'âge ?

Pour le poser ? J'aurais pas forcément tendance à le poser à 14 ou 16 ans. À partir de 18 je le poserais facilement, après, avant 18 ans il faut que ce soit une demande expresse de sa part. Avant je le poserais pas d'emblée comme ça, parce que je pense que c'est question… J'ai pas eu l'habitude de le faire et je pense que c'est pas forcément une bonne idée. Ceci dit, comme je travaille en orthogénie, en IVG, une jeune fille qui vient pour la 3ème fois, même avant 18 ans, pour une interruption de grossesse, c'est vrai que le stérilet je vais lui proposer par contre. Ça va être aussi au cas par cas.

Comment se passe la pose ? Type de stérilet ?

Chez les jeunes femmes qui ont pas eu d'enfants, je reste sur des stérilets shorts, UT 380® ou le TT 380® short. Il faut que ce soit mentionné short, sinon c'est vrai que j'ai pas l'habitude de prescrire autre chose pour ces jeunes femmes. Ça m'est déjà arrivé de poser une fois un stérilet normal, il n'y a pas eu de soucis particuliers, mais autant… Voilà, je prends le plus court.

Est-ce qu'elles sont satisfaites ? Comment est la tolérance ?

À la pose ou après ?

Les deux.

Alors à la pose en général, alors moi j'ai pas de soucis particuliers, si ce n'est celles qui sont un peu plus douillettes effectivement, pour qui ça a été plus dur quand l'endocol est difficile à passer, en règle générale trois fois sur quatre ça se passe bien. Et après c'est variable en fait, il y a des femmes à qui j'ai dû l'enlever parce qu'avec le cuivre elles saignaient trop, les règles étaient trop douloureuses et du coup il a fallu l'enlever. Mais après une fois qu'il est posé et qu'il est bien toléré d'un point de vue des saignements et qu'il n'y a pas de douleur particulière, ça se passe bien.

Est-ce que c'est différent d'une femme qui a déjà eu des enfants ou pas ?

Oui, c'est un peu différent quand même, la tolérance est différente parce que justement elles ont pas encore la notion de « douleur », c'est-à-dire qu'elles tolèrent finalement moins bien les choses, c'est-à-dire qu'on leur dit d'attendre trois mois sur les saignements, etc. Une femme plus âgée va avoir plus de patience, elles, il va falloir que ce soit tout de suite bien. Elles sont à la fois à l'écoute de leur corps et en même temps elles sont super inquiètes de savoir qu'il y a ça à ce moment là, qu'il y a telle douleur à tel moment et que là pourquoi ça a duré trois jours au lieu de deux. Et voilà elles ont du mal donc elles sont, elles sont presque plus exigeantes parce qu'elles sont plus à l'écoute et donc j'allais dire « douillettes », c'est un peu ça. Après, moi je pars du principe que quand on leur explique bien, si elles ont tout bien compris globalement ça se passe bien. C'est quand même la minorité des cas pour qui ça se passe pas bien.

Est-ce que vous avez déjà rencontré des complications ?

J 'ai déjà eu une grossesse sous stérilet. J'ai déjà dû en enlever pour des problèmes de douleurs en fait, aux rapports, sans que le stérilet forcément bougeait mais d'intolérance, donc soit douleur au rapport ou pertes qui sentent pas bon, mais sans qu'il y ait de pathologie décelée au prélévement vaginal. Et sinon, endométrite tout ça non, ça ne m'est pas encore arrivé. C'est surtout des problèmes de tolérance par rapport au cuivre et le fait que voilà y a des femmes qui supportent pas le stérilet. Qui le supportent pas dans le sens où voilà, on leur enlève, elles sont mieux, point.

Sans qu'on comprenne vraiment ?

Voilà, si on fait des prélèvements, il y a rien de particulier. Si on fait l'écho, il y a rien de particulier non plus, le stérilet a pas bougé, il est pas mal placé, etc. Donc ouais les complications que j'ai eues c'est un stérilet qui a bougé ou peut être qui a pas été posé bien au fond, parce que des fois c'est pas si simple et puis ouais infection, et intolérance, c'est tout. Et encore infection je parle de locale, pas d'endométrite.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Maintenant plus trop grand-chose. Euh si, de pas arriver à le poser. Ça m'est déjà arrivé, c'est pour ça que je peux en parler. De pas passer l'endocol, ça c'est chiant.

Et comment on peut changer ça, comment on peut avancer, c'est de l'expérience ? C'est quoi ?

Y a l'expérience, y a le Cytotec® qui aide pas mal et après moi j'oriente sur le spé sous écho à l'hôpital. Ça m'est déjà arrivé de pas y arriver et en fait le gynéco à qui je passais la main disait « bah oui j'ai passé tant de temps parce que le col il est comme ci comme ça » souvent des cols de femmes qui ont déjà eu des enfants justement qui sont un peu remaniés ou qui sont difficiles à passer. Après, ouais c'est de pas arriver à le poser bien au fond parce que la femme a mal par exemple, mais sinon, voilà… Globalement les craintes elles sont surtout là dessus. Après les infections, après, si la femme elle est bien au courant de ce qu'il faut faire, ça me fait pas trop peur ça. Souvent les femmes à qui je pose le stérilet elles ont quand même la tête sur les épaules et elles savent de quoi je parle quand je leur dis « il faut venir en

cas de douleur, etc » du coup ça, ça me fait pas peur. Après s'il y a une infection, on l'enlève et puis voilà. Les salpingites, endométrites, tout ça, je suis pas si flippée que ça.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Ouais ben du coup voilà, au cabinet, pour une jeune femme qui a jamais eu des enfants et qui a pas encore eu de contraception ; pour que je lui propose en première intention, il faudra qu'on discute et qu'il y ait vraiment une contre-indication à prendre la pilule et qu'il y ait besoin d'une contraception. C'est vrai que pour l'instant, avant 18 ans j'ai un peu de mal avec le stérilet, parce que pour peu qu'il y ait un souci, qu'elle puisse pas venir consulter quand elle veut, je préfère encore que les choses soient bien cadrées. Et puis avant 18 ans je peux le poser pour une femme qui a déjà eu des soucis de grossesses non désirées. Mais finalement avant 18 ans, 2ème ou 3ème c'est quand même rare. Pour l'instant c'est vrai que chez la mineure j'ai pas l'expérience, dans l'absolu je pourrais le faire, hein, y a pas… Légalement y a pas de contre-indications à le poser avant 18 ans, mais c'est vrai qu'en pratique je le fais pas tant que ça, sauf cas particulier.

Pour des soucis de suivi ?

Oui, puis encore une fois pour des questions de contraception, de sexualité, je pense qu'il y a des choses, qui pour l'instant, ça c'est mon point de vue, ça peut peut-être changer avec le temps, mais pour l'instant je pense que les choses tant qu'elles sont pas proposées comme ça ou souhaitées à tout prix par la patiente et qu'on en discute, je pense que de toute façon elles sont souvent pas prêtes avant 18 ans. Alors pourquoi 18 ans, pourquoi pas 18 et demi, je sais pas, je saurais pas dire, mais en entrée dans la sexualité, pour une jeune fille qui vient de rentrer dans la sexualité avec l'idée de mettre un stérilet sachant qu'il y a ce suivi là, moi je pense qu'entre 16 et 18, elles sont trop souvent étourdies, tête en l'air pour être suffisamment attentive à ce qui peut se passer, et là, pour le coup, j'aurais peur de provoquer chez ces femmes-là, endométrite, salpingite. Et là, c'est moi qui vais avoir tendance à freiner des quatre fers en disant, « on attend un peu ». Après j'ai des jeunes filles de 16 ans qui sont tout à fait matures et pour qui il y aura pas de soucis, mais ce sera vraiment ponctuel et se sera pas une règle que j'appliquerai systématiquement de dire : elle veut un stérilet et je lui mets. On en discute.

Et le suivi chez les femmes à qui vous posez des stérilets ?

Alors moi je les revois à un mois pour voir si je recoupe les fils, voir s'il y a des soucis particuliers, si le stérilet serait descendu ou au contraire il serait remonté. Après je fais six mois après la pose, j'aime bien les revoir, savoir comment ça va, comment sont les cycles. Et après je fais tous les ans, comme n'importe quelle femme… Tous les ans à partir du moment où j'ai vérifié deux fois après la pose que tout va bien.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Je savais déjà qu'en France on était très en retard, et le fait que ce soit une méthode de premier choix aux États-Unis, c'est ça ? Je pense que c'est une très bonne chose, après en France il faut le temps que les choses évoluent et en particulier, là on médiatise pas mal la pilule, je pense qu'il faudrait médiatiser aussi l'idée que le stérilet, il peut être posé avant. Parce que je pense que moi aussi dans ma pratique, ce qui fait que des fois je freine, c'est que de toute façon en face, il y a aussi un obstacle mental de se dire, on peut poser des stérilets.

Il y a un manque d'informations chez les jeunes femmes ?

Oui, alors moi je peux leur donner, y a pas de soucis. Mais je pense que le fait que ponctuellement je donne une information à une personne c'est quand même pas pareil que d'avoir l'idée que l'information passe au niveau national on va dire, et que les gens commencent à changer d'optique là-dessus. Parce qu'actuellement il y a des gynécologues… Il y a des patientes à qui je pose un stérilet parce que leur gynécologue a refusé de leur poser. Parce qu'elles étaient nullipares, ou n'avaient pas eu le nombre d'enfants souhaité. Donc c'est à la fois des patientes, et même des médecins. Il y en a, voilà, qui arrivent pas à passer le cap, pour des raisons qui leur appartiennent, hein, je juge pas. Mais effectivement, à mon avis il y a un double obstacle.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Il faudrait que la sécurité sociale peut être, envoie des informations plus claires, alors ils ont déjà commencé, enfin c'est plutôt les laboratoires qui font ça d'ailleurs, mais, la sécurité sociale a déjà commencé à faire des informations sur la contraception, mais ils insistent pas assez sur le fait qu'on peut les mettre avant d'avoir eu le nombre d'enfants souhaité, même quand on a pas eu des enfants. Et on arrivera à élargir ça. Moi de mon côté, j'en prescris pas mal à des femmes qui ont pas eu d'enfants, donc je sais que moi le un pour cent je suis bien au-dessus ! Mais bon après je suis toute seule, quoi hein, enfin je suis toute seule, il y en a d'autres, mais il faudrait que ce soit plus médiatisé.

Et chez les médecins ?

Ben y a des formations continues là dessus de toute façon, après euh… Après j'ai été à des formations où ils disaient que le stérilet était… Enfin voilà quoi, il faut se former de façon continue. Après des médecins généralistes, il n'y en a pas encore tant que ça qui font de la gynéco comme moi. Après par exemple mon associé, il fait pas de gynéco du tout, donc il va pas forcément s'intéresser au fait qu'on peut poser des stérilets. Donc lui en fait quand on va lui parler contraception, il va dire « bon ben allez voir ma collègue, ou allez voir votre gynéco », mais après il faut s'ouvrir à la formation, après je vois pas trop ce qui pourrait être fait.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Oh ben j'en propose déjà pas mal, euh, peut-être qu'effectivement, je pourrais le faire d'avantage si je sentais que derrière la santé publique suit. Parce que j'ai quand même l'impression de faire partie des médecins un peu isolés qui prescrivent beaucoup, enfin beaucoup, qui proposent souvent. Parce que quand je vois des patientes qui arrivent, avec tel médecin, tel gynéco qui leur a dit « non hors de question », du coup je me sens un peu toute seule. Donc peut-être oui effectivement que derrière il y ait des actions qui puissent pousser. Un peu comme ce qui se passe actuellement, avec la pilule. Parce qu'il y a des jeunes femmes qui sont passées sur des grandes lignes de radio ou de télévision et qui ont dit : « ben voilà y a pas que la pilule, le stérilet on peut aussi le poser ». Donc ça, se sont des choses qui peuvent m'aider à en poser plus.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Non pas spécialement…

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Alors si, autre chose que je pourrais dire, c'est que finalement, moi qui reçoit un peu les visiteurs médicaux, je reçois beaucoup de visiteurs de pilule qui me saoulent, on peut le dire, par contre sur les stérilets, y en a pas beaucoup qui passent. Alors je suis médecin généraliste, peut-être qu'ils ont d'autres cibles, peut-être l'hôpital ou les gynécos, mais moi en tant que médecin généraliste, du coup ce serait bien qu'ils… Et puis on parle des femmes qui ont pas eu d'enfants, et actuellement on peut leur proposer que le stérilet hormonal, euh au cuivre je veux dire, apparemment ils avaient projeté de sortir un Mirena® short ou en tout cas, un posable chez une femme nullipare, parce qu'actuellement moi j'en pose aucun Mirena® à une nullipare parce que c'est trop difficile, pour l'instant je sais pas il est pas sorti, on a pas d'info. Je sais pas si vous, vous en avez, je sais que c'était prévu pour 2013, premier trimestre, sinon c'est tout.

Merci !

Ben voilà !

Entretien n°8

- **CONTRACEPTION :**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

De faire des sérologies pour les IST, elle et son partenaire. De savoir exactement le but de la contraception, si elle est en couple ou si c'est juste pour réguler ses règles. Enfin on dresse un petit peu… Comment dire, la situation globale.

Qu'est-ce que vous proposez comme contraception ?

Généralement je démarre par une 2ème génération, soit Trinordiol® soit Adépal®.

D'accord, et ça dépend de quoi ?

Alors en fait voilà, c'est pour les moyens de contraception surtout pilule, mais sinon ça va dépendre aussi beaucoup de la patiente. Récemment j'ai posé deux stérilets UT 380® short à des jeunes patientes de 16 et 17 ans, en première contraception, simplement parce qu'elles avaient peur de prendre du poids sur leur pilule. Il y en avait une qui fumait et je voulais la bousculer un peu sur son tabagisme et lui dire « bah si t'arrêtes pas de fumer il y a un moment où les hormones seront contre-indiquées donc y a d'autres moyens de contraception » et donc je lui avais proposé le stérilet et du coup on l'a mis en place. Elle est venue très stressée et en fait elle est repartie en disant « c'était vraiment rien du tout » et elle le supporte super bien. Voilà, je pose aussi pas mal d'implants.

Est-ce que c'est les femmes qui viennent avec une idée précise, une demande précise, comment ça se passe ?

Non souvent elles n'ont pas d'idée très précise, en fait du coup je leur brosse quand même un tableau. Moi ce qui part tout de suite dans ma tête c'est d'abord de voir leur vie sexuelle, leur vie de couple et d'intégrer la prescription dans ce qu'elles sont à un moment donné. Et puis ça dépend de la personnalité aussi, si j'ai l'impression d'avoir une patiente qui part un peu dans tous les sens, qui est pas très cadrée, bah on ira plutôt sur un implant, ou un stérilet, mais après ça dépend de ma façon de percevoir. Mais je leur brosse toujours un panel assez large, avec les anneaux vaginaux, le préservatif, les spermicides, avec les capes, voilà enfin et après j'adapte. En ce moment je fais peut-être un peu moins en stérilets, j'ai posé un peu plus d'implants récemment. Mais, voilà. Et depuis que je prescris la pilule j'étais toujours en 2ème génération… Bon j'étais pas forcément dans le bon avec Diane35® et j'ai deux ou trois patientes qui m'ont rappelé et on a changé du coup.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Sur ma prescription de pilule en tous cas du coup, sur la contraception d'urgence… Alors soit elles sont pas protégées et je leur dis que c'est un préservatif à chaque rapport. Et en contraception d'urgence je suis sur du Norlévo® qui est toujours sur mon ordonnance de pilule en cas où. C'est rédigé comme ça : si oubli d'une pilule et rapport protégé dans la

semaine, prendre dans les 72 heures un comprimé de Norlévo® et appeler le médecin pour que je sois au courant et que je gère avec elles si elles ont des questions.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je l'ai jamais utilisé dans ce sens là, mais je pense que c'est une bonne technique, mais je l'ai jamais utilisé dans ce sens là.

Pour quelles raisons ?

La non utilisation ?

Oui

Ça s'est jamais présenté, et puis je l'avais pas forcément en tête non plus. Enfin, je l'ai en tête dans le sens où c'est une indication, mais que je l'avais pas forcément intégré à mon arsenal thérapeutique.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut proposer le DIU dans le cadre de la contraception d'urgence ?

Non

C'est cinq jours.

J'allais dire trois jours.

Un tout petit peu plus que celui de la pilule. Donc jamais utilisé en contraception d'urgence ? Pas d'expérience de ce côté là ?

Non

- **<u>CONTRACEPTION ET DIU</u>**

Sur les DIU… Quelles informations donnez-vous sur les DIU aux patientes ?

Qu'il y en a hormonaux et non hormonaux. Que les hormonaux sur des nullipares, en particulier surtout sur des shorts… Mais ils sont pas encore disponibles, enfin ils vont pas tarder… Je crois que c'est printemps de cette année…

Oui il me semble que c'est 2013.

Oui. Que c'est plutôt assez bien toléré, que c'est pas compliqué à mettre en place, que ça se surveille assez facilement. Enfin moi après je suis plutôt à l'aise avec la mise en place du stérilet, généralement je les fais même poser à mes internes pour que voilà… Pour que la prise en charge gynéco soit assez complète sur le cabinet.

Des avantages, des inconvénients ?

Oui, alors après sur les avantages par rapport au fait que si elles sont sur une contraception. Alors là c'est la première contraception c'est pas un renouvellement… Enfin c'est un renouvellement ou ça peut être ?

C'est une première consultation pour contraception, mais d'une manière générale…

Bah sur les DIU, ouais sur le fait que ce soit non hormonal sur une nullipare par rapport à la prise de poids, je l'utilise souvent sur mes patientes un peu plus… Enfin en surcharge ou léger surpoids. Et voilà après, tous les désavantages, on les dresse quand on remplit la feuille de suivi avec elles. C'est-à-dire que je leur en parle avant, mais je leur en reparle après, de se

dire que voilà si après le geste il y a des douleurs, il y a des saignements, il y a de la température, on redresse ensemble toute la fiche de surveillance que je leur donne. Voilà… Après sur les inconvénients, oui bah on leur parle que ça peut s'infecter, que ça peut perforer au moment du geste, que voilà qu'il faut y aller… Il faut faire les choses proprement et normalement, qu'elles nous tiennent bien informés de tout symptôme et que on leur dit si c'est ça ou pas ça. Qu'on peut être amené à l'enlever dans les 15 jours qui suivent la pose si c'est pas bien toléré… Et que ça se tolérer progressivement de mieux en mieux au fur et à mesure des cycles. Voilà, enfin, une assez large discussion, on pose jamais de toute façon de stérilet sur la première consultation. Je le prescris, elles y réfléchissent, et puis si elles ont des questions, elles reviennent en consultation sans forcément l'avoir acheté… Et puis si elles reviennent en l'ayant acheté, on pose. Et que… Voilà… Après la pose sur les DIU que ça se fait dans les deux à trois premiers jours des règles suivantes pour faciliter la pose… Enfin bon, tout un tas d'informations, que je sais pas s'il faut tout que je liste, mais…

Non bah c'est en gros…

Comment orientez-vous le choix du DIU ? Cuivre ? Mirena® ?

On en a déjà un petit peu parlé…

Ah, Mirena® du coup je le pose pas du tout dans le cadre d'une première consultation.

Plutôt chez les femmes qui ont déjà eu des enfants ou… ?

Bah oui, parce qu'il est franchement large et que c'est pas… Du coup je me suis jamais lancé sur une nullipare parce que je pense que l'examen, enfin que le geste doit être franchement pas confortable. Du coup voilà, sur les UT 385® Short, je suis assez à l'aise avec, et ça se passe bien.

D'accord. Est-ce qu'il vous arrive de le contre-indiquer et dans quels cas ?

C'est toujours pareil, mes premières consultations, enfin mes premières prescriptions de contraception sont plutôt sur les femmes jeunes par rapport à mon expérience et ma patientèle, du coup j'ai pas vraiment les contre-indications du DIU habituelles sur les antécédents d'infection au niveau gynéco, les antécédents de césarienne. Après je le contre-indique quand je sens qu'il y a quand même… Comment dire… Pas une grande stabilité sur le plan des partenaires et que du coup si je sens qu'il y a pas de protection par préservatif et qu'elles prennent un risque sur le plan des IST, je leur dit « bah écoutez ça c'est pas pour vous, restez sur du préservatif pour le moment, et quand vous serez fixée, un peu plus posée, on reviendra à d'autres types de contraception »

D'accord… Donc posez-vous des DIU ? Je crois que la réponse est oui… Où est-ce que vous avez été formé ? Comment ?

Euh… La formation c'était sur le stage de gynéco, sur le stage de gynéco en tant qu'externe sur l'hôpital de Grenoble et quand je suis passé en UPL, j'avais quelques journées sur l'hôpital de Voiron avec le Dr X . Du coup j'ai revu un peu la technique, je l'ai fait une ou deux fois et après je me suis lancé au cabinet.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ? Est-ce qu'il y a un bilan pré-thérapeutique ? Est-ce qu'il y a autre chose ?

Non, j'ai jamais fait de bilan préthérapeutique. La précaution c'est un geste propre, une bonne désinfection, rester le plus possible en stérile quand je manipule le stérilet et une des précautions que je prends c'est que j'utilise généralement jamais d'hystéromètre. Parce que j'évite du coup des allées et venues dans des cavités qui est plutôt stérile et dans ce cadre-là… Voilà j'y vais tranquillement avec mon stérilet, je l'implante tout simplement.

D'accord, une recherche de *Chlamydia* ?

Jamais

Une prémédication ?

Non plus.

- **<u>DIU ET NULLIPARITE</u>**

Alors, que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Bah, aucun souci, ça ne pose pas de problème.

Est-ce qu'il y a des avantages à offrir, enfin à mettre plutôt un DIU chez une nullipare ? Par rapport aux autres moyens de contraception sur l'arsenal dont elle dispose ?

Bah l'avantage pour… C'est surtout sur le suivi. Enfin par rapport à la prise en charge quand elles sont assez stables sur le plan de leur vie sexuelle. Une fois que c'est implanté, elles sont très à l'aise et si elles supportent bien. Voilà, si elles le choisissent c'est qu'elles se rendent compte que le geste initial peut être pas très confortable, mais qu'une fois que c'est fait et que c'est bien toléré c'est quand même très simple à gérer. L'autre avantage, c'est par rapport au fait de l'absence d'hormones, par rapport à des jeunes femmes qui fument et qui sont plus ou moins en surpoids ou en légère surcharge ou en tous cas qui n'ont pas envie de prendre du poids avec un autre contraceptif.

Est-ce qu'il y a des réticences chez les patientes quand on leur parle de DIU ?

Je les force jamais hein, je leur propose… Et elles choisissent en fonction.

Et comment elles réagissent ?

Pffffff… C'est variable d'une patiente à l'autre. Il y en a qui disent « ah non surtout pas ça » et puis y en a d'autres qui disent « ah bah oui pourquoi pas » ou « j'y avais pas pensé » « ah bah si vous le mettez bah oui ». Voilà donc en fait si on explique si on montre qu'on est à l'aise avec le dispositif, elles adhérent, il y a pas de souci. Je pense que ça dépend surtout du côté détendu du médecin qui propose à un moment un acte qu'il sait faire.

Est-ce qu'il y en a qui viennent avec l'idée de… Qui viennent avec une demande de DIU ?

Non

Non jamais ?

Non

Et les indications ça peut être en première, en seconde intention, ça n'a pas d'importance ?

Ça n'a pas d'importance.

Et un critère d'âge ?

Non, non parce que…Non.

Chez ces patientes là, vous posez aussi des DIU ? Chez les nullipares ?

Oui

Est-ce qu'elles sont satisfaites ?

Oui

Est-ce qu'il y a une tolérance ? La tolérance à distance comment elle est ?

Pour le moment sur le retour j'ai… Une patiente qui avait un fait bilan, mais que j'ai pas eu le retour c'était sur la remplaçante du Dr X. Mais… Une patiente qui avait des douleurs post mise en place du DIU, qui le supportait pas bien, et je sais pas si elle l'a enlevé ou pas, ça m'a après échappé sinon tous les autres ont bien supporté, sans souci.

Et le geste en lui-même ? La pose ?

La pose en elle-même, pas de problème.

D'accord, donc à priori, pas de d'effet indésirable ? Des complications lors de la pose aussi ?

Non jamais eu de malaise, jamais eu de…

Pas de souci particulier ?

Non, pas de sur-infection.

D'accord, alors qu'est-ce qui pourrait vous faire peur lors de la pose d'un DIU ?

Plus le malaise. Le malaise vagal de la patiente. D'ailleurs toujours été très surpris de la nécessité d'avoir normalement de l'oxygène au cabinet si on posait des stérilets. J'en vois pas trop l'intérêt quoi, c'est plus le spasme du col qui est douloureux et qui crée des malaises. On détend la patiente et qu'on y va tranquillement ça se passe bien.

A priori y a pas de raison…

Non

D'accord, toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Je lui demande d'être accompagnée par un de ses parents, voilà… Ou enfin un adulte en tous cas.

Mais ça pose pas de soucis ? Pas de craintes de ce coté là ?

Non

D'accord… Il y a un texte de loi qui autorise la pose du DIU chez la mineure sans l'autorisation parentale.

Oui, mais ça je m'y risquerais pas. En tout cas je veux qu'il y ait un majeur pendant… Qui accompagne la patiente pendant le geste pour des raisons de protection plus pour moi que… Juridique et… Voilà.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de

2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Oui, c'est une étude qui date de... ?

Qui est de 2005 je crois… 2002, 2002… Que pensez-vous de cette situation ?

Bah on est à la bourre comme d'habitude (rires). Il y a beaucoup d'à priori, de « on dit », de pensées automatiques, enfin voilà je pense qu'on est très en retard sur plein de points, pas que sur ça.

Et comment est-ce qu'on peut changer cette pratique en général ?

Euh… En formant nos internes de médecine générale à la pose du stérilet (rires) puisque c'est eux qui vont le mettre plus tard. Les gynécos en ville pourront plus faire de gynéco med. Ça va être à nous de le faire. Il y a une pression des laboratoires sur les prescriptions de pilule qui est assez énorme et je pense que ça aussi ça a induit un gros biais. Et puis il y a aussi une conscience populaire qui pense que c'est un geste compliqué. Alors est-ce qu'il faut lancer du coup si on voit que sur l'état de santé d'une population c'est quelque chose qui est à favoriser, est-ce qu'il faut pas une politique nationale de communication auprès des patientes. On va dire voilà : « votre contraception… Enfin envisager le stérilet c'est quelque chose, enfin le DIU en tous cas c'est adapté quelque soit votre… Votre… Comment dire… Votre parité, quelque soit l'âge » Enfin bon voilà après, si ça part par de la communication avant, il y aura moins de frein au fait qu'elles acceptent. J'ai pas l'impression qu'elles… En même temps j'ai pas l'impression que ce soit tant elles qui freinent que les prescripteurs.

Est-ce qu'elles sont suffisamment informées de ce coté là ?

Bah en fait moi de mon expérience… Oui elles sont informées que ça existe, mais elles pensent que c'est pas pour elles, quasiment toutes. Après c'est de mon expérience, c'est quand même le fait que je sois assez à l'aise avec le DIU que j'en pose un peu plus personnellement. J'ai même des collègues qui m'adressent des patientes pour installer des stérilets.

Et qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser plus ? Et à en proposer même plus ?

Qu'est-ce qui pourrait… C'est une facilité… Enfin… C'est moins facile de prescrire un DIU que de prescrire une pilule dans le sens où il y a un acte de pose qui est quand même un peu plus long que la simple prescription d'une pilule. Donc, la pose est valorisée sur le plan de la cotation, c'est une chose, mais, après c'est une question de temps… J'en ai ou j'en prends pour faire ça, mais est-ce que j'en aurai dans l'avenir pour en mettre ? Je sais pas. Peut-être que je reviendrai plus à la prescription de pilule parce que j'aurai du coup sur une première consultation, à proposer une pilule, qu'elle reviendrait pas forcément d'emblée pour poser

quelque chose. Si je veux je le faire proprement, il faut que je prenne du temps, si je veux former mes internes dessus faut que je prenne du temps, enfin je sais pas, je sais pas ce qui pourrait aider à en poser plus. Je pense que si elles arrivent avec une idée plus orientée sur le DIU en amont, je pense que oui ça aiderait, c'est sûr. Qu'elles me disent « docteur, voilà j'aimerais une contraception, le stérilet je trouve que c'est pas mal » ça orientera automatiquement un peu plus la prescription. Il y aura moins de communication à faire, moins d'explications, donc…

Notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale, est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?

Le gros frein ça a été cette espèce de perception française, que c'était interdit, qu'on avait un risque de perforation, et de risque hémorragique et que du coup… Je pense qu'il faut absolument retravailler au niveau communication là dessus pour que la société, médecins compris, fermer un peu moins cette prescription. Il y a une chose aussi à laquelle je pensais c'est les questions dans les assurances responsabilité civile des médecins, enfin responsabilité professionnelle, où il y a une liste « posez-vous des DIU ? ». Voilà si on en a déjà posé avant de signer l'assurance bah on est pas sûr qu'il ait pas de surprime, et si on en a jamais posé et qu'on pense le faire, il y a une surprime. Donc voilà on a l'impression de courir un espèce de risque. Dès qu'on est invasif, oui, on a l'impression de risquer un peu plus alors qu'en fait le risque existe avec une pilule enfin une prescription hormonale. Donc, les freins à la diffusion sont dans l'information des médecins, dans l'information aux patients et dans le temps qu'on peut allouer à ce genre d'activité.

Merci !

De rien !

Entretien n°9

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme que proposez-vous ?

Alors c'est souvent en fonction de la demande de la jeune femme. La plupart du temps elles arrivent avec une petite idée de ce qu'elles veulent et le plus souvent j'allais dire c'est la pilule. Voilà, et donc, bah du coup quand il faut prescrire une pilule, alors bien sûr, je vérifie l'absence de contre-indications et souvent je prescris une 2ème génération en première intention.

D'accord, si elles ne viennent pas avec des demandes précises, ça arrive souvent ça ?

Ça arrive, alors souvent, elles disent « bah je voudrais la pilule » et puis des fois elles arrivent en disant « bah j'ai entendu parler d'autre chose, je voudrais des renseignements » donc il y en a pas mal qui sont intéressées par l'implant, et puis de plus en plus par le stérilet.

D'accord et même si elles ont une demande précise, est-ce que vous allez quand même leur proposer les autres contraceptions, vous allez vérifier qu'il y a pas de contre-indications et… ?

Alors je vérifie en premier lieu qu'il y a pas de contre-indications, et c'est vrai que s'il y a pas de contre-indications, éventuellement je dis un mot « il y a aussi d'autres moyens, si jamais ça fonctionne pas on pourra basculer sur d'autres moyens », mais souvent je reste quand même dans leur demande, j'essaye de pas forcément les orienter sur l'un ou l'autre des moyens.

D'accord et comment s'organise la consultation ? Elles sortent avec leur ordonnance ? Il y a un examen ? Comment ça se passe ?

Alors je fais un examen clinique simple pour la tension, je vérifie l'état des jambes, je vérifie qu'il y ait pas de migraine. Et puis je fais une première prescription pour trois mois, en leur demandant de revenir avant la fin de la 3ème plaquette, donc en expliquant bien comment est-ce qu'il faut débuter, etc. Et en général quand je les revois au bout de trois mois, c'est là où je fais le point et c'est là où je peux être amenée à reparler d'autres modes de contraception si jamais ça n'a pas été bien toléré.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Alors c'est vrai que pour l'instant, je le propose pas systématiquement par contre j'en parle systématiquement parce que quand je le prescris, au moment d'expliquer la prise de la pilule, je parle des oublis, et je parle de la contraception d'urgence, mais c'est vrai que je le prescris pas sur l'ordonnance systématiquement. Je sais que j'en ai discuté avec des confrères et des consœurs qui le font, mais je leur dis qu'elles peuvent se le procurer en pharmacie directement ou auprès de l'infirmière scolaire ou en PMI, mais je le mets pas sur l'ordonnance.

Est-ce que vous avez des jeunes filles qui viennent vous voir spécifiquement pour une contraception d'urgence ? Qui ont eu une exposition, un rapport à risque et qui viennent vous voir ?

Et bien en fait non.

Non ça vous arrive jamais…

C'est pour ça je me dis que peut être dans l'avenir, je le mettrai peut-être quand même sur l'ordonnance au cas où. Parce que du coup, bah en général c'est en urgence, et du coup on n'est pas forcément joignable, ou elles sont pas sur place. Donc c'est vrai qu'on a très rarement des demandes comme ça.

Qu'est-ce que vous pensez du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Alors je l'ai jamais utilisé comme tel, effectivement. Non ouais c'est vrai, je sais que ça se fait, mais je l'ai jamais posé en urgence.

Vous avez pas d'expérience de ce coté là ?

Non, j'ai pas d'expérience.

Vous savez le délai pour le dispositif intra-utérin par rapport à la pilule du lendemain ?

Euh non je sais même pas. (Rires)

C'est cinq jours au lieu des 72 heures.

D'accord, ok

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Alors un peu plus spécifiquement sur le dispositif intra-utérin, quelles informations vous allez donner sur les dispositifs intra-utérins de manière générale ?

Alors, en général j'ai un petit fascicule où y a un schéma qui est pas mal fait parce que j'aime bien que… Bon d'abord j'explique comme ça puis je leur demande si elles veulent voir un dessin. Si elles me disent « oui non non surtout pas » bon évidement je sors pas mon fascicule. Et puis ensuite j'ai un fascicule où il y a les deux types de stérilets, donc les stérilets au cuivre et les stérilets aux hormones. Donc si c'est une femme qui a déjà eu des enfants, je lui parle des deux, si c'est une jeune fille, je parle plutôt du stérilet au cuivre en précisant que si on en met un ce sera plutôt un plus petit que celui qu'il y a sur le dessin puisque que je mets plutôt des shorts enfin les UT 380® Short.

Comment vous orientez le choix du DIU ?

je crois que vous venez à peu près de répondre…

Voilà, alors en fait globalement, c'est vrai que chez les jeunes filles, je préfère le cuivre simple parce que déjà pour la pose c'est plus facile et puis tant qu'à s'orienter vers quelque chose qui est pas hormonal autant mettre du cuivre, voilà stérilet au cuivre. Après c'est sûr que je leur explique d'emblée quand même, enfin voilà faut que ça soit des jeunes filles qui ont un partenaire stable parce qu'il y a le risque infectieux et puis en général je leur dis que je veux faire un examen gynéco avant pour voir si c'est possible parce que si il y a un col trop rétroversé, moi je me sens pas capable d'aller poser un dispositif. Donc voilà, je leur propose de faire un examen gynéco, d'en profiter pour faire le frottis et à partir de là je leur dit « bah oui c'est possible » et je leur prescris et elles viennent aux règles suivantes.

D'accord et les avantages, les inconvénients que vous leur exposez ?

Donc, l'avantage que je leur expose, parce qu'en règle générale, c'est les oublis qui leur… Il y a les oublis et puis des fois les mauvaises tolérances aux hormones. Donc voilà ça c'est le principal avantage. Et puis l'inconvénient, moi, bon je recherche quand même si y a pas des règles hémorragiques avant parce que du coup ça m'oriente quand même pas trop vers ce mode de contraception, donc c'est plutôt voilà les règles abondantes que je mets en effet indésirable.

D'accord, est-ce que ça vous arrive de le contre-indiquer et dans quel cas ?

Est-ce que ça m'est arrivé… ? Alors je pense que je l'avais pas forcément contre-indiqué, mais j'avais orienté la jeune fille vers un gynéco parce que je pensais que ça serait difficile à poser. Y avait peut-être une fois où j'avais déjà du mal à trouver le col pour faire le frottis, je me suis dit « non là je vais batailler je risque de mal le poser » donc je l'avais pas posé, mais je l'avais pas forcément contre-indiqué… Oui… C'est que de mémoire…

Est-ce que vous posez des DIU ?

Oui.

Oui… Et où est-ce que vous avez été formée ?

Alors j'ai été formée en suivant une gynéco pendant mes premières années d'installation. Sur mon jour de congé j'allais tous les mardis pendant à peu près une année, suivre une gynécologue à la clinique des Cèdres. Et puis j'avais fait aussi une formation de deux jours sur tout ce qui était prise en charge de la femme, contraception où on avait révisé un petit peu la pose des stérilets.

D'accord, quels modèles vous posez la plupart du temps ?

Alors la plupart du temps, bah moi je suis très, enfin les deux qui sont, que je sais bien poser c'est le Mirena® et l'UT 380®.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Moi je leur demande de prendre du Spasfon® une heure avant. Je leur fais prendre deux comprimés de Spasfon® une heure avant, mais bon si elles ont oublié je leur pose quand même, c'est pas… Voilà… Et puis c'est tout.

Est-ce que vous faites un bilan pré thérapeutique ?

Euh, pas systématiquement.

D'accord, une recherche de *Chlamydia* ?

Ah non, j'y pense pas.

- **<u>DIU ET NULLIPARITE</u>**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Alors, bah en fait ça fait quelques années que je commence à poser des dispositifs intra-utérins chez les jeunes filles et ça se passe très bien. J'étais surprise parce que vraiment, j'avais un petit peu peur au départ et finalement, le col, il se franchit très bien.

D'accord et pour vous quels sont les avantages que peut offrir le DIU chez la nullipare ?

Moi je pense que c'est enfin, au niveau fiabilité, déjà elles oublient pas leur pilule. Après au niveau pratique, c'est vrai qu'elles ont toujours perdu l'ordonnance, la plaquette est restée chez le copain elles sont à nouveau chez les parents. Voilà au niveau pratique je pense que c'est vraiment un avantage. Et puis l'autre avantage c'est qu'il y en a beaucoup qui fument, c'est qu'il y en a beaucoup qui en ont besoin tôt, donc qui vont faire 30 ans de pilule, donc je me dis que si on peut mettre un stérilet pendant cinq ans ça fera toujours cinq ans de moins d'œstroprogestatifs.

Est-ce que les patientes sont réticentes quand vous leur parlez, ces jeunes, quand vous leur parlez du DIU ? Quelles sont leurs réactions ? Est-ce que ça vous arrive de proposer sans qu'elles vous en parlent ?

Alors c'est vrai que d'habitude, enfin j'essaie de bien cibler et de voilà, pas les choquer dans les… Donc j'y vais un petit peu, je tâtonne un petit peu et c'est vrai que si je les sens réceptives, j'explique comment ça marche et la plupart du temps une fois que c'est bien expliqué avec schémas en montrant les avantages, les inconvénients c'est plutôt bien accepté. Et c'est même surprenant parce que c'est des jeunes filles qui vont prendre la décision très rapidement. Autant on peut avoir des femmes après un enfant qui vont mettre trois, quatre mois avant de revenir, autant les jeunes filles le mois suivant elles reviennent aux prochaines règles.

D'accord et c'est souvent que c'est une demande précise, initiale, sans que ce soit vous qui le proposiez ?

Ouais c'est plutôt les ¾ des cas où c'est vraiment une demande de la… Voilà, parce qu'elle en a entendu parler ou une copine l'a eu ou sa maman lui en a parlé, voilà.

Et vous quand vous le proposez c'est dans quelles indications ?

Alors c'est plutôt quand il y a une contre-indication à la pilule en particulier avec le tabac, parce que moi j'aime pas trop, si elles fument même si elles ont moins de 35 ans, je leur dis d'emblée. Et puis après c'est pour les oublis.

D'accord, donc c'est plutôt en 2ème intention, après la pilule ?

Souvent oui, c'est souvent en deuxième intention quand même oui.

Est-ce qu'il y a un critère d'âge ?

Alors c'est vrai que pour l'instant j'en ai pas posé avant 18 ans, parce que je me dis qu'au niveau de la croissance de l'utérus avant 18 ans, je sais pas trop, j'ai pas trop de données donc… Ouais c'est plutôt ouais c'est ça, c'est pour ça que des fois c'est plutôt de la deuxième intention parce que des fois elles viennent à 15 ans et à 15 ans je suis plus pilule et après à 18-19 ans je propose plus le stérilet.

D'accord, est-ce que vous posez des DIU chez ces patientes ?

Oui

Donc ça se passe bien ? Elles le tolèrent bien ? Comment ça se passe à distance ?

Globalement à distance, bon j'en ai pas posé énormément. J'ai eu une fois un échec où il y a eu une grossesse sous stérilet sur la dizaine de cas que j'ai posée… Donc ça fait quand même pas…

C'était une grossesse extra-utérine ?

Non, c'était une grossesse intra-utérine, alors je sais pas exactement. La patiente n'est pas revenue pour le contrôle au bout d'un mois pour vérifier que les fils étaient là, parce que ça s'est trouvé que c'était pendant l'été, etc. Et alors je sais pas exactement ce qui s'est passé, est-ce que le stérilet a été expulsé, est-ce que… Donc moi j'ai eu les nouvelles après que par téléphone, donc voilà je sais pas. Et sinon donc chez les jeunes filles j'ai eu des bons retours, j'ai pas dû les retirer comme ça peut arriver des fois au bout d'un mois ou deux parce que c'était mal toléré. Pour l'instant ceux que j'ai posés ils sont bien tolérés.

Et par rapport à la multipare, est-ce que vous trouvez qu'il y a une différence et dans la pose et dans la tolérance ?

Alors dans la pose non, finalement j'ai été surprise, j'allais dire c'est même presque plus facile chez la nullipare parce que le col il est pas du tout modifié par un accouchement et finalement si on le fait bien pendant les règles, le passage il se fait pas mal. Et puis pour la tolérance, ouais après c'est plus sur les règles abondantes. Et ouais j'ai pas tellement de différences de tolérance. Il y avait juste un cas où j'avais posé un stérilet chez une multipare qui avait déjà eu des stérilets et où elle a fait le malaise vagal après, mais c'est le seul cas où j'ai eu un peu peur, voilà, mais c'était pas une nullipare.

D'accord. Est-ce qu'elles sont satisfaites ces nullipares qui ont leur stérilet ?

Bah la plupart oui.

Au niveau de la consultation pour la pose du stérilet chez la nullipare est-ce qu'il y a des choses en particulier ou par rapport à la multipare ?

Alors j'explique peut-être un peu plus quand même. Parce que ne serait-ce que la position gynécologique, elles ont pas l'habitude de faire aussi beaucoup d'examens gynéco, donc j'y vais, voilà j'y vais un petit peu avec précaution, je les fais pas mettre complètement toutes nues, voilà. Et puis j'explique ce que je fais, je leur laisse bien le temps de se détendre, peut-être je prends un peu plus de temps.

Les effets indésirables, les complications, on en a un peu parlé, un malaise vagal... Le reste... ?

Ouais, un malaise vagal, mais bien costaud quand même, parce que j'ai juste eu le temps de faire le tour du bureau et je l'ai rattrapé, je l'ai couchée par terre et elle est revenue à elle que quelques bonnes secondes après donc ça m'a fait bizarre. Elle était pourtant déjà assise à la table, c'était pas sur la table d'examen qu'elle a fait le malaise. Et puis après je l'ai gardée une demie heure dans le bureau de mon collègue pour la surveiller et finalement ça s'est bien passé, je l'ai appelé tous les jours et dans les suites ça s'est calmé.

D'accord, une grossesse intra-utérine, après... Des saignements ? Pas de perforations ? Des choses comme ça ? Des expulsions ?

Non, alors expulsion... Est-ce que j'en ai vu... C'est tout confondu hein ? Toute pose nullipare ou…

Oui

Non ça me dit rien. Y a une ou deux fois où j'ai dû retirer parce qu'il était mal toléré. Donc en général ce que je fais, c'est avant je fais une écho quand même pour voir s'il est bien placé, et puis s'il est bien placé et qu'il est mal toléré, j'essaie de faire patienter la patiente avec des traitements symptomatiques comme du Spasfon® et puis si c'est mal toléré je le retire.

Alors qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Alors au début avant d'avoir beaucoup de pratique, j'avais peur de la perforation et puis finalement on sent quand même bien... Enfin je veux dire si on va doucement... Ce qui pourrait me faire peur après c'est plutôt tout ce qui est, bah tout ce qui est pas bien prévisible comme le malaise vagal, le choc... Enfin le... voilà. Au niveau infectieux, je prends bien des précautions, je mets bien les gants stériles, je nettoie bien donc ça me fait pas trop soucis. Ouais c'est plus le malaise qui me fait un peu peur.

Et comment on peut essayer d'éviter ça ?

Comment on peut ? Bah en général je fais bien détendre les gens, enfin voilà je reste vraiment au contact de la parole en leur expliquant ce que je fais. Et puis surtout que... Je leur dis que je reste à l'écoute, si elles ont mal j'arrête, parce que je pense que c'est quand même la douleur qui provoque... Donc si je vois que je peux pas franchir le col, je force pas ou j'attends un peu ou je recommence un peu après.

Toujours dans le cadre du dispositif intra-utérin chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ? Une patiente mineure ?

Bah chez la mineure, en fait j'en ai jamais posé et c'est vrai que je me suis jamais posé la question. En général, je prescris plus la pilule à ce moment là.

Et c'est pour quelles raisons ?

Et bien, pour la raison déjà, bah ce que je disais tout à l'heure par rapport à la croissance. Parce que voilà, je sais pas trop.

Au niveau morphologie ?

Au niveau morphologique, voilà, donc ça, ça me fait un petit peu peur, je me dis que même si c'est un stérilet un peu plus court, si l'utérus est très petit ça va être compliqué. Et puis effectivement c'est quand même un geste qui peut, voilà qui est un petit peu invasif, donc, ça m'embêterait de le faire sans avoir l'autorisation des parents, mais en même je sais pas du tout, je connais pas du tout la législation là dessus.

Voilà justement j'allais y venir, il y a un texte de loi qui autorise la pose du DIU chez la mineure sans l'autorisation parentale.

Sans autorisation d'accord... Ça c'est vrai que... En fait la question ne s'est jamais posée parce qu'au niveau morphologique pour moi c'était un peu... voilà....

D'accord, mais c'était pour d'autres raisons, c'est pas une question de législation...

Voilà, c'est pour un côté technique.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Hum, oui ça m'étonne pas parce que moi c'est que très récent que je les pose, ça fait peut-être deux ans. Donc effectivement ça fait depuis 2010, on a bien cinq ans de retard, facilement.

Que pensez-vous de cette situation ?

Bah je pense que c'est en train d'évoluer et je pense que les jeunes filles nous font évoluer aussi. Parce que moi, au départ, c'est plus la demande de jeunes filles qui m'a fait réfléchir, rechercher effectivement les textes, me dire : «aAh bah oui effectivement dans les pays Anglo-Saxons c'est devenu la première contraception, bah pourquoi pas ». Et c'est comme ça que je me suis lancée entre guillemets. Bon la première fois j'étais pas très tranquille quand même. Et puis finalement avec plusieurs bonnes expériences, je pense que je vais en poser de plus en plus.

Comment d'après vous on peut changer cette pratique en général ?

Euh… Bah je pense par l'information des médecins et des patients. Puisque là clairement, je sais pas comment fonctionnent les autres, mais moi je m'attache pas mal à la demande des gens, en matière de contraception, j'essaie de pas trop m'immiscer dans leurs souhaits et c'est vrai que bah si les patients sont informés que c'est possible je pense que du coup plus de médecins vont aller vers cette voie de contraception.

Et est-ce que l'information aux jeunes femmes elle est suffisante sur ce sujet ?

Ça doit dépendre des zones géographiques parce que... Et puis du niveau socioculturel. Alors après je sais pas trop hein, peut être que ça se fait dans les collèges, dans les lycées... Ouais... Je pense qu'on peut faire plus.

Faut aller sur l'information des patientes, et… ?

Et sur l'information des médecins, ouais. Ah oui c'est sûr, parce que... Enfin il y a quand même une réticence à aller poser un stérilet. Enfin on a appris toute notre vie, voilà on nous a rabâché ça pendant toutes nos études qu'il ne fallait pas le poser chez la nullipare donc le temps qu'on prenne conscience que finalement ça se fait bien et qu'il y a un bénéfice surtout par rapport aux pilules. Alors c'est vrai que les scandales de pilules ça peut aussi aider à basculer sur un autre mode de contraception.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser, à en proposer plus ?

Je pense que les effets indésirables de la pilule déjà m'inciteraient à en proposer plus et j'ai beaucoup d'appels de patientes qui viennent pour autre chose et puis qui me disent « ah au fait c'est quelle génération ma pilule ? Ah bon c'est bon c'est une deuxième, ça va ». Mais c'est vrai que du coup dans l'avenir, je vais peut-être être amenée à leur dire « bah si vous voulez on peut aussi basculer sur un autre mode de contraception » et ça va probablement déboucher sur plus de poses.

Notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter sur le sujet ?

Donc les freins du côté du médecin non c'est ça ?

C'est en général, enfin l'idée c'est d'essayer de comprendre quels sont les freins, vraiment. Donc comme vous avez dit y a les jeunes femmes, l'information des jeunes femmes et puis les médecins et leur formation... Ouais, alors il y a la formation initiale, les préjugés qu'on a forcément. Après il y a aussi, quand même y a eu deux, trois fois où j'ai été surprise, mais c'était pas avec des nullipares, c'était avec des femmes plus âgées, y a des cotés un petit peu religieux, où finalement le fait de tuer entre guillemets un petit œuf tous les mois ça leur convenait pas. Donc, voilà moi je l'explique bien au début, en leur disant « bon bah voilà ce qui se passe, il peut y avoir un œuf fécondé, mais il s'accroche pas ». Donc voilà, mais j'ai voilà, j'ai effectivement une patiente qui m'a dit « ah non non, mais moi je veux pas faire ça je ne veux pas utiliser ce mode de contraception ». Voilà...

Entretien n°10

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Si elle a pas d'antécédents particuliers, pas de contre-indications, je lui explique qu'il y a la pilule, plutôt œstroprogestative. Moi j'en ai pas 150 en réserve : Minidril®, Leeloo® si elle fume un peu, car elle est moins dosée en œstrogènes et après je lui demande si elle veut une pilule continue avec la semaine placebo ou pas : Optilova®, si c'est la versus Leeloo®, ou Optidril®, si c'est la versus Minidril®. Je lui demande si elle se sent capable de prendre un comprimé tous les jours. Si elle me dit que oui on reste sur la pilule sinon je lui explique qu'il y a d'autres moyens de contraception : patchs, implants, anneaux.

Quelle contraception pour quelle jeune femme ?

Pour les jeunes femmes si y a pas de contre-indications ou des antécédents particuliers, je commence toujours par parler de la pilule, mais après je leur demande si elles se sentent capables de prendre un comprimé tous les jours. Si elles me disent « oui » on reste là-dessus, mais si elles disent « non » je leur parle des autres moyens de contraception. Je leur détaille brièvement les autres. Si c'est difficile on change.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

Souvent elles viennent pour prendre la pilule. Ça c'est pour celles qui ont jamais eu de contraception. Si elles ont déjà eu une contraception, elles viennent me voir pour le stérilet. Même des jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfants justement, car les médecins et les gynécos sont un peu réticents. C'est la grande mode des méthodes naturelles. On a beaucoup de jeunes qui ont déjà eu des moyens de contraception ou pas, et qui ont entendu parler du stérilet au cuivre donc sans hormones et qui viennent voir ici parce qu'ailleurs on n'en pose pas.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Le problème c'est que je suis pas confrontée à la contraception d'urgence. Ici c'est la sage femme qui est dédiée au planning familial. Moi je fais des consultes de contraception, mais pour la contraception d'urgence elles vont voir la sage femme. Si ça devait m'arriver ça serait la pilule du lendemain Norlevo®, ça c'est sûr.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je pratique pas, je suis sans avis là dessus. Je pense qu'il y a mieux comme contraception d'urgence.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je leur explique qu'il y a deux types de DIU : celui au cuivre et celui qui est hormonal. En fait, je commence à leur expliquer les différences entre les deux concernant le profil des effets indésirables. Je leur explique comment on pose un stérilet, j'ai un petit schéma ou je leur montre où on le met, je leur montre la taille réelle du stérilet. Je leur explique que commun aux deux stérilets, y a le risque de perforation, un risque d'infection qui est supplémentaire quand on a un stérilet par rapport à la pilule. Donc schématiquement ma consultation c'est : présentation des stérilets, effets indésirables et profils des deux stérilets, les risques liés à la pose et le risque de grossesse, de perforation et d'infections.

Avantages ?

Souvent j'ai pas à vanter les mérites du stérilet, elles viennent, elles veulent le stérilet. On va dire celles qui ne savent pas : on a pas à penser tous les jours à prendre un comprimé, c'est un moyen de contraception très très sûr. Pour moi c'est ça les principaux avantages.

Inconvénients ?

On a un risque infectieux… Enfin c'est pas un inconvénient, mais y a certaines femmes qui ont du mal à se faire suivre sur le plan gynécologique. Alors c'est pas un inconvénient, mais j'insiste beaucoup sur la nécessité de se faire suivre, car y en a beaucoup qui ont une consultation gynéco pour le frottis tous les trois ans et entre il ne se passe rien. Donc ça peut être un inconvénient pour elles, mais je leur dis qu'une fois qu'on met un stérilet il faut venir toutes les années. L'inconvénient ça va être propre à chaque stérilet. Avec le cuivre ça va être les règles abondantes, celui aux hormones : ne pas avoir ses règles ça peut être un inconvénient pour la dame.

Mode d'action ?

Ça a un effet pro-inflammatoire ce qui rend impropre la glaire cervicale.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Déjà je lui demande ce qu'elle a eu comme contraception. Je lui demande si d'avoir ses règles ça a une importance ou pas et si elles ont des règles abondantes en temps normal. Si déjà elle a des règles importantes, qu'elle se change plusieurs fois par jour je lui dis que le cuivre c'est pas une bonne idée. Après si elle n'a pas de règles abondantes elle a le choix entre les deux : je vais lui demander si le fait de pas avoir ses règles ça va lui poser problème. Certaines n'aiment pas du tout ne plus avoir leurs règles. Donc classiquement je regarde les règles et après elles choisissent en fonction du profil des effets indésirables.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Bah celui au cuivre ça m'est arrivé de le contre-indiquer, car elles avaient des règles abondantes. Une fois j'ai eu une jeune qui avait une vie olé, olé avec des partenaires multiples donc là je lui ai dit « non ». Y avait un risque infectieux trop important. Globalement des contre-indications y en a pas beaucoup.

Donc globalement les partenaires sexuels multiples c'est une contre-indication pour vous-même si y a utilisation de préservatifs ?

Si elle me dit qu'elle est impeccable, qu'elle se fait suivre, fait ses frottis, qu'elle enlève pas le préservatif : ok mais là c'était pas le cas.

Posez-vous des DIU ?

Oui je commence, je débute.

Ou avez-vous été formée ? Comment ?

J'ai eu aucune formation théorique, j'ai été formée par mes collègues. Ici je fais les IVG le matin, ils m'ont formée et je pose au bloc des stérilets sous écho.

Et pendant le cursus universitaire ?

Formation théorique très basique même quasi inexistante.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Donc on aime bien les voir avant la pose, car souvent elles viennent d'ailleurs pour la pose, car leurs médecins ne pratiquent ou ne veulent pas faire ce geste. Donc on les voit avant, on vérifie que les frottis sont bien à jour et on aime bien faire des chlamydias. Comme c'est très fréquent, je le fais systématiquement avant la pose du stérilet.

Prémédication avant la pose ?

Alors sauf contre-indication, je leur donne un comprimé d'Ibuprofène® 400mg une heure avant et deux comprimés de Spasfon® 30 minutes avant. Et si elles sont nullipares je leur prescris un comprimé de Cytotec® per os une heure avant la pose. Pour faciliter la pose, car chez les nullipares la pose est plus compliquée.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Très bien, il suffit de bien l'informer des risques, des effets indésirables et surtout de la nécessité d'avoir un bon suivi. Ma politique à moi c'est qu'il vaut mieux poser un stérilet que de prendre une pilule n'importe comment et se retrouver avec des IVG à répétition, parce que les IVG y a des risques aussi.

Femme nullipare, mais non nulligeste ça change votre manière de penser ?

Non ça va pas me changer. Mais c'est vrai que nous, quand on voit une femme après une IVG on n' a pas le même discours si c'est une première IVG ou la troisième. Quand je les vois en consultation et qu'elles ont aucune demande en termes de contraception je vais pas leur parler d'emblée du stérilet. Je vais leur présenter tous les modes de contraception et je vais leur dire après y a le stérilet : c'est vrai qu'on le donne pas en première intention. Maintenant si j'ai une dame qui a fait deux IVG, je vais lui dire que la pilule c'est pas fait pour elle et je vais plus forcer sur le stérilet ou l'implant. Mais je force d'abord sur l'implant.

Quelles sont vos motivations ?

Toujours pareil : est ce qu'elle est faite pour prendre un comprimé, est ce qu'elle a essayé l'implant ou pas. Ça va dépendre de la motivation de la dame, de ses antécédents, de son mode de vie, et surtout ce qu'elle veut.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Ça serait une jeune qui ne prend pas de risques particuliers, qui se fait bien suivre, qui a essayé d'autres moyens de contraception, mais pas forcément : la petite jeune qui veut pas entendre parler des autres moyens pourquoi pas, mais ça serait pas mon profil type.

En 1ère ou 2nde intention ?

Plutôt en seconde intention, je le propose pas en première intention sauf dans certains cas.

Quelles sont les réticences de vos patientes quand vous leur parlez du DIU ?

Ce qu'on entend le plus, c'est d'avoir un corps étranger dans soi. C'est d'ailleurs la même crainte que l'implant : avoir un truc dans le corps. C'est souvent ça en N°1 et en N°2 c'est internet et les copines. Quand ça s'est pas bien passé dans leur entourage : c'est les réticences de l'entourage, le vécu de l'entourage par rapport à ce mode de contraception. L'idée que c'est interdit quand on a pas eu d'enfant. Elles s'imaginent que c'est quelque chose de très gros. Faut simplement leur poser la question si elles savent à quoi ca ressemble. Certaines ont peur de le perdre : on leur dit qu'il faut vérifier de temps en temps les fils. L'effet plutôt abortif que contraceptif.

Posez-vous les DIU chez ces patientes ?

Je me forme pour, j'en ai pas posé encore toute seule.

Pour vous la tolérance et la pose est-elle moins bonne chez la nullipare que chez la multipare ?

Oui, oui. Souvent la nullipare est beaucoup plus stressée, elles font pas mal de malaises vagaux, de douleurs post pose.

Et la pose ?

Avec le comprimé de Cytotec®, ça se passe très bien. Sans le comprimé de Cytotec®, le col est petit et c'est un peu plus douloureux pour la femme et plus compliqué pour le médecin qui pose.

Comment organisez-vous la consultation ? Quelles sont les conditions de pose ?

On part du principe qu'on a fait une consultation avant. On voit la dame, je discute, je lui demande le stérilet, on refait une petite mise au point s'il y a besoin et après le temps de pose qui est très court finalement. Je l'installe sur la table en position gynécologique, je pose le spéculum, petite désinfection, on met l'hystéromètre, on met l'inserteur et on déplie le stérilet. Après je lui dis de patienter un quart d'heure en salle d'attente : si ça va pas on a l'appareil d'écho juste à côté.

Pince ou pas pince pour la pose ?

Hein… Grand débat du jour. Pour l'instant pince, mais avec des collègues on se demande si c'est pas mieux sans la pince. Moi j'ai la pince. Y en a même certains qui n'utilisent pas l'hystéromètre, ils règlent directement la bague à six/sept cm.

L'écho c'est un moyen de vous rassurer ?

Non, on l'utilise pas beaucoup. Moi je l'utilise pour me rassurer parce que je débute. Mais ça va dépendre de la personnalité de chacun.

Quels sont les effets indésirables, les complications que vous avez déjà rencontrées ?

Ah oui ça fait toujours partie de mon laïus de départ. Je parle du risque de perforation lors de la pose, le risque d'infections, de grossesses sous stérilet, ou de grossesses mal placées et les effets indésirables propres à chaque stérilet.

Que pensez-vous du risque de GEU ?

C'est dramatique, c'est malheureux, mais on est dans une balance bénéfice/risque. Moi je pars du principe que si elle est informée du risque, qu'elle se fait bien suivre : ça peut être un risque acceptable.

Le risque est important selon toi ?

Si je crois que c'est plus important qu'avec la pilule, mais c'est modéré. En tout cas ça ne m'empêche pas de le prescrire et d'en poser.

Et les infections ?

Pour moi le risque d'infection est plus important sous stérilet que sans.

Et le risque de grossesses intra-utérine ?

Au cuivre c'est pas rare, j'en ai déjà vu. Après je les informe : je dis que celui au cuivre protège moins bien que celui aux hormones. Mais en fait au final c'est la patiente qui décide. Il suffit de les informer et après on décide ensemble et ça se passe très bien. Et d'ailleurs quand ça arrive c'est toujours difficile pour elles, mais elles le savent. C'est le jour où elles savent pas où ça va mal se passer.

Qu'est ce qui pourrait-vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Oui la perforation. Je débute. Au bloc opératoire après les IVG, elles sont ultra détendues. Ça me rassure, par contre en consultation j'ai peur.

Comment pourrait-on changer ça ?

Bah, au plus je vais en faire, au mieux ça sera. Je vais finir pas avoir la main. Au plus je vais en faire, au plus je vais me détendre.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Ouh là là le DIU chez la mineure qui est nullipare. Je crois pas dans mes souvenirs avoir posé un DIU chez une mineure. Le stérilet, je leur en parle pas bien, souvent elles ont jamais pris de moyens de contraception.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineur sans autorisation parentale ?

Non je savais pas. Mais c'est pas ça qui me pose problème. Déjà l'implant c'est galère pour leur en parler, alors un stérilet. Pour moi c'est pas les parents le frein. Le stérilet s'est compliqué pour les mineures. Moi je les vois dans le cadre de l'IVG, donc elles sont déjà bien secouées par ça donc je vais pas leur proposer un stérilet. La plupart du temps elles ont jamais pris de contraception.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Bah ma fois, c'est une réalité. Moi je constate en travaillant à l'hôpital, que le nombre de jeunes femmes nullipares qui viennent pour se faire poser un stérilet est énorme tout ça parce que les gynécos en ville veulent pas les poser. On a toujours un train de retard en France.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Le problème avec les gynécos (je veux pas casser du beurre sur les gynécos) : chacun remodèle les recommandations avec son expérience, sûrement. J'ai des collègues gynécos qui commencent la mammo de dépistage à 40 ans y a que le médecin généraliste qui commence à 50 ans : bon pourtant les recommandations c'est de commencer à 50 ans. C'est pareil pour la pilule de troisième et quatrième génération : les gynécos en prescrivent à tour de bras et maintenant les hautes autorités veulent restreindre la prescription aux spécialistes : excusez-moi, mais bon, c'est pas les généralistes qui suivent pas les recommandations. Par une meilleure formation, mais rien est obligatoire donc c'est libre à chacun de se former. Les jeunes médecins généralistes n'ont pas de problèmes avec le stérilet chez la nullipare. Ta thèse le dira. On a été formé comme ça. Les anciens ont été formés par le fait qu'on posait pas de stérilet chez la nullipare donc c'est dur de les faire changer. L'information, la formation. Mais on peut pas forcer les gens.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Rien, parce rien ne m'empêche de les proposer. Ici on est conquis par le stérilet.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

La seule chose que je regrette c'est d'avoir eu à choisir entre faire un stage de gynéco ou de pédiatrie pendant l'internat. On devrait pouvoir faire les deux, car on fait tous les jours de la gynéco et de la pédiatrie en cabinet. Les pédiatres de villes voient que les enfants malades.

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Ici on est conquis donc tu vas avoir un biais de sélection pour ta thèse. Si on travaille en planning, c'est que le stérilet ça ne va pas nous poser problème.

Entretien n°11

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Alors nous, c'est un peu particulier, car nous avons les infirmières de planification, qui voient systématiquement la patiente pour une première consultation de contraception. Elles font une information globale IST et contraception. Sinon moi, pour une première demande de contraception je regarde les antécédents, les contre-indications, les pathologies familiales. Et de toute façons, je lui dis toutes les possibilités contraceptives là qui existent. Ça va du préservatif en première intention à la contraception orale, le patch, le Nuvaring® et les contraceptions à long terme : le stérilet et le Nexplanon®. Après je tiens compte de son âge et de ses antécédents pour éliminer ce qui est contre-indiqué, surtout vu les circonstances actuelles on est vraiment gêné. J'ai l'impression qu'on n'a plus que le stérilet et les pilules de deuxième génération, car tout le reste est dans le collimateur. Et on a hélas des cas de maladie thrombo-embolique chez certaines étudiantes sous pilule. Donc je présente le panel, donc cinq contraceptions plus le préservatif. Le préservatif on va dire que ça fait pas partie du panel contraceptif.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

Il faut qu'elles arrivent à trouver une contraception qui leur convient. Y a certaines personnes, certaines étudiantes, y a des gens qui font une fixation sur certaines choses pour des idées reçues ou parce qu'elles ont lu sur internet ou y a des copines qui que quoi. Aussi bien dans un sens que dans un autre. Parce qu'elles ont eu des informations pas top : on est là pour les corriger, pour trouver un consensus. Des fois je suis amenée à moduler, parfois y a des gens très déterminés. Quand c'est bien ça va, mais quand je suis pas d'accord je le dis. J'ai déjà refusé certaines contraceptions rarement, mais surtout les contraceptions à long terme : Nexplanon® et le stérilet après avoir fait un interrogatoire, un examen clinique et déterminer le profil de la patiente.

Pour quelles raisons les avez-vous contre-indiqués ?

Des fois parce que c'est pas justifié, qu'il y a des contre-indications médicales et des fois y a des comportements un peu borderline chez des patientes. Donc on peut pas s'engager sur des contraceptions plus risquées, non pas risquées, mais un petit peu plus lourdes, quand la patiente, j'estime qu'elle est pas encore bien mature. Entre 18 et 25 ans y a quand même une évolution. Y a plein de petits facteurs comme ça… C'est peut-être plus subjectif qu'objectif, mais ça fait partie quand même de la consultation. Donc on présente tout, on tient compte des antécédents, des facteurs de risques et du profil de la patiente et de ses besoins, ses demandes, si elles souhaitent des règles pas de règles. On a aussi beaucoup d'étrangères donc le profil religieux, le profil méditerranéen… On est obligé de s'adapter.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Ici c'est Norlevo®, avant on prenait Ellaone® qui paraissait meilleure au départ, car elle avait une durée d'action de cinq jours. Comme le Norlevo® est pas cher en plus et est donné par les pharmaciens : on part sur Norlevo® et puis quand le délai est dépassé on leur prescrit Ellaone®, mais bon elle coûte quand même 35 euros. Donc nous, on est plutôt Norlevo®. Quand c'est plus de cinq jours on est plus dans la contraception d'urgence.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Très bien. J'en ai jamais posé, on a l'AMM. Ici on a eu des problèmes techniques avec quatre médecins généralistes absents du coup on a pas pu développer ça. En tout cas c'est une bonne indication. Moi personnellement, je l'ai pas encore fait. Ça fait un an que je pose les stérilets. Je l'ai toujours fait sur demande, mais pas en urgence. Mais je ne suis absolument pas contre, le tout c'est d'être bien installée, être dans un endroit ou la patiente est confortable, la pose entrainant souvent des petites syncopes vagales, faut avoir le temps et même être à deux pour avoir une infirmière qui nous seconde. On en est là, mais je suis tout à fait favorable.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je dis que c'est une contraception purement mécanique, y a pas d'hormones. Pour le moment l'AMM pour poser un stérilet chez une nullipare est un stérilet sans hormone : les shorts, on prend les plus petits possibles. Y a des contre-indications qui sont : enfin c'est pas des contre-indications, mais je leur dis que quand on a des règles physiologiques longues et abondantes, le stérilet étant une contraception purement mécanique, y a forcément une aggravation, ça peut arriver. J'en ai vu. 10 jours de règles c'est quand même pas top quand on est jeune. Ça fait quand même partie des facteurs de contre-indications. Je leur dis qu'il faut rechercher une infection à papillomavirus et une infection latente avant la pose. Comme c'est purement mécanique elles retrouvent leur physiologie complète, ce qui peut être des douleurs au moment des règles. Bien entendu elles ont entendu que c'était réservé aux femmes qui avaient eu des enfants, car y avait un risque infectieux : je leur précise bien entendu qu'il faut être suivi régulièrement et que si y a des douleurs, des pertes anormales, il faut consulter et voir son gynéco une fois par an quand on a une sexualité de jeune. Et que ce sont surtout les infections sexuellement transmissibles qui rendent stériles et non le stérilet. Et j'aborde avec le stérilet, l'indice de Pearl qui est le plus élevé sauf les spermicides, mais je considère pas ça comme un moyen de contraception. Et je leur dis qu'il y a plus de risques avec la pilule et les oublis de pilule qu'avec le stérilet. J'ai eu une grossesse sous stérilet cette année chez une jeune fille chez qui le stérilet était super bien toléré. C'est un peu embêtant, mais ça arrive. Ça fait partie des effets indésirables donc j'aborde tout ça.

Avantages ?

Je trouve que c'est une très bonne contraception, mais elle doit être bien assimilée, car le corps étranger chez certains profils de jeune fille c'est un peu délicat. Je dis que ça peut s'enlever facilement, mais qu'en général quand on le met c'est pour assez longtemps. Il faut

peut-être pas avoir de projet de maternité dans les six mois. Moi je trouve qu'à l'heure actuelle avec toutes les polémiques qu'on a sur les hormones et qu'on découvre plein de facteurs de contre-indications aux hormones. C'est no hormones et c'est très tendance actuellement. Alors est-ce que c'est l'idéal : mieux que la pilule c'est pas à moi de juger. Moi je suis une génération de la pilule, ça a été un sacré progrès. Le stérilet a toujours existé, mais pas chez la nullipare, c'est plus récent. En tout cas, celles à qui j'ai posé, tout s'est bien passé. Y a toujours des effets indésirables. Y a pas d'hormones, mais y a quand même des effets indésirables qui peuvent être des saignements et des risques de grossesse. Pour le reste y a peu d'effets indésirables par rapport à tous les contraceptifs hormonaux qui sont les migraines, les douleurs de seins, prise de poids, absence de règles. Ça évite de prendre des hormones trop longtemps. Dans certaines religions, la contraception est mal perçue : du coup un stérilet ça passe inaperçu peut être plus facilement que la pilule.

Les inconvénients ?

La pose

Proposez-vous d'autres DIU ?

Moi, personnellement je refuse on n'a pas l'AMM. Les utérus sont petits. J'ai vu des jeunes filles avec des Mirena®. Après c'est le risque potentiel de chaque médecin. Les gynécos ont des échographes donc c'est pratique pour eux, ils peuvent mesurer la taille de l'utérus et vérifier après la pose. Moi je prends pas le risque, y a pas l'AMM pour ça. J'attends le mini-Mirena®, mais bon, ça fait pas mal de temps qu'on l'attend.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Chez les jeunes filles débridées qui ont des conduites sexuelles à risques, des toxicomanes. Là, je me méfie, car le risque de maladies sexuellement transmissibles il existe aussi avec la pilule, mais on va pas en rajouter une couche non plus. C'est plus des profils psychologiques mes contre-indications hormis les règles abondantes. C'est plus des filles immatures, un peu enfant, qui tapent des pieds pour avoir un truc qui leur convient et les gens addictifs. Et là y a que le préservatif parce que quelle que soit la pilule… La grossesse bien évidement, mais ça faut toujours vérifier avant de poser. Les jeunes filles sous anticoagulants, car le risque hémorragique est trop important.

Posez-vous des DIU ?

Oui depuis un an.

Ou avez-vous été formée à la pose ? Comment ?

J'ai fait le DU contraception et IVG donc j'ai eu des séances de formation sur mannequins, mais jamais in vivo. Sinon c'est le Dr X au CHU qui me forme : c'est difficile de trouver des gynécos qui acceptent de nous former. J'ai un peu ramé.

Comment avez-vous été formée à la gynéco ?

Dans ma formation médicale j'ai pas eu de formation en gynéco, je me suis formée sur le tas en médecine générale. Ça date de longtemps.

Quel(s) modèle(s) ?

Les shorts, les plus petits possibles.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Moi ce que je fais c'est que je fais toujours un test de grossesse pour éviter tout problème, car une grossesse avec un stérilet c'est pas top. Et puis je mets deux comprimés de Cytotec® en intra-vaginal une heure avant la pose. Et je le pose au moment des règles. Je pose jamais en dehors des règles pour le moment sauf quand les patientes sont sous Nexplanon® ou Cerazette®. C'est vrai que le col en dehors des règles c'est beaucoup plus douloureux. Donc au moment des règles, deux comprimés de Cytotec® pour un peu dilater. On m'a dit qu'il y avait des cas de complications sous Cytotec®, mais j'en ai pas eu et Dr X fait comme ça. J'ai jamais eu de problèmes.

Faites-vous une recherche d'IST systématique ?

Frottis et PV en intra-vaginal à la recherche de tous germes et du chlamydia.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Globalement ça fait partie des moyens de contraception qu'on peut proposer. Après avantages et inconvénients : c'est personnes dépendantes. C'est une contraception qui a toute sa place à l'heure actuelle du fait des polémiques sur le risque thrombo-embolique. C'est une contraception à part entière surtout dans une population jeune comme on les a. On a quasi pas de grossesse, les jeunes filles attendent de finir leurs études donc c'est au-delà de 25 ans. On a vraiment de la marge. Dans une génération où prendre la pilule n'est plus un acquis, une révolution. Prendre des comprimés tous les jours c'est vraiment pas évident : qui n'oublie pas des comprimés ? Tous les gens qui prennent des comprimés à long terme ont des problèmes d'observance que ce soit diabète, hypertension ou autres. Donc avec la pilule c'est risqué. Donc le stérilet trouve d'autant plus sa place actuellement.

Quelles sont vos motivations ?

Le problème d'observance bien sûr, et le côté écolo sans hormone. La nouvelle génération a beaucoup d'appréhensions vis-à-vis des hormones, d'autant plus avec la polémique actuelle : elles posent toutes des questions. C'est une contraception à part entière.

En 1ère ou 2nd intention ?

Euh euh euh. Pour tout vous dire aujourd'hui, j'en avait une qui m'a demandé : je l'ai d'abord mise sous pilule parce qu'elle connaissait pas du tout. Je lui ai dit : « vous pouvez toujours tester », comme toutes ces jeunes filles, elles viennent alors qu'elles démarrent les rapports sexuels. Y a des gros risques de grossesse même avec le préservatif donc je me dis on va tout de suite démarrer une pilule le temps d'avoir le frottis et le prélèvement, on se revoit : « si vous supportez bien la pilule on peut continuer et si ça vous convient pas, on change » Donc généralement pas en première intention sauf si y a des contre-indications strictes ou une demande d'IVG. Là c'est autre chose.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Y a pas de profil type non, non. C'est vrai qu'en première intention, je module toujours parce que c'est un peu excessif je trouve. Si y a un profil type, c'est globalement une fille qui a une expérience de sa sexualité, qui connait bien son corps, qui est capable d'avoir une bonne observance donc un bon suivi gynéco et qui sera capable de percuter si elle a des douleurs

pelviennes. Le paradoxe : c'est les filles en médecine qui me posent le plus de problèmes : j'ai eu des cas folklo. Profil type : je sais pas, mais grosso modo c'est ça. Paradoxalement les stérilets c'est toujours des professions médicales ou paramédicales qui demandent.

Posez-vous les DIU chez ces patientes ?

Oui je fais que sur des nullipares, j'ai pas de multipares ici.

Ça s'est bien passé ?

Oui, y a eu des malaises, mais on lève les jambes, salle de repos et puis c'est bon.

D'autres complications ?

J'ai eu une grossesse.

Vos patientes sont-elles satisfaites de ce mode de contraception ?

Oui, oui, je les revois à un mois et après elles reviennent pas donc c'est qu'elles le gardent.

Pince ou pas Pince ?

Pince, mais très léger, je tire pas beaucoup.

Donnez-vous autre chose que du Cytotec® ?

Quand je sens qu'elle est très inquiète ou une sensibilité très basse à la douleur je lui dis de prendre du Doliprane® et un peu de Spasfon® après. Je leur dis que c'est des douleurs de règles. Mais pas en systématique.

Les patientes ont-elles des réticences quand vous leur parlez du DIU ?

C'est ce qu'elles ont entendu de leur mère : que c'était une contraception réservée aux femmes qui avaient eu des enfants parce qu'elles étaient trop à risques infectieux et de stérilité. Sentir les fils. C'est vraiment le mythe qu'il faut désamorcer, mais c'est très difficile, car les mères ont une grosse implication chez leurs filles en général, et ça se perpétue oralement. J'ai encore des gynécos qui refusent d'en poser. Moi ce que je dis c'est que c'est pas les stérilets qui rendent stérile, mais les infections sexuellement transmissibles. C'est les prises de risques et le non suivi des personnes qui sont dangereuses. Un chlamydia qui passe inaperçue que ce soit le stérilet ou la pilule c'est la même chose.

Qu'est-ce que vous pensez du risque de grossesse extra-utérine ?

Bah ça j'en ai pas eu, j'ai eu juste une grossesse intra-utérine. Je m'en remets à je sais pas qui quand ça arrive. De toutes façons quand on a des douleurs pelviennes sur stérilet c'est écho pelvienne immédiate et ß-HCG : j'hésite pas. Y a toujours un risque potentiel, mais pas plus qu'intra-utérin. C'est la faute à pas de chance.

Qu'est ce qui pourrait-vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Moi j'en pose pas tous les jours : j'en poserais tous les jours je prendrais plus d'assurance. J'ai pas la main, j'ai des hésitations, je me sens pas sûre. Faut beaucoup de pratique. On a d'autant moins de problèmes qu'on va très vite. Plus c'est lent et laborieux plus la patiente se pâme.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Je pense que j'attendrai un peu pour être dans des procédures un peu plus classiques.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Moi perso mineure, je me méfie de toutes façons, faut être assistée de quelqu'un et je sais pas quelle autorisation. Je me lancerai pas toute seule comme ça.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

C'est la réalité, y a trop d'appréhension, d'à priori sur le risque de stérilité et d'infection. Je pense que ça démarre, les médecins se rendent compte que ça correspond à une demande. Dr X dit qu'il faut absolument que les généralistes s'y mettent, car on peut pas tout faire y a de moins en moins de gynécos. De première intention je serais plus modérée, mais ça reste une contraception et on a du retard c'est vrai. En tout cas on a de plus en plus de demandes, c'est pas énorme, mais je pense que ça va aller crescendo.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Petit à petit, progressivement. Changer les mentalités : c'est jamais brutal, mais là c'est accéléré par la situation actuelle sur la pilule et le risque thrombo-embolique. Quand on demande aux jeunes : « est-ce que vous prenez un médicament ? » ; la pilule c'est jamais un médicament. Là elles sont en train de se rendre compte que la pilule est un médicament. Donc tout ça fait qu'elles commencent à se poser des questions. C'est favorable au développement du stérilet et des deuxièmes générations. Par la force des choses : c'est un peu paradoxal, mais ça profite.

D'après vous l'information aux jeunes femmes est-elle suffisante ?

Oui grâce à Internet quand elles viennent elles sont au courant. On refait le point, mais elles sont renseignées.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Les contraintes techniques et plus de temps dédié à faire de la gynéco.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Non je le fais, je le pratique. Je le fais pas encore sur mineur. Voilà. On le pose d'autant mieux qu'on en pose souvent. Je pense qu'il faut qu'on s'approprie un peu plus cette partie de la gynéco et c'est le rôle de la fac de nous former un peu.

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Faut faire une meilleure information médiatique, en parler d'avantage : c'est ce qui est fait actuellement, mais timidement. Faire reculer les idées préconçues. On parle beaucoup de la pilule, c'est comme le sida on en a peu, alors qu'on a plein d'hépatites B. Alors que l'hépatite B c'est une infection sexuellement transmissible qui peut être dramatique. Donc c'est pareil

avec la contraception. Peut-être que ceux qui font les stérilets ne font pas assez de campagnes ciblées. C'est du marketing. C'est au niveau des jeunes qu'il faut faire l'information, dans les plannings, les lycées. Comme ce moyen de contraception va se diffuser on va avoir des études. Mais ça démarre. C'est comme tout démarrage après ça va exploser. C'est comme la vaccination papillomavirus : elle est en train de changer ça va peut-être se diffuser aux garçons. La médecine n'est pas une science exacte, elle évolue, y a des nouveaux produits. Le stérilet n'est pas un nouveau produit, mais s'il se diffuse énormément chez la nullipare on va pouvoir avoir des statistiques sur les risques, les effets secondaires, les profils, la durée de maintien de cette contraception. Là, la situation, c'est un véritable creuset pour que ça marche. Y a une campagne peut-être un peu plus incisive : de promotion de cette contraception. Et faire taire ces rumeurs.

Entretien n°12

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Une jeune femme de quel âge ?

On a ciblé inférieur à 30 ans qui correspond à l'âge de la première grossesse en moyenne en France à l'heure actuelle.

Chez une jeune femme : pilule clairement. Mais avant on reparle de la sexualité, du préservatif, du machin du truc et tout ça. On a une efflorescence de maladies sexuellement transmissibles et en général mesdemoiselles, mesdames quand vous vous faites prendre c'est dans cette tranche là 16-21 ans. Pilule plus préservatif c'est clair.

Comment organisez-vous la consultation ?

J'organise en fonction du profil de personnalité. Je dis qu'il faudra faire un frottis dans les deux ans qui viennent. Prise de sang de sécurité. En général je connais les parents, donc les antécédents cardio-vasculaires ou d'hypercholestérolémie je les connais. Donc on en reparle si besoin. Elles font leur prise de sang et repartent avec leur ordo de pilules. Je leur repose toujours la question si elles sont réglées bien réglées, si les règles sont régulières ou pas. Les problèmes ovariens sont quand même fréquents : une femme sur quatre ou cinq. Si y a pas de soucis je m'oriente vers une deuxième ou troisième génération. Et surtout j'essaie de voir ce qu'on a au niveau du syndrome prémenstruel. Est-ce qu'on a un syndrome prémenstruel très marqué, que ce soit physique ou psychologique. Je préfèrerais une G2 ou une G3 avec un peu plus de progestérone s'il y a des mastodynies importantes.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?

Non certainement pas. Le stérilet c'est une contre-indication formelle avant la première grossesse à mon avis. J'ai vu des infections sous stérilet, avec des femmes devenues stériles. Le Nexplanon® que je pose et enlève volontiers, je pense qu'il est pas bien supporté pendant cette première tranche de vie sexuelle : il donne des saignements un peu tout le temps. J'ai plutôt l'impression qu'il est mieux chez les 30/40 ans. Et après le Nuvaring® c'est quand même des choses rares.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

Google.fr et les copines. J'ai l'impression que vous parlez énormément entre vous. J'aurais tendance à prescrire des continues, y a pas trop d'oublis, elles sont pratiques.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

La pilule du lendemain, en plus avec la nouvelle qui vient de sortir on peut la prendre vers le deuxième, troisième jour. Comme souvent ça se passe par téléphone, je les envoie chez le pharmacien qui leur donne son conseil. Elles viennent rarement : comme elles me connaissent. C'est des jeunes femmes qu'on a vu grandir, elles nous font une confiance infinie. On leur donne la solution, elles vont voir le pharmacien et ça se règle comme ça. Les

voir en consulte, c'est une consulte de trop à mon avis. Ça les met mal. Par téléphone elles ont plus de facilité à en parler. Ça se passe en confiance.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

J'allais vous en parler. C'est un geste agressif, en plus, on est pendant la première période du cycle donc on a un spasme au col donc on est dans la merde : ça va foutre un malaise vagal. Je trouve ça agressif et encore plus si c'est une jeune femme.

Vous l'avez déjà fait ?

Oui y a 20 ans. Avant on travaillait beaucoup avec les gendarmes. J'en ai posé deux en urgence sur des viols.

- **<u>CONTRACEPTION ET DIU</u>**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

C'est pas une contraception pour elles sauf vraiment la fofolle : celle qui en est déjà à sa deuxième ou troisième IVG. Ouais on la met sur la table et on lui colle son stérilet. C'est un peu la main forcée, moi je le ferai jamais, mais… Je trouve que c'est pas une contraception pour les jeunes femmes. Après un enfant, deux enfants je le propose volontiers… Et un Mirena®, pas un cuivre. Le cuivre, c'est merdique ça saigne. Toutes les anémies ferriprives que j'ai eu pu voir entre 30 et 40 ans c'était toujours des cuivres. En même temps 30/40 ans il commence déjà à avoir une insuffisance progestative. Le cuivre va aggraver la situation.

Les avantages et les inconvénients ?

Les saignements, l'incertitude d'être enceinte ou pas. Et l'infection sous stérilet. J'ai vu même une femme qui avait deux stérilets.

Mode d'action ?

Il est anti-conceptionnel local.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Elles viennent chercher mon avis personnel, après je leur donne mon avis personnel qui n'est pas forcément une référence. Et après elles choisissent. Si elles viennent me voir pour un stérilet c'est qu'elles savent que je pose des stérilets. Elles vont suivre ce que je vais dire, mais elles ont le choix de choisir ce qu'elles veulent. Le Nexplanon®, on en a pas parlé, mais c'est pas une bonne contraception non plus chez les jeunes femmes, sauf chez la fofolle, au moins on est tranquille.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Femme ayant eu au moins un enfant, qui veut pas en avoir un autre tout de suite, qui veut être tranquille de ce côté là et après trente ans.

Non, vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Les anémies ferriprives déjà d'emblée, et les émotives : j'en ai vu deux-trois avec un bon malaise vagal wouh, j'ai eu des vielles peurs quand même.

Posez-vous des DIU ?

Oui. C'est comme partout pour un homme de 35 ans de carrière j'ai appris à le faire tout seul. Mon premier stage d'externe, c'était en gynéco du coup ça m'intéressait donc j'ai appris comme ça à poser les stérilets. C'est très facile, la pince tire col dans la main gauche et dans la main droite l'inserteur : je vous montrerai si vous voulez. (Rire)

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Oui la plupart du temps : je fais une préparation locale avec un ou deux ovules désinfectants deux, trois jours avant, Spasfon® 30 minutes avant et si vraiment très anxieuse un demi comprimé de Xanax® en sublingual une heure avant : ça fait sauter les malaises vagaux quand même. De toutes façons, si j'ai un spasme au col je laisse tomber. J'arrête. De toutes façons je pose au 12-14ème jour, je mets la pince tire col , si spasme au col stop : la prochaine fois. Toujours.

Pince ou pas pince pour la pose du DIU ?

Pince tire col, ouais pour descendre le col. Ah bah oui, comme ça vous êtes dans l'alignement. Sans ça vous passez à travers. Ça, on me l'a bien expliqué, mais faut prendre l'habitude de travailler avec les deux mains. Pince tire col main gauche, on fait descendre le col. Quand c'est bien dans l'alignement ça passe sans problème. L'hystérométrie avant.

Faites-vous un PV à la recherche d'infections ?

Si y a pas de symptômes, non. Si localement quand je regarde y a quelque chose, je pose pas. Je fais un prélèvement, mais c'est des choses évidentes. Excusez-moi.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Nullipare (gros souffle). J'aime pas, j'aime pas. Il n'a pas sa place sauf chez une fofolle. C'est clair, j'ai toujours fait ça, non.

Pourquoi ? Quelles sont vos réticences ?

Y a toujours cette angoisse de la stérilité quoi. Une infection sur stérilet, une hémorragie. Et c'est quand même un geste agressif oh. C'est hyper agressif.

Même chez la nullipare un peu plus âgée ?

Dans des cas particuliers : elle oublie sa pilule, c'est une tête en l'air, elle nous fout les jetons : je préfère poser un stérilet que d'avoir une interruption de grossesse. C'est une évidence, mais c'est des cas particuliers.

Donc vous avez jamais posé chez la nullipare ?

Non, sauf les deux fois en urgence, en post-coïtal, mais bon contre leur gré, c'était du viol.

Chez une femme nullipare, mais non nulligeste ?

Oui ça change ma manière de penser. C'est à discuter sérieusement. Elles vont toujours vous dire « mais j'ai pris la pilule, je suis enceinte sous pilule », je l'ai jamais cru. On lui présente la chose, faut discuter, comprendre pourquoi elle est tombée enceinte. À ce moment là, oui je pense qu'il faut l'obliger à. Faut qu'elle nous donne son accord.

Quelles sont les réticences de vos patientes quand vous leur parlez du DIU ?

Je crois qu'il y a mauvaise presse globalement. C'est un corps étranger dans l'utérus. Je sais pas comment vous percevez votre corps vous, femme, mais c'est quand même un corps étranger dans l'utérus. Le stérilet : huit fois sur 10 il donne des règles bien régulières, mais quand même très souvent ça arrive que ça saigne, ça caillote au vingt-cinquième jour. Ça caillote, ça s'arrête ça repart donc c'est pas très confortable. C'est aussi ça qui traine dans la tête des gens.

Que dites-vous à une jeune femme nullipare qui vous demande une contraception par DIU ?

C'est acceptable, si y a pas de contre-indication locale, il faut qu'elle insiste, qu'elle me travaille au corps, que la négociation soit forte.

Du coup vous le poseriez ?

Oui, pourquoi pas, mais faut vraiment qu'elle arrive à me décider, qu'elle ait les arguments pour me décider. Faut vraiment qu'elle me décide. Faut vraiment que je trouve qu'il y a un risque d'IVG. On force pas la main d'un médecin comme ça, c'est pas très facile.

Vous êtes contre, mais vous arriveriez à le poser si la patiente insiste ?

Oui oui si y a une demande, si je la sens trop perdue au milieu de ses soucis sentimentaux, sexuels machin truc, multiplicité des rapports et tout ça. (Un grand soupir).Oui oui oui. C'est plutôt elle qui est en danger quoi. Les jeunes femmes avec leur sexualité c'est quand même pas du fastoche surtout actuellement.

Du coup vous ne le proposez pas lors d'une consultation pour contraception chez une jeune femme ?

Je le dis, mais je le fais sauter dans la conversation. Je lui dis y a le stérilet, mais je pense que c'est pas une bonne contraception. Je sais pas ce qu'en pense la presse internationale, mais…

Du coup vos freins à la prescription et la pose du DIU chez la nullipare c'est les infections, la stérilité…

Les infections récidivantes aussi, la femme qui ne fait pas bien attention à son corps, qui n'a pas d'écoute de son corps. Vous allez avoir des petits saignements, des odeurs au dixième quinzième jour, des odeurs et vous allez avoir une pyométrie au vingt-cinquième jour : c'est quand même pas bon ça.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Non plus rien me fait peur. À partir du moment où on a éliminé tout ce qui m'inquiète. La pose, le geste technique ne me pose pas de souci.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Certainement pas, certainement pas. Ah non. En plus attention les cols sont spasmés. (Soupir et sifflement). La pose ça doit… Je ne voudrais pas essayer. Quand on voit l'état du col chez les 20-22 ans en dehors de toute grossesse : un col résistant et un orifice punctiforme. D'accord le diamètre il fait quatre mm plus les ailerons.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Non.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

C'est pas mon avis. Si le politique qui a pondu ça ou les grands chefs machin viennent le poser à notre place je veux bien. Moi je pense qu'il peut y avoir un risque même vital.

Vital carrément ?

Oui j'ai vu deux, trois malaises vagaux après la pose de stérilet. Autrefois on avait l'obligation d'avoir de l'oxygène : vous le savez ?

Oui, oui.

Il fallait qu'on déclare qu'on posait bien des stérilets. C'était une déclaration à la DASS, un papier que j'ai dû signer il y a 25 ans. À l'époque j'avais une bouteille d'oxygène là, qui était là de manière obligatoire. Moi je marche pas. Mais bon si les gynécos veulent le faire, ils le font : ils ont le droit. Mais le jour où ils ont l'emmerde, c'est pas moi qui l'assumerai. C'est pas moi qui irai leur jeter la pierre non plus.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Pour bien poser un stérilet faut en avoir posé 30 ou 40 au moins. Y allez pas les yeux fermés, mais pas loin. Moi le geste me gêne absolument pas, tous les gestes me gênent absolument pas. Y aucun problème, mes mains ne m'ont jamais menti. Je sais parfaitement ce que je fais, mais faudrait en poser beaucoup. Pour en poser beaucoup, faudrait peut-être pas être généraliste. Je ne sais pas combien en pose les gynécos par mois : à mon avis pas beaucoup parce que les Nexplanon®, ils me les envoient pour les enlever. Hein bon, sans commentaire. Il faut avoir le geste gynéco facile. J'ai des doutes quant à l'état manuel de nos jeunes futurs confrères. Bon voilà. C'est vrai que moi j'ai toujours tout fait : si vous voulez je fais actuellement 80% en moins d'actes que je faisais y a 30 ans. Parce qu'on m'avait dit faut tout savoir faire : je sais tout faire. Ça me gêne pas, je sais tout faire. J'ai bien peur que maintenant… Non, mais on sait pas tout de suite non plus. On apprend, mais pour apprendre, il faut pouvoir travailler sans filet, mais pour travailler sans filet, faut avoir beaucoup travaillé avec un filet, qui est le senior derrière.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Si le geste n'était pas intra-utérin, mais c'est un DIU donc intra-utérin par excellence. Donc ça sera difficile.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

C'est intéressant, ce qui m'intéresserait c'est de savoir ce que pense la communauté internationale là-dessus. Pas ce que pense, mais ce que fait, parce qu'entre ce que pense et ce que fait y a un fossé énorme.

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Je dis non. Je reste sur mon… Je pense pas être rétrograde en plus, c'est ça qui me gêne. Dieu sait que je sais absolument tout faire du point de vue manuel et rien ne m'arrête, je suis capable de tout faire, mais là j'ai un arrêt. Pourtant je suis sûr de mes mains et de ce que je fais. J'ai bien appris et je me suis jamais planté. Mais pour ça faut avoir les mains : c'est pas

donné à tout le monde d'être manuel en médecine. Moi je suis un manuel, mais je suis un homme de terrain.

Entretien n°13

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Une jeune femme ?

Oui

Bah je lui demande d'abord ce qu'elle veut, mais plutôt une contraception orale.

D'accord, c'est elle qui choisit, mais plutôt orale ?

Ah bah oui hein, toujours.

Est-ce que vous leur proposez tout l'arsenal thérapeutique ?

De pilules ? Non. Les pilules que je prescris, Trinordiol®, voilà.

Et d'une manière générale si elles vous demandent rien en particulier, vous allez proposer la pilule ou est-ce que vous allez proposer tout le reste et elle va choisir dans tout ce qui existe ?

Ah les... Non, ça dépend vous voyez si j'en ai plein la salle d'attente. En général, non je fais pas un tour. Non, non parce qu'en médecine générale, on a un temps limité, donc, non je vais pas lui parler d'Evra®, Nuvaring®, pas forcément non. En première intention c'est surtout en comprimé donc...

Est-ce qu'elles ont souvent une idée précise, une demande précise quand elles viennent ?

Euh, oui y en a oui bien sûr.

D'accord, qu'est-ce que vous proposez comme contraception d'urgence ?

Ellaone® ou Norlevo®, Ellaone®, ça dure un peu plus longtemps.

Qu'est-ce que vous pensez du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Pourquoi pas.

Vous l'avez déjà.... ?

Oui. J'ai déjà posé des DIU en contraception.

En urgence ? Et comment ça s'est passé ?

Bah, il peut y avoir légèrement… Les femmes peuvent être légèrement plus inquiètes quoi, donc elles peuvent… Elles sont moins décontractées donc il peut y avoir légèrement plus de problèmes. Bof…

➢ CONTRACEPTION ET DIU

Sur les dispositifs intra-utérins, quelles informations donnez-vous aux femmes ?

Que c'est mieux toléré quand elles ont déjà eu des enfants, qu'il y a un risque infectieux, que c'est pas efficace à 100 %, mais que c'est quand même ce qu'il y a de mieux après la contraception orale et l'implant.

Et comment vous orientez le choix du DIU ?

Le choix du DIU ? Et bien d'abord si elles ont envie d'en avoir un, hein, parce qu'en général quand elles ont pas envie c'est pas la peine, il y a toujours des trucs qui vont pas. C'est comme toute la contraception, d'abord ce qu'elles ont envie de prendre. Et c'est surtout le fait d'avoir des enfants ou pas, ça aussi ça joue.

Et par rapport au cuivre ou au stérilet à la progestérone ?

Ah oui non, je prescris jamais, enfin moi en général, je ne prescris, je ne pose jamais de stérilet à la progestérone en première intention... Sauf si elles viennent comme ça arrive régulièrement avec leur stérilet qui a été prescrit par je ne sais pas qui et donc moi je suis la machine à poser des stérilets, voilà.

Ce qui est pas très agréable...

Et souvent d'ailleurs, on n'est pas dans une bonne indication d'ailleurs, moi je trouve c'est pas une bonne indication d'emblée.

D'accord, est-ce que ça vous arrive de contre-indiquer le stérilet et dans quel cas ?

Ouais. Les risques infectieux. Euh... Contre-indication... Bah les femmes qui ont déjà fait... Moi j'avais une femme qui avait fait une infection du post-partum qui a failli en mourir, j'ai jamais voulu lui poser un stérilet hein, et pourtant elle avait du mal à supporter la contraception orale, elle saignait sans arrêt.

Sur une endométrite qu'elle avait fait… ?

Bah oui, une septicémie hein, à gram négatif, elle a failli y rester, elle est restée trois semaines en réa, moi j'ai jamais posé de stérilet. C'est le risque infectieux hein...

Surtout ?

Ah bah ouais, et puis si y a des synéchies, si y a un col cicatriciel, vous voyez... Col cicatriciel, y a pas si longtemps que ça, je suis pas arrivée à le poser, elle est allée voir le gynéco qui y est pas arrivé non plus. En fait, encore elle était venue avec son stérilet et en fait il y avait des antécédents de je sais pas quoi, un accouchement qui s'était mal passé, le col avait été abîmé enfin bon bref, il devait y avoir une synéchie au niveau du col.

D'accord.

C'est surtout le risque infectieux, mais il peut y avoir aussi un risque local, col cicatriciel, vous voyez, une conisation des fois c'est pas... Enfin au contraire c'est plutôt oui en conisation… Euh ouais…

Est-ce que posez des stérilets ?

Oui.

Et vous avez été formée où ?

Sur le tas.

D'accord.

J'ai fait beaucoup de gynéco quand j'étais étudiante, mais surtout il faut en poser, il y a que comme ça que...

Quelles précautions vous prenez avant la pose ?

Je leur donne deux comprimés de Cytotec®. Rien c'est tout, faut bien nettoyer… Enfin.

D'accord, est-ce que vous faite un bilan préthérapeutique ?

De quoi ?

De *Chlamydia*, recherche de *Chlamydia*, des choses comme ça...

Non... Non, non, ça j'en ai parlé avec le correspondant des chirurgiens gynéco... Non, non, non on fait pas sauf si c'est une femme qui sort d'une infection à Chlamydia relativement récente ou si franchement, visiblement vous mettez un spéculum, vous voyez que le col est pas propre, enfin qu'il y a une infection, à ce moment-là... Mais ça m'est jamais arrivé à moi de poser un stérilet, enfin de dire « non non je vous le pose pas parce que je sais pas, j'ai

l'impression que vous avez une infection cervicale », mais ça peut arriver hein, on peut tout voir.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Bah il paraît que c'est bien, moi je suis pas... Il y a plus de douleurs. Il faut pas que ce soit une fille qui a un petit peu trop la cuisse légère, il faut qu'elle soit propre et voilà, il y a quand même un peu plus d'infection, si c'est une femme qui change beaucoup de partenaire, je pense qu'on lui fait prendre quand même des risques.

Donc vous êtes pas vraiment... Vous êtes plutôt pas favorable... ?

J'en pose hein, j'en pose... J'en ai posé il y a 15 jours elle avait jamais eu d'examen gynéco, je lui ai posé son stérilet, ça s'est très mal passé. La veille j'en ai posé un à une femme qui est une multipare, elle a fait un malaise vagal pendant l'examen et moi je me suis retrouvée avec la tête entre les jambes, elle était complètement... Heureusement je venais de couper le fil du stérilet, mais bon... Comme quoi, nul n'est prophète en son pays, mais en général, oui c'est un petit peu plus difficile à poser et puis elles ont un peu plus mal, et elles ont plus de dysménorrhées.

D'accord, c'est pas votre…

Mais bon si, mais j'en pose hein. Et puis on va en poser de plus en plus, le centre de planification là vient de s'ouvrir, le principal motif en ce moment de consultation c'est les IVG voilà, donc on est bien contents là avec les pilules de 3ème génération.

Hmmmm (acquiesce)

Bah oui hein.

Et si une femme nullipare vient vous demander une contraception par DIU, vous le posez ? Vous l'orientez vers quelqu'un d'autre ? Ou est-ce que vous essayez de lui proposer une autre contraception, comment ça va se passer ?

Non, mais on voit hein. Moi, la jeune que j'avais, elle voulait plus entendre parler de la pilule, je suis en train de l'intoxiquer, elle l'avait arrêté, bon bah voilà c'est une bénéfice/risque, c'est soit elle risque d'être enceinte, ou soit je lui pose un stérilet et il y a un risque infectieux et elle a mal, elle peut avoir mal. Bon hein, il y a des femmes... Moi je dis c'est d'abord la femme qui choisit son moyen de contraception. C'est sûr que faire prendre la pilule à une femme qui a fait une embolie pulmonaire, on va dire non hein, mais c'est toujours un peu subtil quoi.

D'accord. Qu'est-ce que pourrait vous faire peur dans la pose d'un dispositif intra-utérin ?

Bah rien, que j'y arrive pas... Pourquoi ?

Non, est-ce qu'il y a quelque chose, enfin, les complications, les… en général ?

Il y a pas de complications, soit vous y arrivez pas, sinon vous...

Et après chez la nullipare ce sera plutôt le risque infectieux et … ?

Mais le risque infectieux... J'en ai eu une fois, j'avais posé un stérilet, ça fait des années de ça, elle a fait une infection derrière, j'avais dû mal le poser, je pense que c'était moi qui était responsable de ça. Mais sinon c'est très rare hein, ça m'est arrivé qu'une fois je crois, j'en pose quand même depuis longtemps hein.

Et quand vous dites que vous savez que ça se fait le stérilet chez la nullipare, mais que vous êtes pas pour, les raisons c'est… ?

C'est parce que y a quand même un risque qui bon... D'infection, de salpingite quoi, d'endométrite, donc c'est quand même embêtant... C'est quand même embêtant, c'est comme, moi je suis pas trop à cheval là-dessus, mais bon, moi je vois une de mes étudiantes, après 35 ans si on fume, on ne prend pas la pilule, bon bah moi je suis pas aussi à cheval que ça. Embêtant de filer un moyen de contraception à.une femme qui a fait une embolie, ouais ça c'est sûr, je lui mettrais aussi, mais bon...

D'accord, toujours dans le cadre du stérilet chez la nullipare, quelle conduite vous adoptez chez une mineure ?

Et bien, chez une mineure, pff comme chez une... Enfin c'est à peu près pareil hein. Par rapport au stérilet ou à n'importe quoi ?

Hmmmm (acquiesce)

Bah si c'est une mineure qui a fait deux, trois interruptions de grossesse : faut lui poser, soit un implant, soit un stérilet.

Ça vous pose pas de soucis ?

Bah alors, c'est pareil, rapport bénéfice/risque hein. Si elle fait sa 3ème IVG, bon donc ça veut dire qu'elle est pas capable de prendre la pilule, et qu'elle veut pas entendre parler de l'implant, parce que « c'est chimique et que ça va la tuer » bah on lui pose un stérilet hein, voilà.

- **<u>RECOS ET ÉTAT DES LIEUX</u>**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares que la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives. Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, également chez les femmes de moins de 20 ans.
Et alors les américains vont un peu plus loin, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix...

Bah bien sûr ouais!

… Que ce soit pour la nullipare et les multipares...

Et puis si vous êtes dans la brousse et qu'il y en a une qui fait une grossesse extra-utérine et que vous la perdez, eh bah vous voyez, vous êtes mal aussi hein, parce qu'il y a le risque de GEU un bon enfin...

Et en France il y a moins de 1 % des femmes nullipares qui utilisent le stérilet sur l'étude COCON.

Donc vous pensez quoi de la situation ? De cette situation ?

Moi je trouve que c'est pas si simple que ça. Hein, c'est bien facile... Il y a le risque infectieux, il y a le risque de GEU aussi, qui est lié d'ailleurs. Moi je trouve que c'est tellement plus simple de prendre la pilule, le problème c'est que voilà... En plus on est pas nombreux à poser des stérilet, donc vous allez, ... Il y a des wagons de femmes qui sont en train d'arrêter leur pilule, qu'ont pas de contraception, qui tombent enceintes et à qui ont fait des IVG, voilà, c'est la situation actuelle. Eh bah moi je trouve ça lamentable, c'est dommage. L'information a été mal

faite, la ministre de la Santé s'est précipitée là-dessus, principe de précaution pouf, on arrête ça, enfin bon...

Le DIU n'est pas la solution ?

C'est une des solutions, mais ça dépend, moi je ne prescris pas... Moi, pour moi la première intention chez une jeune c'est plutôt de lui faire prendre la pilule sauf si elle veut pas en entendre parler, bon bah à ce moment là on pose des stérilets, on pose un stérilet, mais première intention... Si, si on voit que la jeune, je sais pas.... C'est vachement... C'est pas facile hein, une jeune qui a des relations sexuelles tôt... 14 ans, bon quand j'ai un cas elles ont des relations sexuelles tôt elles ont pas mal de partenaires, elles ont beaucoup de partenaires... Pfffff... Là je trouve qu'une contraception orale c'est pas mal, bon si elle y arrive si visiblement c'est pas la solution on pose un stérilet, mais d'emblée je suis pas tellement pour, je suis pas tellement pour... Mais bon...

Est-ce qu'il faudrait poser plus de stérilets chez ces femmes là, ou pas forcément ? Sur les discordances qu'on a entre les recommandations, les autres pays et ce qu'on a ici...

Oui, mais bon les recommandations... ouais... Je suis pas persuadée que les autres pays... (rires)... Ouais... Ouais faut voir aussi le nombre de médecins qui posent des stérilets hein. Moi je suis la seule... Nous, on est deux femmes médecins dans le canton, il y a que moi qui pose des stérilets, première gynéco, elle est à 50 km, donc voilà... Et ça la technique... Il y a une sage-femme qui est là, qui fait des actes gynéco, mais elle ne pose pas de stérilet parce qu'elle ne sait pas faire.

Et qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser ou à en proposer plus, des stérilets ?

Mais moi, personnellement, il y a aussi mes convictions, vous voyez ?

Hmmmm (acquiesce)

Mes convictions, c'est que c'est pas f... Je pense que c'est pas forcément la meilleure solution quand on est toute jeune. Moi je préfère qu'elles prennent la pilule, mais si bon, il y a des problèmes d'observance, etc. Bon bah on peut voir avec un stérilet, mais je veux pas... Une toute jeune qui arrive qui est au tout début de ses rapports sexuels, déjà on a jamais fait d'examen gynéco, on va pas lui... On va pas se précipiter pour lui poser un stérilet, enfin moi je trouve que c'est... voilà.

Notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale...

Ouais eh beh dites-moi c'est tout là... Tout ce que je vous ai dit hein.

Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur le sujet ?

Non... Non... Et enfin y a quand même aussi la relation entre infection endométrite et salpingite et les GEU, c'est quand même ma hantise hein... C'est quand même embêtant.

Qui sur les études sont pas plus importantes... Sur les stérilets

Ouais, mais le jour où ça arrive c'est emmerdant hein. Parce que quand vous êtes à 50 km de l'hôpital, moi j'ai failli perdre une femme comme ça, qui était pas une toute jeune d'ailleurs. À la limite c'est presque pire chez une femme d'un certain... Qui a déjà des enfants, vous voyez, parce que les conséquences familiales, si on perd la femme, il y a les gamins qui restent sur le carreau, enfin... Alors qu'une jeune elle a pas d'enfants, enfin, c'est un peu cynique... Hein. Mais, encore une patiente... Nous on est pas coté hein.

Et sur les effets secondaires des autres contraceptions c'est toujours un rapport bénéfice/risque, sur les effets secondaires d'une contraception œstroprogestative...

Oui, mais bon, c'est exceptionnel hein, moi, toutes les thromboses et les embolies que j'ai vues sous pilule, c'est des femmes qui fumaient, qui étaient plus toutes jeunes, avec des contraceptions qui sont renouvelées par des médecins de station qui examinent jamais leurs patients, leurs patientes. Et moi j'ai des gens... Y a des médecins ici qui n'ont pas de spéculum, qui ne font pas de gynéco, donc bon, en fin de consultation « ah bah vous pouvez me renouveler ma pilule? » « y a pas de soucis » tac tac hop... Voilà. Enfin bon moi c'est mon point de vue, j'en pose hein, mais j'avoue que je suis pas fanatique... C'est mieux que de pas avoir de moyen de contraception, mais c'est pas sans inconvénient, comme tout d'ailleurs, comme tous les… Alors si on nous met la pression pour que… Faire diffuser au maximum les stérilets, surtout chez les jeunes, on va avoir des problèmes, il y en aura... Mais j'en pose un peu... J'en pose un peu... Je trouve que c'est tellement bien de prendre la 2ème génération de pilule. C'est tellement à mon avis jeune, que vous avez beaucoup moins d'effets secondaires en prenant la pilule que en... En ayant un stérilet. Puis les dysménorrhées aussi, les jeunes, elles ont tendance à avoir des dysménorrhées, bon bah là, il y en aura hein, ça c'est sûr. Mais si elle est sans arrêt en train de faire des IVG, bah c'est mieux d'avoir un stérilet, ça c'est sûr même si...en général, elles ont pas mal de partenaires, donc le risque est... Bon… Vous voyez c'est pas... C'est... Pfffffff.

Le risque infectieux est plus important...

Rapport bénéfice/risque, faut voir ce qu'elle a envie aussi. Mais alors maintenant avec ce qu'il y a eu là, l'affaire qu'il y a eu sur les pilules de 3ème génération, c'est... On a l'impression qu'on est des empoisonneurs… Voilà

Et bien je vous remercie

Entretien n°14

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

D'abord je veux savoir si je la suis ou pas. Si je la suis c'est plus simple, car ça fait longtemps que j'ai abordé la question, préparé, anticipé. Si je la suis pas et qu'elle me tombe dessus pour une première contraception bah ça dépend de si elle est grosse ou pas, si elle fume ou pas, de ses facteurs de risques. On peut pas répondre à ça : c'est l'issue de la consultation. Elle peut repartir avec comme sans contraception, avec des conseils, une pilule, un stérilet, un je ne sais quoi. J'ai pas de réponse précise, ça dépend trop de la personne.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ?

Oui. Jusqu'au couvent des Carmelles dans la Drôme du sud. Ça les fait beaucoup rire, mais ça les fait réfléchir. Peut-être pas la stérilité tubaire quand même.

Je crois pas que ce soit considéré comme un moyen de contraception ?

Curieusement c'en est un.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

Toujours pareil : deux cas de figure soit je les connais depuis toujours et on en a déjà parlé. Dès qu'il y a des signes de puberté, moi j'aborde toutes les questions. Donc elles savent à peu près comment ça peut se passer après. Soit me déboule dessus une fille lambda qui vient d'une autre région et à ce moment là il faut essayer de savoir où elle en est dans sa sexualité, quelle est l'urgence : elle peut être déjà enceinte. Y a des demandes de contraception qui n'en sont pas, qui sont des loupés de pilules ou je ne sais quoi. En fonction de là où elle en est, de ce qu'elle souhaite ou pas, l'issue de l'examen clinique : ça débouche ou pas sur quelque chose de concret.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Pareil ça c'est rare. Ça passe sans nous, par les pharmacies heureusement depuis je sais plus combien d'années. Elles vont directement chercher du Norlevo® en pharmacie. Pour celle que je connais bien, j'ai changé ma formulation de prescription de pilule, ce qui fait que pour les premières pilules y a tout un tas de conseils. Tu l'as oubliée tu fais ça. Y a toujours le conseil avec une boite de Norlevo® en dessous. Donc en général elles l'ont. Donc c'est presque un acte qui ne passe pas par moi. Et quand ça passe par moi soit lors d'un coup de fil ou dans la discussion, je prescris Norlevo®. Il m'est arrivé une seule fois de prescrire Ellaone®, cette pilule qui va jusqu'à cinq jours, mais heureusement c'est pas à faire tous les jours.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Ça c'est anglo-saxon, c'est les British qui font ça. Nous, on le fait pas. C'est pas prôner mais je sais que ça se fait. Je l'ai jamais fait. Ça me viendrait pas à l'idée.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je leur explique tout : comment ça marche, je leur en montre. J'en ai qui sont tombées par terre donc je les ai gardées. Un Mirena® et un au cuivre. Je leur explique comment ça se pose, comment ça marche, les complications immédiates, retardées et semi retardées. Le risque de grossesse, les indications optimales et puis c'est déjà pas mal.

Avantages ?

Un bout de plastique avec du cuivre autour donc pas d'hormones : c'est l'avantage essentiel.

Inconvénients ?

C'est la pose. On est pas nombreux à en poser en médecine de ville. Je suis même le seul à en poser dans mon groupe de pairs ce qui est surprenant. Ça m'a toujours surpris, j'arrive pas à les bouger : mais ils vont bouger avec cette nouvelle histoire qui nous tombe sur le nez avec les pilules de troisième génération. Mais ils sont pas prêts à bouger, ils ont à peu près mon âge donc c'est des jeunes vieux ou des vieux jeunes donc s'ils s'y mettent pas je vois pas comment ils vont s'y mettre. Moi ça fait 25 ans que j'en pose, mais si on y est pas formé c'est un drame. Moi j'en ai posé des centaines : j'ai aucun problème avec ça. Ou du cuivre pour celles qui sont contre-indiquées aux œstrogènes ou du Mirena® pour les femmes qui ont des règles abondantes, plus de 35 ans ou un utérus fibromateux.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

Comme je viens de te dire. Celle qui saigne huit jours par mois sans pilule je vais pas lui coller un stérilet au cuivre, elle va nous le faire enlever au bout de six mois. Et à l'inverse, celle qui est obsessionnelle de ses règles, si elle saigne pas elle est pas vivante : il est pas question de poser un Mirena®. Entre ses deux là on navigue à vue en fonction de la dame, de ses antécédents, ses facteurs de risque, de la tolérance qu'elle a aux micros progestatifs au niveau mammaire, cutané et poids, sécheresse des muqueuses.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Les contre-indications c'est toujours les mêmes. La sténose du col pourquoi pas, en post infectieux immédiat. Ce serait une gamine de moins de 15 ans, je pense pas que j'irai poser des stérilets à des gamines de moins de 15 ans, sûrement pas. Ce serait les folles dingues du sexe, car il y a un risque de grossesse non négligeable de grossesse avec le stérilet au cuivre. Donc je sais que chez les toutes folles du sexe j'aime mieux mettre des Mirena®, avec un indice de Pearl extrêmement bas donc je trouve que c'est bien plus confortable ou des Nexplanon®. Les DIUà cuivre sont gros et risquent de bouger.

Posez-vous des DIU ?

Oui ça fait 25 ans.

Comment avez-vous été formé à la gynéco ?

Prise en charge hospitalière au départ. Je suis tombé en quatrième année en stage en gynécologie, c'était mon premier stage d'externe. Ça a été l'enfer, j'ai vu que des femmes à poils pendant six mois. Au début je tournais la tête et après ça me faisait plus d'effet. Ce qui fait que je suis très à l'aise avec la gynécologie obstétrique. J'ai même fait un DU complémentaire de suivi de la femme enceinte avec Dr X à l'époque. C'est mon quotidien et je

crois que si je n'avais pas la gynécologie obstétrique dans ma pratique je m'ennuierais à 100%.

Donc c'est pendant votre stage d'externe que vous avez appris à poser des stérilets ?

Je crois pas. J'arrive pas à me rappeler. J'ai appris à examiner des centaines de femmes de façon extrêmement rapide et répétitive ce qui fait que j'ai en tête toute l'organométrie interne et les volumes utérins pendant la grossesse. J'ai pas le moindre souvenir des premiers stérilets que j'ai posés : ou à l'hôpital ou en remplaçant des toubibs qui posaient des stérilets.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose?

Ouais faut les poser au moment où il faut donc en fin de règles sauf s'il n'y a pas de règles. Il faut que les voies génitales soient saines, je fais une antisepsie rigoureuse de la zone à la Betadine®. Je mets un certain temps pour poser un stérilet. Je pose pas un stérilet en cinq minutes. Je pose ça le soir, je mets 30 minutes, deux Sasfon® derrière et elles rentrent chez elles. C'est un acte en soi. Je pose pas un stérilet après un examen gynéco. Je fais que ça. Je fais l'examen gynéco, le frottis, j'attends les résultats du frottis et je pose le stérilet après. Je mets pas de comprimé avant, j'en ai vu qui mettent du Cytotec® : moi j'ai jamais fait ça. À l'époque je faisais une injection intra-musculaire d'Atarax® pour celle qui avait la trouille. Elles planent un peu donc on fait pas mal.

Faites-vous un prélèvement vaginal systématique ?

Non, systématique non. C'est fonction de ce qu'on voit, c'est pour ça que j'ai séparé en deux le type de patientes : celles que je connais et celles que je connais pas. Après si une fille débarque avec une cystite ce jour là je le poserai pas. Si y a le moindre risque septique en bas je le poserai pas ça c'est sûr. En 25 ans j'ai pas eu un pépin. Les seules complications que j'ai eues c'est des grossesses sur stérilets, j'en ai eu trois. Toujours sur des stérilets bas placés, qui était mal insérés. Des grossesses qui ont évoluées pour leur propre compte et des femmes qui étaient finalement contentes. C'était assez surprenant.

Que pensez-vous du risque de GEU avec le DIU ?

C'est un risque qui existe, j'en ai eu une en 25 ans. C'est un risque qui existe dans la population générale. Y a un petit surrisque avec un stérilet, mais il est à peine plus important. C'est sûrement une des fausses croyances qu'on a en tant que soignant pour argumenter le fait de ne pas poser de stérilet. Je trouve ça très dommage. Mais faut l'évoquer avec les femmes : « tu saignes pas avec un stérilet au cuivre c'est hors de question de dire que ça va venir », le Mirena® c'est autre chose, il apporte une extrême sécurité. Un stérilet au cuivre c'est pas plus efficace qu'une pilule lambda : si elle saigne pas c'est comme avec une pilule il faut se poser des questions. Mais ça c'est toute une préparation à faire et quand on fait ça en amont dans la cadre de la prévention ou de la préparation à la contraception, les choses sont abordées et tout ça a été évalué.

Et le risque infectieux ?

Non après il faut cibler, faut pas poser ça à des filles qui ont des pertes, qui change de jules tous les trois mois. Dans ces cas là je le fais pas, c'est là que je bascule dans le Nexplanon® ou sur des pilules. Je mets pas de stérilet sur une minette qui change de loustic tous les trois mois, qui a de l'herpès ou des pertes.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Vaste question, y a des indications, des contre-indications. Moi ça me pose pas de problème d'en poser.

Donc vous en avez déjà posé ?

Oui

Ça s'est bien passé ?

Très bien, mais ça leur fait mal et ça, ça me dérange. Le passage de l'orifice interne fait mal. Donc ça me dérange. Je suis en train de faire une formation hypnose pour m'apporter peut-être quelque chose de ce point de vu là.

Avez-vous essayé de donner quelque chose avant la pose ?

Non parce que c'est un spasme de l'orifice interne. Je sais pas ce qui faudrait donner. On a plus d'Atarax® en IM. J'ai essayé de faire du Spasfon® en IM, mais ça donne rien. Je sais pas j'y réfléchis. Mais faut trouver une solution parce qu'on va en poser probablement de plus en plus. Je suis prêt, j'ai aucune fausse croyance sur le stérilet.

Sont-elles réticentes quand vous leur parlez du DIU ?

Non, pas tant que ça. Après y a celles qui veulent pas de corps étranger parce qu'elles sont phobiques. Les femmes sont phobiques et les hommes obsessionnels. C'est pas moi qui le dit c'est les psychiatres. Encore que quand on leur montre elles disent : « a bon », c'est pas l'ancre du paquebot. Ça en rassure pas mal, mais cela suffit-il ? Pas sûr. Après y a d'autres façons de les aider à mâturer cette idée là. Si c'est une fumeuse, qui est en surpoids, que la mère a fait une embolie pulmonaire : avec moi c'est très clair, il n'y aura pas de pilule. Donc faudra bien qu'elle trouve une autre idée. Lui enlever son tabac, ses antécédents familiaux : ça va faire beaucoup d'un coup.

Quels sont les avantages qu'offre le DIU chez la nullipare pour vous ? C'est les contre-indications à la pilule ?

Non pas uniquement, ça va au delà de ça. On peut pas cocher le DIU comme étant un moyen par défaut sinon on en fera pas ou pas assez. C'est sûrement ce qui se passe en ce moment. Non je crois qu'il faut le proposer. De l'abstinence au couvent, jusqu'à l'absence total de contraceptif pour certaines qui ont une activité sexuelle occasionnelle. Y a beaucoup de jeunes femmes qui ont un jule ou un conjoint à Brest ou chez les zoulous et elles les voient trois fois par an. Trois fois par an : y a peut-être pas besoin de poser des stérilets ou des pilules dosées à 50µg. Tout ça est à évaluer.

Qu'elles sont vos motivations ?

C'est l'arsenal à proposer à toute femme qui veut réguler ses naissances.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Celle qui va accrocher de principe. En gros sa mère en a eu un pendant 40 ans : elle était contente. Celle qui a peur des hormones clairement. Celle qui est déjà très centrée là dessus. Donc ça c'est bien, c'est une approche endogène de la personne donc ça ne peut que marcher. Après un examen clinique et un col favorable pas de soucis. Je fais une hystérométrie pour essayer de me préparer à la suite. Quand ça passe je me dis que c'est

plutôt bien parti. Quand déjà avec un hystéromètre souple tu ne passes pas l'orifice interne (soupir). Je dis : « j'essaie, mais je leur dis que je suis pas sûr du coup ». Et sinon y a celles qu'on contre indique à d'autres techniques.

En 1ère ou 2nde intention ?

Et ben ça dépend. On va prendre deux cas. Une louloutte de 16 ans qui me tombe dessus, réglée à dix ans et demi, qui a eu des rapports à treize ans (y en a trois % quand même), celle-là je pense que je lui mettrai pas un stérilet, c'est une sexualité sauvage. Et puis c'est trop jeune. Je lui mettrai sûrement une pilule micro-dosée la moins toxique possible. Quant aux autres qui sont plus âgées, qui ont une sexualité plus rangée, c'est là je pense qu'il faut ouvrir tout l'éventail possible.

Y a-t-il un critère d'âge ?

Oui, on va pas leur en mettre à onze ans. C'est plus une question de maturité intellectuelle que d'âge d'ailleurs. Si on a une vrai relation de confiance entre nous je pourrais essayer chez des très jeunes, mais il faudrait vraiment que toutes les conditions soient bien réunies.

Posez-vous les DIU chez ces patientes ?

Oui, mais il faut vraiment que ce soit une décision à deux, entre le médecin et la patiente, il ne faut pas que ce soit le médecin qui dise "c'est ça qui vous convient". Sinon ça marche pas.

Quels types ?

Les shorts et le Mirena® si y a des règles abondantes.

La tolérance et la pose est-elle moins bonne selon vous chez la nullipare ?

La pose est plus douloureuse, mais pour nous techniquement c'est pareil. La tolérance je crois pas, si ça correspond au profil de la personne qui ne veut pas entendre parler de sa contraception. C'est une liberté pour la patiente. Il faut mettre des alertes dans nos dossiers sinon elles viennent pas se faire contrôler. Non, y pas vraiment un critère d'âge. Non je crois pas, faut sortir du schéma 35 ans, trois enfants. Ça n'a plus lieu d'être.

Comment organisez-vous la consultation ?

C'est une consultation dédiée à la pose, je refuse de faire autre chose pendant cette consultation, il faut prendre son temps.

Utilisez-vous une pince ou pas ?

Oui oui je suis un vilain je mets la pince de Pozzi en faisant tousser : comme j'ai appris il y a 20 ans.

Vos patientes sont-elles satisfaites de ce mode de contraception ?

Hum. C'est très rare que j'en enlève avant cinq ans sauf quand y a une grossesse. Oui j'ai eu trois grossesses et une GEU. Les nullipares quand elles sont bien décidées pour le stérilet, il n'y a pas de problèmes de pose et pas plus que chez une autre personne c'était ma crainte. Il faut bien sérier au départ les gens à qui on le pose.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Plus rien. La peur, c'est géré.

Qu'est-ce qui vous a aidé à prendre confiance en vous ?

C'est les femmes qui sont en face. Faut savoir de quoi elles ont besoin. Il s'agit pas qu'on sorte des ordonnances de pilules à tout va. Dès qu'on s'intéresse à la personne c'est parfait.

Du moment qu'on nourrit la discussion dans les deux sens. Une qui saigne douze jours par mois, je mets pas de stérilet au cuivre. J'ai jamais fait.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

La mineure qui à moins de 18 ou moins de 15 ans ? Moins de 15 ans je serais bien emmerdé parce que je me vois pas poser un stérilet moi, mec, malgré ma blouse à une gamine de 14 ans. J'ai posé beaucoup de Nexplanon®. Du coup je me rends compte que je me rabats là dessus. Tends ton bras pif paf pouf. Entre 15 et 18 ans je sais pas si elles sont majeures ou pas, c'est des vraies bonnes femmes donc à partir de là y a pas trop de problèmes.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineur sans autorisation parentale ?

Non

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Le constat il est fait, je suis pas surpris. La situation a beaucoup changé donc il va bien falloir qu'on intègre ça, parce que moi je sens arriver au delà de cette polémique de la pilule qui tue quatre femmes dans le monde. Il y a quand même beaucoup d'attaques cérébrales avec la pilule. Le surrisque dû aux œstrogènes. J'ai la notion qu'il y a une femme/département/semaine qui faisait une attaque avec une imputabilité sur sa contraception. Ça en fait juste 5000 par an sur quatre millions d'utilisatrices de la pilule. Donc va bien falloir qu'on intègre ça. La deuxième chose, je suis certain qu'on va prendre un second tour de manivelle avec le surrisque de cancer du sein, j'en suis absolument convaincu. Je crois que les études à ce sujet là se terminent au printemps et on en entend absolument plus parler. Je pense pas que ce soit bien bon. Donc s'il est prouvé qu'il y a un surrisque de cancer du sein avec la contraception orale œstroprogestatives on est dans une merde pas possible, elles vont toutes arrêter la pilule et je sais pas ce qu'on va faire. Donc y a intérêt que tu finisses ta thèse, que ce soit publié et qu'on fasse des ateliers de formation pour poser des stérilets, et qu'on tienne plus compte de ces croyances fausses.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

On peut pas la changer. Le problème c'est que ça repose sur des fausses croyances. Ceux qui n'en posent pas ont sélectionné des femmes à pilule et celles à stérilet viennent pas chez

eux. Comment ça va évoluer : je pense qu'on va se prendre une grosse remise en question avec la pilule. Donc faudra s'adapter autrement.

D'après vous l'information aux jeunes femmes est-elle suffisante ?

Non, y a un manque d'information. Y a celles qui viennent parce que leur copine en a eu un et elle est très contente, ou bien la mère en a eu un et elle est très contente. Les filles regardent beaucoup ce que font leur mère. Je pense que le stérilet aurait besoin qu'on redore son blason, un peu plus que les autres méthodes de contraception. C'est propre à la France et à mon avis c'est aussi pour ça qu'on a un taux d'IVG plus élevé. Je pense qu'il faudrait qu'il y ait des campagnes publicitaires à la télé. Il faut lever les fausses croyances en travaillant sur les représentations des médecins sur le stérilet.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Je t'ai dit j'en pose déjà beaucoup, mais ce qui va me faire en poser plus c'est une réévaluation plus fine de l'estimation du risque cardio-vasculaire. Dieu sait que j'étais hyper chiant à ce niveau là, mais je vais devenir abominable dans l'intérêt des filles. Et d'ailleurs elles m'en veulent pas, elles comprennent bien. Et puis deux, y a cette épée qui va nous tomber sur la tête : je vois pas pourquoi la pilule n'entrainerait pas un surrisque de cancer du sein parce que c'est un cancer hormono dépendant et que c'est l'intervalle entre la puberté et la première grossesse qui s'allonge de manière dramatique. Puberté : 11 ans, première grossesse : 30 ans. Ça fait 20 ans arrosés d'œstrogènes c'est dramatique. Donc si en plus on ajoute une pilule à 20, 30, 50 µg c'est encore pire.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Non

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Moi j'ai pas de freins. Poser un stérilet, faire de la gynéco, ça prend beaucoup plus de temps que voir des angines et faire des arrêts de travail, c'est pas lucratif, en termes de temps, en termes de risque, mais pour moi c'est un service rendu et c'est une qualité de métier.

Entretien n°15

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

D'accord, moi je propose une pilule de deuxième génération : Adepal® ou Minidril® en général. Surtout en plus avec ce qui se passe en ce moment avec les pilules de troisième génération. Ce qui était tentant c'était les pilules à prise continue, mais elles n'existent pas en deuxième génération. J'ai tendance à pas beaucoup proposer, mais à demander ce que les gens veulent.

Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique à toutes les femmes ou bien vous restez sur la pilule ?

Je reste sur la pilule. C'est vrai qu'on cible sur leur manière de la prendre : celles qui l'oublient, celles qui ont des règles trop abondantes. L'interrogatoire permet de choisir assez vite quand même.

Vos patientes ont-elles des idées précises et/ou une demande précise concernant leur contraception ?

En général, elles ont une idée précise. Et celles qui n'ont pas une idée précise, c'est en général celles qui ont besoin d'un Nexplanon® comme ça, y a pas de risques d'oubli.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

On en voit pas, ça fait des années que j'en ai pas eue. Le stérilet c'est le plus tentant, mais ça se fait pas bien. C'est Norlevo®.

Du coup le DIU en urgence vous l'avez déjà fait ?

Y a longtemps.

Ça marchait plutôt bien ?

Ça marche bien oui, en plus le délai est plus grand.

➢ CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Je leur dis qu'il faut venir assez régulièrement, qu'elles s'inquiètent du fil si elles le sentent pas. Que s'il y a de la fièvre ou des pertes, il faut qu'elles consultent. Si elles ont un retard de règles et que c'est pas un stérilet hormonal, il faut qu'elles se fassent du souci.

Avantages ?

C'est une contraception sûre sans intervention de leur part pendant une durée assez longue.

Inconvénients ?

Si c'est un stérilet au cuivre : les règles abondantes. C'est le partenaire qui se plaint du fil. Pour le stérilet hormonal c'est la prise de poids ou l'absence de règles, y en a certaines ça les dérange.

Mode d'action ?

Ça empêche la nidation.

Comment orientez-vous le choix du DIU ?

L'hormonal c'est plus après 40 ans ou les femmes qui ont des règles très abondantes : c'est un moyen thérapeutique en fait.

Vous arrive-t-il de le contre-indiquer et dans quels cas ?

Quand il y a des antécédents d'infection, les malformations utérines, mais on en voit peu.

Posez-vous des DIU ?

Oui, depuis mon installation.

Où avez-vous été formé à la pose du DIU ? Comment ?

J'avais des amis qui sont passés en gynéco, du coup, ils m'ont appris.

Et la formation en gynéco ?

Zéro. Jamais passé en gynéco. On avait peu de stage et les études étaient plus courtes. Sinon, c'est de l'auto formation. Y a eu des cycles de formation qui ont été faits par les gynécos en ville, qui ont été très formateurs.

Quelles précautions prenez-vous avant la pose ?

Non, je sais pas ce que vous appelez précautions particulières.

Est-ce que vous faites des recherches d'infection systématiques ?

Non, c'est quand même une population tranquille ici. Je serais dans un quartier difficile, peut être que ça poserait problème, mais là y a pas de chose particulière. La précaution, c'est que je le fais au moment des règles pour être sûr qu'elles ne sont pas enceintes et le col est plus accessible. Le problème c'est les horaires : j'ai mes règles le jeudi et je téléphone pour le lundi c'est vrai que c'est pas pratique pour des questions de calendrier. En pratique c'est plutôt pendant les premiers jours de règles.

Prescrivez-vous une prémédication ?

Non (soupir).

Que pensez-vous du risque infectieux sur DIU ?

J'en ai plus vu posés par les gynécos que par moi. C'est le hasard.

Avez-vous eu des retours de complications ou d'effets indésirables ?

Sous Mirena®, j'ai eu une grossesse extra-utérine. Une ou deux grossesses sous stérilet au cuivre, mais je n'étais pas l'installateur.

- **<u>DIU ET NULLIPARITE</u>**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Bah, c'est bien, mais c'est quand même pas très courant. On a quand même pas une grosse population de gynéco, un peu plus maintenant, mais… Pour les nullipares pas de souci, après y a le problème des tailles, et puis faut que ce soit des filles qui soient conscientes de leur contraception. Y avait un petit modèle qui était pratique, mais qui n'existe plus. Les tailles dans le Vidal c'est quand même assez obscur : le dernier que j'ai posé j'ai rien compris dans les tailles. C'est complètement stupide.

Quels sont les avantages qu'offre le DIU chez la nullipare pour vous ?

Pas de problèmes d'observance. Oui oui c'est bien.

Qu'elles sont vos motivations pour le proposer ?

Ça fait partie de l'arsenal. Si elles rentrent dans le cadre… Dans les consultations de médecine, y a une espèce d'arborescence, et on s'oriente assez naturellement dans un sens ou dans l'autre. Faudrait que je réfléchisse un moment à votre question.

Profil type de la nullipare à qui vous proposez ?

Une jeune femme de 25 ans qui ne souhaite pas d'enfant avant cinq ans. Je vais pas mettre un stérilet pour l'enlever un an après. Il faut que la patiente soit sûre de son choix.

En 1ère ou 2nde intention ?

En seconde, voire même en dernière intention, quand je vois qu'on a tout essayé.

Avez-vous posé des DIU chez ces patientes ?

Je sais pas. J'ai dû en croiser quelques-unes.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

C'est souvent les réticences de la femme. C'est vrai que je les mets en garde en leur disant que c'est une contraception de couple : les réticences peuvent venir du conjoint. S'il n'accepte pas bien, ça se passera pas très bien pour la femme. Si elle est partante en général, ça se passe bien. Si elle est réticente, comme par hasard, il y a beaucoup de problèmes.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

J'en ai jamais vu, mais je le mettrais pas. Je l'enverrais au planning familial je suppose. Sur le plan médicolégal c'est quand même difficile.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Non, mais texte ou pas texte je le ferais pas.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

C'est un problème d'éducation. Si les revues en parlaient plus. Les revues féminines ont un rôle important je pense, plus que ce qu'on peut dire. Je pense que c'est un problème de vulgarisation. C'est de la faute des laboratoires qui parlaient que des pilules de troisième génération et qui n'ont pas parlé des stérilets. Y a un problème d'éducation en général.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Faudrait peut-être en parler plus. Mais c'est compliqué, pour nous en termes d'assurance médicale. Ils sont quand même pénibles par rapport aux poses. Y a quand même beaucoup de blocages à tous les niveaux donc c'est une accumulation de choses. Quand je veux des

stérilets pour le montrer à mes patientes j'arrive pas en obtenir, à moins de les acheter : les labos en donnent pas. C'est assez compliqué pour tout. Et faut qu'on en parle un peu partout. Je sais pas si y a des cours de sexualité à l'école.

D'après vous, l'information aux jeunes femmes est-elle suffisante ?

Non, elles sont pas assez informées et surtout déformées par les informations de leur mère, que un corps étranger c'est pas normal, ça va me faire mal, c'est pas sûr, je vais avoir une grossesse sur stérilet après, il y a le fait qu'avant 25 ans, il n'y a pas forcément lieu de les examiner, donc si la première fois qu'elles sont examinées c'est pour avoir un stérilet c'est peut-être un peu agressif. C'est peut-être le frein que je mettrais.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser/proposer (plus) ?

Faut qu'il y ait quand même une demande de leur part. C'est elles qui vont le demander et pas moi qui vais leur proposer. Ce n'est pas facile lors d'une première consultation, un premier contact de proposer d'emblée la pose de stérilet ; souvent, je propose un an de pilules, mais je pourrais dire, « dans un an, on pourrait envisager un stérilet ».

Donc pour vous il y a un manque de demande ?

Oui souvent elles viennent et disent je veux la pilule.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Non

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Je crois qu'il faut qu'elles soient au courant que ça existe et que c'est possible pour elles. Que c'est pratique. Moi la population qui aurait besoin d'un stérilet je serai plus Nexplanon®. Parce que c'est des populations qui sont souvent dans des milieux difficiles.

Du coup plus à risques d'infections ?

Oui oui, mais je peux me tromper.

J'ai terminé merci.

Mais le Vidal est mal fait aussi, vous voulez trouver un stérilet c'est pas simple. Les modèles changent, les noms changent. Après avoir utilisé plusieurs modèles c'est celui qui a une forme d'embrelle : le Gynelle® qui est le plus pratique. La pose est hyper simple et ils tiennent mieux. Le Mirena®, on tire un tout petit peu sur le fil il vient. C'est compliqué un Mirena® à mettre : je tire, je pousse, je repousse, j'enlève l'inséreur. Y a pas non plus des promotions des labos sur le stérilet. Ils ont fait beaucoup d'efforts avec le Nexplanon®. Le stérilet y quand même un problème de pose : y a un côté chirurgical et interventionnel. Les femmes médecins ont quand même des réticences par rapport à elle d'en mettre. Mais bon c'est pas compliqué : il suffit d'avoir le matériel. Depuis qu'il y a des hystéromètres de tailles importantes la pose est plus simple. Alors après il est écrit qu'il faut en mettre un certain nombre par mois pour être performant : le recrutement n'est pas important. Moi j'en mets pas beaucoup donc est ce que j'ai raison de continuer ? Je sais pas j'en mets pas un par mois. Moi j'ai du matériel à usage unique : à un moment j'en avais plus et je me souvenais plus de la marque. J'ai appelé un confrère gynécologue pour savoir quelle était la marque. Il m'a dit qu'il en avait pas, qu'il avait du matériel à stériliser. À mon avis c'est pas possible. C'est vrai que le matériel à usage unique c'est pas très pratique : les pinces à col tiennent pas bien, mais bon c'est à usage

unique. Légalement on peut plus utiliser du matériel à stériliser. C'est simple une fois qu'on a compris comment ça marche. Je pense qu'il y a une réticence du médecin : mettre un hystéromètre c'est intrusif et un peu violent.

Entretien n°16

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Ouais, alors maintenant c'est vrai qu'il y a des modifications, autrefois on proposait certaines pilules qui étaient 2ème 3ème génération. Maintenant, moi je propose, en fonction de la patiente, de son âge, de ses antécédents, personnels, familiaux, plus une contraception type Minidril® ou Leeloo®. Mais en première intention, donc ça sera plus du Minidril®.

D'accord, est-ce que vous allez proposer tout l'arsenal thérapeutique aux jeunes femmes ?

Euh... Je leur explique les différents types, la pilule, le stérilet maintenant dans certaines indications si y a eu un passé de pilule avec IVG, avec des soucis de prise, d'observance, parce que ça on en voit quand même pas mal, des oublis, même si quand on reprend une femme qui a 35 ans, son passé de pilule, forcément y a des oublis, même si elles nous disent qu'il y a une prise qui est régulière. Tous les… Les anneaux... Enfin oui j'essaie d'expliquer tout ça.

Est-ce qu'elles ont une idée précise ou une demande précise quand elles viennent ?

Pas tout le temps, les petites jeunes, pas tout le temps ou alors bon bah c'est les copines qui leur ont parlé de certaines choses, mais pas tout le temps, c'est vrai que c'est bien de leur présenter le panel, mais le plus souvent, chez la jeune femme, aussi bien l'ado que… C'est quand même plus souvent la pilule.

Qu'est-ce que vous proposez comme contraception d'urgence ?

Euh, contraception d'urgence, euh, nous on est rarement maintenant sollicité parce qu'elles vont directement soit à la pharmacie, soit y a l'infirmière. Je sais jamais, je regarde, mais c'est vrai qu'on est rarement sollicité. Je regarde toujours parce que je l'ai sous le bureau, donc les comprimés à prendre rapidement en urgence, mais c'est vrai que nous on est quand même pas trop sollicité.

Qu'est-ce que vous pensez du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je le pratique pas, je pose déjà pas de stérilet... Donc, déjà y a un biais (rires). Donc je sais pas, j'ai pas d'idée personnelle, non j'ai pas d'expérience.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer ?

Je sais pas si c'est... Ouais si c'est 48h ou... Je sais pas.

C'est jusqu'à cinq jours.

C'est jusqu'à cinq jours ? D'accord.

➢ CONTRACEPTION ET DIU

Quelles informations vous allez donner à vos patientes sur les DIU ?

Là, j'en pose pas, donc moi quand il y a un DIU, j'oriente facilement. On a une collègue médecin généraliste qui en pose, qui a des consultations assez rapides, donc c'est vrai que moi j'en pose pas.

Et c'est des femmes qui vont venir avec une demande de DIU ou c'est vous qui allez poser l'indication ? Comment ça se passe ?

Donc en fonction de leur passé, parce que chez les toutes jeunes, c'est vrai que nous on est encore, enfin moi, je suis encore dans l'optique qu'un stérilet chez une femme jeune, ça me gêne quelque part. Donc si vraiment, il y a eu des tas de... Des problèmes d'observance importants, s'il y a des contre-indications donc bah là aussi à la pilule, malgré les autres pilules, la Cerazette®... Ça me... C'est vrai que je pense que j'ai un à priori sur le stérilet, qui est à dépasser, hein, mais euh, j'oriente à ce moment là assez facilement. Mais je le propose quand il y a donc des problèmes d'observance et des contre-indications à la contraception orale

Est-ce vous choisissez avec la patiente le type du DIU ?

C'est au cuivre en général, mais là moi j'oriente facilement. Parce que là moi j'ai pas la pratique.

Posez-vous des DIU ?

Non.

En avez vous déjà posé ?

Ben j'en ai posé il y a très longtemps, j'étais passée en gynéco à l'hôpital sud, et puis après j'en ai pas reposé, donc.

Pour quelle raison ?

Maintenant qu'on a plus d'indications chez la femme jeune, chez l'ado, je pense qu'il faudrait qu'on se forme parce que... Mais on a tellement de choses à faire... La gynéco c'est une part importante, mais là c'est vrai que j'ai la facilité, moi, de travailler... On a quand même des rendez-vous assez rapidement avec certains gynécologues, donc c'est vrai que voilà, c'est facile. Mais peut-être qu'il faudra que je me forme, tout à fait.

- **<u>DIU ET NULLIPARITE</u>**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Ben c'est ce qui me gène, voilà, c'est quand je pense à l'ado, c'est ce qui me gêne alors qu'on peut le proposer maintenant facilement. Nous, il y a 20 ans en arrière c'était une contre-indication, et voilà, mais la médecine elle évolue, et c'est pour ça que je me dis qu'il faudra peut-être que je fasse une formation. Jusqu'à maintenant j'orientais, mais je pense qu'on va y avoir des demandes, qu'on va avoir des indications de plus en plus fréquentes, donc il faudra certainement s'y mettre.

Quels sont les avantages que peuvent offrir le DIU chez une nullipare ?

Chez une nullipare c'est le problème de l'observance, c'est si il y a des contre-indications à la pilule ou le tabac associé. Et puis être vigilant sur tout ce qui est infection voilà. Et puis aussi

maintenant c'est vrai qu'on nous dit qu'on peut prescrire des anti-inflammatoires, donc ça c'est des trucs tout bête mais qu'il y a moins d'interactions médicamenteuses, voilà, c'est plus une contre-indication avec le stérilet de proposer des anti-inflammatoires. Donc ça aussi ça peut être une raison plus simple de proposer aussi le stérilet. Mais bon ça c'est pas une indication hein, loin de là, mais c'est vrai que c'est des femmes qui vont souvent soit prendre de l'Advil® soit prendre des... Et auparavant c'était contre-indiqué quand il y avait un stérilet.

Est-ce que vous leur en parlez à ces patientes là (nullipares) du stérilet ?

Oui je leur en parle.

Est-ce qu'elles ont des réticences, comment réagissent-elles ?

Ben elles ont oui, je trouve qu'elles ont un peu des réticences, parce que déjà rien que l'anneau vaginal, quand... Bon maintenant on le propose moins parce qu'il fait plus partie d'une contraception de première intention. Mais quand c'est quelque chose d'intra-vaginal, y a aussi une réticence vis à vis de ça. Faut prendre le temps, faut leur expliquer, faut... Voilà.

Vous vous diriez favorable ou pas ?

Maintenant je me dirais favorable, vous m'auriez posé la question un an auparavant... Ouais j'aurais été... voilà, j'évolue tout doucement.

Et vos indications seront plutôt en seconde intention de ce que vous disiez ?

Oui en seconde intention.

Est-ce qu'il y a un critère d'âge ?

Ben la nullipare à 14 ans je pense que je lui proposerais pas trop un stérilet, et pourtant c'est peut-être elle qui aura le plus de soucis d'observance, mais c'est vrai que… Plus vers 20 ans je proposerais chez la nullipare un stérilet, mais ça c'est... Je sais pas, je pense que j'aurais une gêne vis à vis de ça.

Pourquoi vous ne posez pas de stérilet chez la nullipare ?

Ben, parce que j'en ai posé il y a très longtemps, donc quand j'étais externe, j'étais pas interne, j'étais en 6ème année à l'époque, et puis j'en ai pas reposé, ça c'est pas... Moi j'ai repris la patientèle d'un médecin qui partait à la retraite, donc j'avais quand même initialement beaucoup de femmes plus âgées. Donc c'était plus de la gynéco orientée ménopause, ou des femmes qui avaient… Oui c'est vrai que j'avais quand même des femmes qui avaient 35-40 ans à l'époque, et voilà j'ai pas pris le temps ; et puis maintenant je pense que je vais certainement... Si vous revenez dans un an j'aurais peut-être modifié ma pratique.

Est-ce que vous avez déjà rencontré des effets indésirables ou des complications chez des femmes qui ont eu des DIU ?

J'ai vu des grossesses sous stérilet, ouais j'en ai vu deux. Sinon, non j'ai pas vu de problèmes particuliers.

Et chez la nullipare ?

Mais il y a un biais aussi parce qu'en fait quand je les oriente, après je les vois moins, les femmes qui ont des stérilets, donc voilà. Quelques fois elles reviennent parce que bon je les suis pour autre chose, mais voilà, je pense qu'il y a un biais aussi de recrutement après.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Dans la pose d'un DIU qu'est-ce qui pourrait me faire peur... Normalement il faut du matériel de réanimation, enfin il faut un peu d'oxygène, il faut...

Il semblerait que ça ai changé...

D'accord... Chez la nullipare bon... Le geste me semble moins simple. J'en ai jamais posé chez les nullipares, donc de toutes façons moi quand j'en ai posé c'était chez des multipares. Donc oui, je pense que chez la nullipare j'aurais une appréhension, mais qu'il faut se former hein après c'est…

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite vous adoptez chez la mineure ?

Ben la mineure, oui moi ça me... Ouais à 16 ans ça me gêne de mettre un stérilet, mais je pense que c'est des à priori ça... Je tourne en rond là, mais c'est vrai que...

Est-ce que vous savez qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Non ça je sais pas.

- **<u>RECOS ET ETAT DES LIEUX</u>**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

C'était en 2004 ? Ah moi je pensais que c'était beaucoup plus récent le texte. Bah ouais ça fait presque 10 ans.

Qu'est-ce que vous pensez de cette situation ?

Ben nous, on a tellement… Toujours j'ai peur de problèmes infectieux, j'ai peur... Voilà. C'est des choses, mais des à priori, je pense parce que nous quand on a fait nos études, effectivement, c'était un risque de stérilité après, avec des problèmes infectieux, mais voilà je pense qu'il faut que ça change, mais je pensais que le texte était plus récent.

D'après vous comment peut-on changer cette pratique en général ?

Ben il faut qu'on s'informe mieux, et que on se forme. Ça c'est ...

Est-ce que l'information aux jeunes femmes est suffisante d'après vous ?

Je ne pense pas pour le coup, je pense que… Vu mes propres réticences, hein, le message doit pas très bien passer pour avoir un DIU en première intention.

Est-ce que les jeunes femmes ont d'autres sources d'information ?

Pas trop j'ai pas l'impression.

Qu'est-ce qui pourrait-vous amener à en poser, et à en proposer plus ?

Ce que vous me dites là. Et puis voilà se former, prendre le temps de se former. Et d'aller donc soit travailler avec des gynécos en clinique, soit faut une formation, faut faire de la pose quoi, de la pratique hein, voir nos confrères gynécos, aussi bien clinique ou CHU. Mais je pensais pas que c'était... Que depuis 10 ans on en parlait...

Notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Je pense que c'est le médecin généraliste, déjà, s'il a des aprioris sur certaines choses, et puis après bon… C'est vrai que si on a déjà nous, des aprioris, c'est difficile de faire passer le message, et comme les filles elles ont pas une information majeure sur le DIU, c'est quand même plus axé sur la contraception locale autre ou hormonale, donc ben le dialogue il est difficile à ce moment là.

Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet ?

Non, parce que là c'est vraiment orienté sur le DIU, donc euh, non j'ai pas grand-chose… Mais c'est vrai que, ça fait déjà six mois que je me dis qu'il faudrait faire quelque chose, une formation pour... Parce que c'est uniquement de la pratique pas quotidienne, mais sur une semaine on doit avoir deux demandes de contraception orale chez des jeunes ados.

Merci.

Entretien n°17

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Directement en termes de pilule ou en terme d'examen, d'interrogatoire ?

Comment se passe votre consultation ?

Eh bien après, déjà de savoir quelles sont les motivations, si c'est une demande de pilule, de contraception ou si c'est pour l'acné, parce que c'est souvent le motif, le motif caché. Savoir s'il y a déjà eu une prise antérieure, avoir les antécédents perso et familiaux, le tabac. Et du coup surtout quand il y a du tabac, mais même s'il n'y a pas de tabac, je parle du stérilet notamment, comme alternative à la pilule en tant que telle. Et puis selon le contexte aussi, maladie sexuellement transmissible, le préservatif, en disant que c'est un mauvais moyen de contraception.

Est-ce que vous proposez tout l'arsenal contraceptif ?

Alors j'explique qu'il y a, ou hormonal, décliné, pilule, patch, annaux et implants, ou mécanique le stérilet. Parce que généralement c'est des stérilets neutres. Voilà donc je leur propose les différentes choses, après on voit si en terme d'horaire de prise elles vont arriver à s'y tenir ou pas. Selon le contexte, bon le grand truc c'est de faire sonner le téléphone maintenant ; voilà donc on discute aussi de cet aspect là, sur les contraintes horaires dans les prises de pilule, donc ça peut aussi être un argument pour opter pour le stérilet.

Est-ce qu'elles ont déjà une idée précise quand elles viennent ?

Assez souvent, alors ça dépend. Avant 18 ans, avant qu'elles soient étudiantes, généralement elles en discutent un peu au lycée avec celles de leurs copines, la grande mode c'est Leeloo®, Leeloo® et Jasmine® souvent, tout du moins c'était... Et quand c'est pour l'acné, c'est Diane®, enfin, c'était Diane®, maintenant il faut utiliser le passé. Et sinon après au delà, non pas forcément.

Et comment s'organise la consultation ? Elles sortent avec une prescription ?

Généralement oui. Prescription puis contrôle biologique. Et généralement du coup je fais une première prescription pour trois mois, ça permet de refaire le point sur comment ça se passe, les horaires, etc. La prise de sang a été faite et puis après si c'est bon on renouvelle. Et ce que je fais systématiquement avec la pilule, sur la même ordonnance je fais une prescription de Norlevo®. Pas pour qu'elles le prennent en pharmacie, mais parce que j'ai un petit texte de cinq, six lignes qui explique quand le prendre, comment, etc. Je leur explique qu'il faut y aller à trois heures du mat si besoin, que c'est une obligation qu'on leur délivre avec ou sans ordonnance même si elles sont mineures. Et du coup je me dis qu'à chaque fois qu'elles tombent sur l'ordonnance, elles lisent le texte, et si un jour y en a besoin, elles sauront. Donc ça c'est tout ce que je fais... Et j'utilise bien les brochures de l'INPES sur la contraception.

Qu'est-ce que vous proposez comme contraception d'urgence ?

Généralement c'est Norlevo®, en tout cas il est prescrit, il est discuté, en retour j'ai pas l'impression qu'il est souvent utilisé, parce que quand je renouvelle la pilule, je leur dis que je le re-note, je réexplique que c'est pas pour le prendre à la pharmacie. Et je crois, alors après je fouille pas plus que ça l'interrogatoire, mais je crois pas avoir eu de femmes qui ont été amenées à l'utiliser.

Et des femmes qui viennent pour ce motif-là ?

Non, non... Alors moi la gynéco c'est pas trop mon truc, donc je cherche pas à avoir une population très importante, c'est souvent les gens que je suis pour autre chose. Donc le discours, je l'ai plus par militantisme que par goût. Parce que la gynéco c'est pas trop mon truc. Je pense que j'ai plus de diabétiques et d'hypertendus que de suivi de contraception. Donc c'est peut-être pas forcément représentatif. Et puis après selon le contexte, y a le planning familial, notamment chez les jeunes.

Qu'est-ce que vous pensez du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Je sais que c'est tout à fait possible de le poser, moi j'en pose pas, donc je... Mais après ça fait partie des choses sur lesquelles effectivement je peux orienter.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer en contraception d'urgence ?

J'avoue que non.

C'est cinq jours.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous sur les DIU ?

Ben j'en ai un, donc je leur montre à quoi ça ressemble, et j'ai des planches que je sors, je leur explique où on le met, comment ça se met, etc. Parce que du coup voilà c'est petit peu comme l'histoire des tampons, elles connaissent pas trop forcément leur corps, où ça se met, à quoi ça sert. Donc j'utilise ça, pour leur montrer, le vagin, l'utérus ; et je sors, j'ai un modèle, comme ça elles peuvent voir la taille que ça a, la consistance, les fils...

Vous leur parlez d'avantages, d'inconvénients ?

Alors moi ce que je présente, enfin l'argument c'est que par rapport au tabac déjà c'est un souci en moins. Par rapport au souci d'horaire de prise, au moins y a pas de souci. Après y a le risque d'infection qui est un peu plus élevé. Voilà. Et puis je leur dis que c'est pas du 100 %, mais que rien n'est efficace à 100 %. Et je leur dis qu'il y a une augmentation du risque de GEU.

Faites-vous un choix Cuivre/Miréna® ?

Je les oriente sur des gynécos. Et notamment chez un ou deux gynécos qui acceptent de poser des DIU à des femmes jeunes. Parce que hyper fréquemment on se heurte à ça, à des gynécos d'une certaine génération qui, si les femmes ont pas eu deux, trois gamins, leur posent pas de stérilet. Donc voilà, donc maintenant voilà maintenant j'ai ciblé, et c'est valable aussi pour les migraineuses par exemple, migraineuses, fumeuses, et puis celles chez qui c'est un vrai choix le stérilet indépendamment de ça, et bien j'oriente, et puis après comme de

toutes façons il y aura une première consultation pour en rediscuter, je me dis que c'est le gynéco qui prescrira. Donc j'avoue que là j'ai pas forcément ce discours, je suis restée sur l'idée que le stérilet hormonal c'est plus autour de la quarantaine si j'ose dire.

Est-ce qu'il vous arrive de le contre-indiquer ?

Dans quels cas le contre-indiquer, j'imagine des antécédents de grossesse extra-utérine, et puis peut-être chez quelqu'un qui a déjà fait une salpingite.

Est-ce que vous posez des DIU ?

Non

Est-ce que vous en avez déjà posé ?

Non, ou sur des mannequins.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Ben j'y suis favorable, c'est ce que je disais, ça fait deux ou trois séminaires que je fais en 10 ans sur la contraception chez la femme jeune, et voilà c'est pas une contre-indication, et de toute façon on est confronté de plus en plus au tabac chez les jeunes filles et les jeunes femmes. Donc ça parait plus sain, enfin en terme d'effets indésirables. Donc ça moi, c'est vraiment quelque chose pour lequel voilà j'oriente facilement.

Quels sont les avantages que peut offrir le DIU chez la nullipare ?

Alors ben c'est toujours l'histoire du tabac. L'histoire de « y a pas d'oublis, de décalage de prise. », et voilà c'est ça principalement.

Est-ce qu'il y a des réticences chez les patientes nullipares quand vous leur parlez du DIU ? Et quelles sont ces réticences ?

Les réticences c'est que généralement quand elles ont en parlé à droite et à gauche, et même chez des médecins, on leur a dit que tant qu'elles ont pas eu d'enfants... Donc voilà, elles viennent avec cet à priori là. Moi je leur dis qu'en Angleterre c'est utilisé larga manu depuis 20 ou 30 ans, et y a pas plus de grossesses extra-utérines ou pas de façon significative, que les infections c'est pas non plus significatif. Donc c'est quand même un vieux moyen de contraception, efficace, fiable... Voilà. Après c'est des choix, mais… Après y a l'histoire des partenaires multiples, après c'est toujours délicat de toutes façons. À mon avis c'est un interrogatoire... Enfin on peut poser la question, elles répondent bien ce qu'elles veulent, et quelque part, y a après le préservatif pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles. Donc... c'est un élément à prendre dans la balance, mais de toutes façons à 16 ans on imagine bien qu'il y a peu de chance que le mec avec lequel elles sont, elles le gardent jusqu'à la ménopause, donc... Après tout est relatif aussi.

Au niveau des indications, en première ou seconde intention, est-ce qu'il y a un critère d'âge ?

Peu importe première ou deuxième intention. Eh bien c'est la question que je me suis posée l'autre jour, j'avoue que je savais même pas s'il y avait un critère d'âge pour initier une contraception hormonale, j'avoue que je sais pas. Moi, j'ai la notion qu'au planning familial, ils

en posent à des jeunes filles je pense de moins de 16 ans, de 15 ou 16 ans, enfin j'avoue que je sais pas.

Posez-vous des DIU chez ces patientes ?

Non.

Avez-vous des notions d'effets indésirables, de tolérance chez vos patientes ?

Alors j'en ai une... Alors le fait que ça saigne plus souvent, les règles sont plus abondantes, éventuellement un peu plus douloureuses. Ah oui parce que dans les arguments, pour revenir à la question initiale, pour décider de mettre une pilule, c'est des cycles irréguliers ou des règles douloureuses, ça j'y ai pas pensé spontanément. Mais voilà ça fait partie aussi des critères, et parfois c'est moi qui propose quand j'ai ces éléments là. Donc du coup par rapport au stérilet, voilà, des saignements, des règles plus abondantes, éventuellement des dysménorrhées plus importantes, et j'ai eu le cas d'une jeune fille, où le stérilet s'est incrusté dans la paroi, c'était source de douleur, donc il a fallu l'enlever. Donc là elle est vaccinée si j'ose dire, alors qu'elle était partante, il y avait pas de tabac, c'était un vrai choix de facilité de contraception.

Avez-vous déjà eu des grossesses extra-utérines, des grossesses sous stérilet, des infections ?

Non, parmi mes patientes, non

La tolérance à distance ?

Peut-être une sur quatre qui est pas satisfaite.

Comparativement aux multipares ?

Je pourrais pas dire... Mais comparativement finalement, le nombre de nanas où on change une fois, deux fois, trois fois la pilule, c'est pas forcément toujours aussi évident.

Pourquoi ne posez-vous pas de DIU ?

Ben la gynéco c'est pas trop mon truc... Par choix voilà... Après je me dis aussi qu'on fait bien quelque chose qu'on fait souvent, donc à ce moment là il faudrait que je redise que j'en fais, et voilà si j'en posais un tous les jours... Mais voilà, si j'en pose un par mois je suis pas sûre d'être très pertinente et puis c'est pas forcément, j'ai pas forcément envie en fait, tout simplement.

Qu'est-ce que vous allez dire à une jeune femme qui vous demande un DIU ?

Je vais l'orienter vers un gynéco.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Ben les éventuelles survenues d'infect... La grossesse extra-utérine ça me fait pas particulièrement peur, parce que somme toute, ça fait partie aussi des effets indésirables de certaines pilules, donc il faut aussi ramener les choses à leur juste valeur. Après je pense que ma principale crainte vis à vis du stérilet ça va être les éventuelles infections.

Comment peut-on essayer de changer ça ?

Ben l'éducation, enfin voilà se protéger...

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Alors ben, planning familial.

En effet, savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineur sans autorisation parentale ?

Je savais pas particulièrement, mais ça me paraît évident, enfin je me dis on peut faire une IVG sans forcément être avec quelqu'un de sa famille, il suffit d'un accompagnant adulte. De toute façon ça me paraît logique, mais la loi est pas forcément logique, mais en soi, ça me paraît normal.

- **RECOS ET ÉTAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Je pense que la principale difficulté c'est d'arriver à faire bouger les mentalités des professionnels. Moi, maintenant j'ai ciblé notamment une gynéco, je sais qu'elle va les poser même chez des jeunes filles, mais voilà le nombre de fois où je leur dis « demandez à votre gynéco » et le gynéco répond « ben non, vous avez un risque d'infection, vous avez pas eu d'enfants, on en reparlera quand vous aurez des enfants ». Moi je suis que généraliste, ça fait deux séminaires que je fais sur la gynéco, et les deux fois on dit que l'indication même chez la nullipare, elle est là, que le bénéfice avec le tabac, il se pose même pas. Donc moi je suis foncièrement convaincue, et je pense qu'il y a peut-être des campagnes de pub à faire auprès des femmes, et puis il y a aussi peut-être que les professionnels, et même les spécialités, se tiennent informés des mises à jours, des recommandations...

Ce que l'on peut changer ?

L'information aux professionnels je pense que c'est la première étape, parce que si les gynéco se mettent à en proposer à leurs patientes, du coup les choses vont s'inverser, et les filles au lieu de demander Leeloo® elles demanderont le stérilet le cas échéant. Donc voilà après, c'est quand même les professionnels, si quand elles vont voir leur gynéco, avec un grand G, il leur dit non, du coup on est coincé, et... Voilà on a beau, on rame d'un côté, et ça avance pas de l'autre.

D'après vous l'information aux jeunes femmes est-elle suffisante ?

Non, mais elle est insuffisante pour tout. Les maladies sexuellement transmissibles… Enfin moi je suis absolument effarée du manque d'information en 2013, alors que avec internet ça paraîtrait beaucoup plus facile et en pratique...

Comment on pourrait essayer de changer ça ?

Je sais pas, est-ce que c'est l'éducation sexuelle dans les établissements, si faut des spots, enfin c'est pas forcément évident non plus. Ouais je pense que peut-être le vivier commun, ça reste l'école, enfin l'école, le collège et le lycée, et puis aussi chez les jeunes hommes. Un rapport sexuel c'est à deux, et du coup l'information elle pourrait aussi passer par eux. Il n'y a pas que le préservatif, en tout cas c'est un mauvais moyen de contraception et que c'est un bon moyen de prévention des maladies sexuellement transmissibles, mais qu'il faut aussi être concernés à deux peut-être.

Qu'est-ce qui pourrait-vous amener à en poser-proposer plus ?

En proposer plus, je pense pas que je puisse en proposer plus. Enfin c'est une éventualité que je propose à chaque fois, après s'il n'y a pas de critères, comme le tabac, comme les migraines, et qu'elles veulent une pilule, je vais pas m'opposer, mais je leur dis qu'il y a le stérilet en alternative.Et en poser, pas vraiment, mais parce que ça me dit rien.

Notre sujet est : déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Je pense c'est pareil c'est la formation, la formation, l'information. Et puis changer les mentalités.

Entretien n°18

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Ah bah actuellement, une deuxième génération. Surtout après les antécédents : tabac, cholestérol, sous réserve qu'il n'y ait pas de contre-indication à une contraception œstroprogestative, une deuxième génération, du fait des récents événements.

Est-ce que vous proposez tout l'arsenal thérapeutique à toutes les jeunes femmes ?

Non pas forcément, j'ai celles que j'utilise le plus, après c'est vrai que j'avais plus tendance à proposer des troisième génération, donc je reviens à ma liste de deuxième génération, et en général j'en propose entre deux et trois et on voit ce que ça donne. Mais là on est toujours en phase de toutes les changer donc en termes de tolérance clinique, pour l'instant j'ai pas énormément de recul.

Est-ce que c'est toujours des pilules ou est-ce que vous proposez d'autres choses ? Est-ce que vous parlez des autres modes de contraception ?

On propose principalement la pilule sauf quand les patientes ont des demandes bien spécifiques. Après je parle des autres aussi...

(Téléphone)

Plutôt la pilule sachant qu'en pratique, si la demande c'est une contraception, on parle des différents moyens de contraception, si la demande c'est la pilule, comme ça l'est principalement, j'explique la pilule et après on passe rapidement sur le reste sous réserve qu'il n'y ait pas de contre-indication.

En général elles ont une demande précise ?

Ah hyper précise oui.

Comment se passe la consultation ?

Toujours un examen clinique, toujours un examen gynéco, enfin non pas toujours un examen gynéco. Examen gynéco sous réserve que la patiente ait déjà eu des rapports. Si y a pas eu des rapports, de début de vie sexuelle, je fais pas d'examen gynéco d'emblée, je fais un examen général, cardio-pulm, cardio-vasculaire, on prend la tension. Et sous réserve qu'il n'y ait pas de contre-indication soit connue, soit en terme d'antécédent, elle repart avec trois mois de pilule. En général je prescris d'emblée trois mois, et une ordonnance glycémie/cholestérol, et puis voilà. Et si après la bio revient franchement mauvaise, avec une contre-indication, je les appelle, mais pour l'instant ça ne m'est jamais arrivé. Et on refait le point à trois mois en termes de tolérance.

Que proposez-vous comme contraception d'urgence ?

Je crois qu'on me l'a jamais demandé. Je crois qu'on me l'a jamais demandé... Pour l'instant... Non, mais je suis installée depuis six mois donc j'ai pas énormément de recul.

Et si c'était le cas, comment ça se passerait ?

Ah bah pilule du lendemain de toute façon, et puis conseil par rapport à la reprise, enfin tout dépend dans le cadre d'une pilule si y a un oubli ou pas, parce qu'en général c'est souvent ça, et conseil par rapport à la reprise, protections, etc.

Que pensez-vous du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Moi j'en pose pas donc c'est difficile d'en proposer, et j'ai pas d'avis là dessus, non c'est vrai que je l'ai jamais proposé en contexte d'urgence.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer ?

Non du tout.

Dans les cinq jours.

D'accord

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations donnez-vous aux femmes sur le DIU ?

Ben qu'il en existe deux types. Qu'il y en a un qui est hormonal, que l'autre est au cuivre. On explique un petit peu comment ça se passe, quand c'est qu'on le pose, la durée que ça dure. On calme le jeu sur les effets indésirables dont elles sont toutes hyper traumatisées souvent sauf celles qui ont l'habitude. Et puis on donne des noms de médecin qui en posent pour expliquer un peu les choses.

Des avantages, des inconvénients ?

Oui oui je leur explique, de toute façon quel que soit le mode de contraception, c'est le principe.

Cuivre/Mirena®, vous orientez le choix?

Si y a pas de contre-indication médicale, je laisse le choix après au médecin qui va le poser, sachant que de toute façon les médecins qui les posent, ils les posent jamais en première consulte. Il y a une consulte d'abord d'explications et puis après ils les revoient pour les poser.

Est-ce qu'il vous arrive de le contre-indiquer ?

Non, ça m'est jamais arrivé.

Posez-vous des DIU ?

Non

Est-ce que vous en avez déjà posé ?

Oui j'en ai posé interne.

Et pourquoi vous ne les posez pas ?

Parce que j'en ai posé peut-être trois ou quatre pendant mes stages d'interne, enfin pendant mes stages d'interne chez le prat, mais j'ai pas fait de stage en gynéco donc j'en ai pas suffisamment posé pour maîtriser. Et je suis plus interne depuis quatre ans, et j'en ai pas reposé, et on fait bien que ce qu'on fait régulièrement, donc... Je me sens pas, par contre je compte me former.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Ça, ça me pose aucun souci.

Quels sont les avantages pour vous ?

En pratique c'est surtout ne pas avoir la prise de la pilule régulièrement, en pratique c'est surtout ça. Surtout que le problème c'est pour la société française on est hyper frileux par rapport au stérilet chez les nullipares, donc les femmes elles-mêmes sont hyper frileuses, et moi j'en ai eu peut-être une ou deux qui avaient dit ok, mais elles sont pas très demandeuses.

Quelles sont leurs réticences ?

La réticence c'est le corps étranger. Et puis la notion que ça fait je sais pas combien d'années, mais que depuis jusqu'ici on mettait quand même beaucoup aux femmes qui avaient déjà eu des enfants, voire qui avaient plus de désir de grossesse. Donc c'est quand même bien rentré dans les mœurs et je pense que avant que ça parte dans l'autre sens y a du travail à faire.

Donc vous êtes favorable ?

Oui.

Dans quelles indications vous êtes favorable ?

Soit celle qui a peur d'oublier des prises. Le Mirena® quand même pour celles qui ont des menstruations hyper abondantes, ça se passe quand même relativement bien. Et puis des femmes qu'on sait qu'on va perdre de vue non plus, parce qu'il faut quand même un minimum de suivi, pour pas les retrouver 10 ans après qu'ont toujours leur stérilet. Et puis qui ont bien compris comment ça marchait, qui ont pas envie de lancer de grossesse dans les six mois qui viennent, sinon ça a pas beaucoup d'intérêt.

En première, en deuxième intention ?

Dans les deux cas, mais les femmes sont quand même plus demandeuses d'une contraception orale par pilule que par un stérilet d'emblée. Ça a tendance à bien les refroidir quand même le stérilet d'emblée.

Est-ce qu'il y a un critère d'âge pour vous ?

Pas particulièrement... Si remarquez, j'en mettrais pas à des jeunes femmes de 15 ans non plus. Non je pense que j'ai déjà plus tendance à le proposer à des femmes qui ont déjà une vie sexuelle active, c'est vrai, c'est bien plus facile de le proposer aussi à quelqu'un qui a déjà une vie sexuelle active, qu'à une jeune fille qui a pas encore eu de rapport et qui cherche un moyen de contraception, ça c'est vrai que là je propose pas le stérilet. Enfin, ça paraît tellement invasif, si c'est pour leur faire peur pour la contraception d'emblée, ça me paraît mal barré.

Qu'est-ce que vous avez comme retour sur des femmes nullipares qui ont un stérilet, sur la tolérance, en terme d'effets indésirables, de complications ?

On en a très très peu au cabinet, pas d'effets indésirables, de toute façon celles qui en ont, c'était des demandes et ça c'est toujours très bien passé. De toute façon les complications sur stérilet on en voit pas énormément. J'en ai vu peut-être une ou deux, c'est quand même rare.

Que dites-vous à une jeune femme nullipare qui vous demande une contraception par DIU ?

Ben j'explique. Et puis après c'est sa décision à elle. Je l'oriente soit vers ma collègue, celle de nous trois qui en pose, soit sinon vers un gynéco obstétricien avec qui on a l'habitude de travailler.

Qu'est-ce que pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Ah c'est juste le fait de faire un geste technique que je connais pas, donc faut que je me forme et je le fasse, mais... Si, la sécurité, la Responsabilité Civile Professionnelle qui va flamber encore un coup, mais bon.

Qu'est-ce qui pourrait changer ça ? La formation ?

Ah bah bien sûr, sachant que au tout début quand j'étais remplaçante, j'avais envoyé un courrier à Dr X qui est un des chefs du CHU, en lui demandant s'il était possible que je passe certaines journées pour me former à la pose du DIU, j'ai jamais eu de réponse. Donc c'est hyper motivant.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare, quelle conduite adoptez-vous chez la mineure ?

Moi je le proposerais pas spontanément.

Pour quelles raisons ?

Ben comme on disait par rapport au début de contraception, une nullipare j'aurais tendance, j'ai plus tendance à le proposer spontanément aux femmes qui ont plus de 20 ans et qui ont déjà une activité sexuelle déjà plus régulière que chez une petite jeune.

Savez-vous qu'il existe un texte de loi autorisant la pose d'un DIU chez la mineure sans autorisation parentale ?

Ça je savais pas, mais bon en même temps comme la contraception, ça me surprend pas.

- **<u>RECOS ET ÉTAT DES LIEUX</u>**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

De toute façon c'est une question de santé publique, après, ça va être des questions de pub et puis, comme on peut parler de deuxième génération qui ont fait un boucan monstre ; s'ils faisaient pareil pour faire passer l'idée que mieux que les deuxième génération avec un

stérilet il y a moins de phlébite, etc. C'est sûr que ça ferait plus la pub. Mais bon comme y a moins de sous de labo derrière... C'est toujours pareil.

Comment peut-on changer cette pratique en général ?

Ah bah de toute façon c'est de la pub, c'est les magazines, les magazines féminins. Et puis si les labos là, ils se sont bien bougés les fesses avec leur histoire de deuxième génération donc s'ils faisaient pareil avec le stérilet. Tout le monde a entendu le coup qu'il ne fallait plus de troisième génération, donc s'ils faisaient pareil, qu'on avait le même niveau de pub, ça passerait très bien.

Et l'information aux jeunes femmes vous parait-elle suffisante ?

Ah non, bien sûr que non.

Au niveau des médecins, la formation ? L'information ?

Ben moi, c'était pas un problème de formation qui me bloquait, c'est plus une question de demande de patientes. Le but c'est pas d'aller contre la demande de la patiente. On propose, mais les femmes ont déjà des idées bien précises en général.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en proposer plus ?

De savoir le faire. Forcément si on les pose, on le propose plus. Logiquement. Donc au moins qu'il y ait une formation je sais pas, obligatoire, surtout pour les femmes médecins parce qu'en pratique c'est comme la pédiatrie, la gynéco on en fait énormément. Et puis on est amené à prendre la suite puisqu'il y a plus de gynéco med. Donc...

Notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du DIU chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

La formation des toubibs. La formation, et l'éducation enfin l'information des patients. Mais en pratique c'est surtout ça, les réticences elles sont plutôt côté population que côté médecin, en tout cas pour des gens de notre génération à nous.

Entretien n°19

➢ CONTRACEPTION

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Vous me demandez pas depuis combien de temps j'exerce ?

Je vous le demanderai après, à la fin, je vous ferai remplir un petit questionnaire.

C'est la question subsidiaire... D'accord.

Donc voilà, première consultation chez une jeune femme pour contraception, qu'est-ce que vous lui proposez ?

Vous voulez dire au niveau contraception ? Ou alors des examens ?

Globalement, qu'est-ce que vous faites sur une première consultation sur ce sujet-là ?

J'essaie de savoir un peu quelle est sa vie, un peu, pourquoi elle a besoin d'une contraception, et un peu sur sa vie sexuelle si vous voulez, sans entrer dans les détails, mais savoir si elle a des relations une fois de temps en temps ou régulières, ou, je pense que bon... Je reste discret là-dessus, parce que je veux pas rentrer dans l'intimité, mais peut-être quand même savoir, au fond, on a affaire à une jeune femme, savoir donc en fonction de la fréquence de ses rapports, en fonction de ce qu'elle a eu avant comme contraception. Contraception locale, contraception. Bon type de contraception. Et puis après bon bah, on peut voir en fonction de ses réponses quel type de contraception on peut proposer. Bon alors c'est vrai que la contraception qu'on vient me demander en général c'est la pilule, bon, mais bon y a peut-être pas que la pilule, on peut, voilà. On peut évoquer le... Après moi je leur pose des questions, bien sûr, est-ce qu'il y a des antécédents familiaux, antécédents personnels, est-ce que... Voilà, quelles pathologies elles peuvent avoir, tout ça, c'est tout l'interrogatoire, avant de prescrire la pilule bien sûr. Je vais leur prendre la tension, je vais leur faire faire un bilan biologique toutes sortes de choses, c'est sûr. Et puis après, bon bah, savoir ce qui est... C'est un petit peu... C'est une consultation qui est des fois délicate, hein parce qu'on a affaire des fois à des jeunes filles toutes jeunes, qui ont... Pour qui c'est la première contraception, donc ça va prendre un peu plus de temps. Par exemple une jeune fille qui n'a jamais pris de pilule, on a besoin de lui expliquer le mécanisme de la pilule, de lui expliquer comment il faut la prendre, avec la régularité, comment... Voyez, toutes sortes de choses. Les choses qu'il ne faut peut-être pas associer avec la pilule, les interactions, les choses comme ça. Et puis s'il s'agit d'une jeune femme qui a déjà pris la pilule, bon ben à ce moment là, le renouvellement c'est moins compliqué.

Est-ce que vous avez une contraception pour une jeune femme ? Proposez-vous tout l'arsenal thérapeutique ?

De toute façon… Je vous dis, soit elles viennent avec l'idée déjà de prendre la pilule, ce qui est le plus souvent le cas.

Elles ont une demande précise ?

En général elles ont une demande, elles viennent parce que c'est le moment de prendre la pilule quoi. Ou alors, non des fois elles n'ont pas d'idée précise sur la question, mais c'est plus rare, c'est plus rare. En général, c'est quand même... Elles viennent avec ça. Alors on peut leur proposer d'autres moyens de contraception, moi ça m'est arrivé cette semaine, j'ai une jeune fille qui prenait la pilule, elle venait pour le renouvellement, et puis il se trouve qu'elle a d'autres problèmes de santé par ailleurs, elle a des migraines cette jeune fille et elle avait en plus un problème où la prescription de la pilule, elle a des angiomes cérébraux. Bon alors tout ce qui est pathologie vasculaire cérébrale, bon, on fait attention. Elle avait des migraines. Elle avait déjà... Si vous voulez, on lui avait déjà donné la pilule, bon précédemment, et attention, bon il doit y avoir peut-être des précautions à prendre, et je suis pas sûr que le fait d'avoir des migraines, d'avoir des problèmes d'anévrisme ou d'angiomes cérébraux, ce soit forcément la meilleure contraception. Donc c'est pour ça, je crois qu'il faut... Alors à ce moment-là je lui ai expliqué qu'il y a d'autres moyens, qu'il y a le stérilet, même pour les nullipares, maintenant, y a l'anneau vaginal, mais ça c'est un peu pareil, c'est un peu comme la pilule, l'Evra® c'est un peu pareil, c'est quand même des œstresprogestatifs, y a l'implant, vous voyez, y a la pilule micro-progestative, y a des choses comme ça. J'essaie de voilà... Mais le plus souvent la jeune femme, ou la jeune fille vient avec l'idée : qui est « est-ce que vous pouvez me prescrire la pilule », voilà. Y a une demande en général, hein, il y a une demande. Ou alors à l'occasion, elles viennent pour autre chose et en même temps elles me disent, « tiens j'aimerais prendre la pilule », voilà, « est-ce que vous pouvez me la prescrire ? ». Voilà, pas de problèmes.

Qu'est-ce que vous proposez comme contraception d'urgence ?

Ben y a la pilule, y a Norlevo®, ou l'autre dont je me rappelle plus le nom, celle qui a une durée d'action plus longue encore... Y en a deux sur le marché. Y a le Norlevo® qui est plus connu puis un autre dont j'ai oublié le nom, que je prescris de temps en temps... Ça va me revenir... Ca c'est la contraception d'urgence quoi. Quand elles ont eu un rapport à risque la veille, ou le jour même, bon je leur propose ça quoi, et je propose même Norlevo®, à des jeunes femmes, ou des jeunes filles, surtout des jeunes filles, à qui je prescris la pilule la première fois. Je leur dis : « attention, si vous oubliez de prendre la pilule, sachez (parce que ça peut arriver les oublis, surtout quand c'est la première fois) qu'il existe la pilule du lendemain » et je la marque sur l'ordonnance, en dessous de la pilule X, je mets ensuite Norlevo®. Parce qu'elles savent que si au cas où, je leur dis « vous oubliez un jour ou deux, attention ça dépend à quel moment du cycle ça tombe, mais vous risquez de vous retrouver enceinte, et à ce moment là, si c'est le cas, sachez que... Parce que c'est pas parce que vous en prenez deux le lendemain, etc, que ça a les mêmes garanties » Alors je leur dis : « prenez le Norlevo® ». Alors ça va leur perturber le cycle, ça va foutre un peu le souk, mais au moins y a pas de risques de se retrouver enceinte contre leur gré et d'être obligée de faire une IVG quoi. Parce qu'il y a toujours autant d'IVG qu'avant, hein. Donc c'est la preuve que la contraception doit pas être forcément très bien suivie. C'est sûr.

Qu'est-ce que vous pensez du DIU en tant que contraception d'urgence ?

Ah c'est une contraception intéressante, bien sûr.

Ça vous arrive de le proposer ?

Ça m'est arrivé oui, ça m'est arrivé, mais faut que ça puisse se faire rapidement, trouver un confrère gynécologue. Moi je pose pas les stérilets. J'ai des confrères généralistes qui en posent, mais moi j'en pose pas. Par contre je pose les implants, mais pas les stérilets. Oui ça peut être une contraception intéressante, oui bien sûr.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer ?

Je crois que... Honnêtement je sais pas exactement dans quel délai, je pense qu'il faut pas attendre la nidation voilà c'est tout.

C'est cinq jours.

Oui c'est ça, c'est une question de temps de la nidation.

- **CONTRACEPTION ET DIU**

Quelles informations vous donnez aux patientes sur les DIU ?

Les patientes... Les nullipares ou les... ?

Les jeunes femmes.

Je leur dis qu'il y a deux types de stérilet, il y a le stérilet à la progestérone, le Mirena®, et puis y a le stérilet au cuivre et puis voilà. Donc l'un est peut-être plus intéressant parce qu'il n'y a pas les problèmes de règles, avec le Mirena®. Donc les saignements qu'il peut y avoir, il y a une sécurité importante, plus importante je crois qu'avec le stérilet au cuivre. Après voilà, mais je crois que pour les nullipares il y a que le stérilet au cuivre. Y a pas de Mirena®, Mirena® c'est pas pour les nullipares. Bon après le leur explique le mode de fonctionnement, tout ça...

Les avantages, les inconvénients ?

Les inconvénients… Si la sécurité est assez, oh je me rappelle plus de l'indice de Pearl du stérilet, que ce soit Mirena® ou ceux au cuivre, mais c'est une bonne sécurité quand même, pis on a fait des progrès quand même. Parce qu'il y avait des stérilets, je parle de ça il y a 20 ans ou plus, on savait qu'il y avait quand même des grossesses sous stérilet ça arrivait. Bon des fois il peut y avoir des rejets, mais s'il est bien posé, en général, y a pas de problèmes. Encore une fois moi je les pose pas, alors... Moi ce que je fais, je propose après la contraception. Si je pense que la pilule est contre-indiquée, ou disons sans être vraiment contre-indiquée, mais c'est pas la meilleure indication, je prends par exemple, le cas le plus fréquent c'est les jeunes filles qui fument, voilà, donc si vous voulez vous avez la moitié des filles qui fument, bon peut être pas la moitié, mais beaucoup quoi qui fument, et elles viennent me demander la pilule ou le renouvellement de la pilule. Bon ben, on est toujours mal à l'aise, parce que logiquement, on devrait pas leur prescrire la pilule : mais comment faire ? C'est ça, si on prescrit pas la pilule nous, de toutes façons elles iront voir un autre médecin, de toutes façons il y aura toujours un médecin qui va prescrire la pilule qui va pas forcément leur poser toutes les questions hein, y en a qui s'en foutent, et y en a qui s'en foutent pas. Donc... C'est difficile, moi le problème, c'est ça, c'est les contre-indications relatives. Les contre-indications absolues, bon c'est les accidents thrombo-emboliques, les accidents vasculaires, tous les...

Bon voilà les choses comme ça. L'hypertension artérielle aussi. Enfin voilà, des choses comme ça. Et puis relative, le tabagisme c'est vraiment la contre-indication relative. C'est ça.

Et ça sur les contraceptions hormonales, et après, sur les autres types de contraception, et notamment sur le DIU, est-ce que ça peut vous arriver de le contre-indiquer ?

De le contre-indiquer ? Ben c'est des patientes qui ont des antécédents… Moi je pense qu'il faut le contre-indiquer aux patientes qui ont des risques d'infection utéro-annexielle. Donc ça veut dire qu'une patiente qui a une vie sexuelle débr… Qui n'a pas qu'un partenaire, qui a une vie sexuelle un petit peu… Un peu à droite ou à gauche, je pense qu'il faut pas lui prescrire un stérilet. Le risque d'IST est à mon avis beaucoup trop important, et avec un stérilet à mon avis c'est pas le top. Je pense qu'il faut le donner à quelqu'un qui a une vie sexuelle bien stable, voilà, qui a un partenaire et puis voilà. Ça je pense que là, oui. Et là aussi, on connaît pas. La patiente vous dit bien ce qu'elle veut bien vous dire, c'est comme pour le tabac. Moi le tabac, bon moi j'ai mon odorat, et j'arrive à repérer quand même celles qui ont un tabagisme. Mais c'est vrai que des fois une fille qui fume cinq, six cigarettes par jour je vais pas le deviner c'est pas possible. À partir de 10-12-15 cigarettes, là bon, vous commencez à le sentir à l'haleine, tout ça, mais sinon... Et à mon avis même cinq, six cigarettes par jour c'est de toute façon déjà nocif, même cinq, six cigarettes par jour déjà, alors c'est ça le problème. Et à ce moment-là bon bah on leur dit, « y a les autres moyens de contraception, y a le stérilet, y a la pilule Cerazette® par exemple, ou alors l'implant » des choses comme ça. Le stérilet, mais, c'est quand même pas facile à placer. Le stérilet c'est pas encore très facile à placer.

Pourquoi ?

Parce que pour elles si vous voulez c'est quelque chose qu'on va leur mettre dans… C'est un peu comme l'implant pour certaines, y en a qui me disent « oui, mais c'est quelque chose qu'on me met dans mon corps ». Le stérilet, « on me met quelque chose dans mon corps » aussi. Alors que en fait quand elles ingurgitent leurs œstroprogestatifs tous les jours, ça rentre dans leur corps aussi. Mais voyez c'est ça, y a pas un corps étranger dans le... Voilà...

Le corps étranger c'est une réticence ?

Je pense que ça doit être une réticence oui. Mais la pilule, si vous voulez c'est tellement rentré dans les mœurs. C'est efficace, c'est commode... Y en a… Je ne sais pas, je connais pas les statistiques, quel est le pourcentage de nullipares, qui ont un stérilet ?

Moins de 1 % en France.

Eh bien voilà, c'est vite vu, vous voyez, c'est vous qui me l'apprenez parce que vous êtes plus au courant que moi puisque c'est l'objet de votre thèse. Donc voilà c'est bien la preuve que c'est difficile à placer. Alors le reste donc qu'est-ce qu'il va y avoir ? Ben les autres c'est quoi les 99% ? Il va y avoir à mon avis 80% pour la pilule, ensuite il va y avoir l'implant, y en a pas mal qui ont des implants, surtout qu'il est pas très compliqué à placer, le nouveau Nexplanon®, il est relativement facile.

Les implants ça fait une dizaine d'années que j'en prescris, une dizaine d'années. Alors y en a c'était des nullipares, c'est d'autres des multipares, d'autres qui voulaient plus avoir à prendre

la pilule tous les jours et qui l'oubliaient et qui trouvaient ça contraignant. Donc voilà, donc c'est un truc intéressant.

Est-ce que vous posez des DIU ?

Non, non non.

Vous en avez jamais posé ?

Non j'ai jamais voulu en poser pour une simple et bonne raison, c'est pas que la technique soit difficile, c'est qu'il faut être équipé, alors plus maintenant, mais à l'époque il fallait être équipé d'un matériel de réanimation, et il fallait avoir de l'oxygène, fallait avoir un Ambu® théoriquement. Et je sais pas si pour l'instant il faut pas encore tout ce matériel. À l'époque on nous l'imposait. Ce qui fait qu'après j'ai laissé tomber, et puis j'ai pas si vous voulez, j'ai pas suffisamment une clientèle, importante pour ça peut-être. Des jeunes femmes qui veulent se faire poser des stérilets. Vous me direz c'est comme tout, si on le propose, on en aura plus.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Ah je pense que c'est pas mal. D'ailleurs je le propose hein.

Et comment ça se passe ?

Si je les pose pas, j'adresse à un de mes confrères gynécologue, ça y a pas de problème, je fais un courrier pour un de mes confrères ou une de mes consœurs qui voilà, qui leur posera. Y a pas de problème. Non je suis tout à fait ouvert, c'est pas parce que je les pose pas, que je suis pas du tout pour ce type de contraception. Je pense qu'effectivement, pour moi, quand j'ai une jeune femme qui a des contre-indications… Je vous parlais tout à l'heure des migraines, j'aime pas trop la pilule pour… Les grosses migraineuses, j'aime pas trop leur prescrire la pilule, j'aime pas trop. De toute façon la pilule c'est bien connu, c'est un médicament qui est un facteur de risques cardio-vasculaires en lui-même. De toutes façons, comme toutes les hormones, quasiment tous les traitements hormonaux ont un risque cardio-vasculaire, quasiment tous. Donc je pense que donc celles-là, celles... Les tabagiques, les hyper… Les filles qui ont de l'hypertension, bon c'est pas trop fréquent, mais ça peut arriver.

Plutôt en seconde intention ? En première intention ?

Oh je crois que c'est plutôt en seconde intention. Je crois qu'on prescrit facilement les pilules quand même. Parce que je vous dis, elles viennent pour ça.

Est-ce qu'il y a un critère d'âge ? Pour proposer le stérilet pour vous ?

Je pense que je le proposerais pas à une toute jeune fille. Je pense qu'il faut... Je pense qu'il faut qu'elle ait déjà une vie sexuelle relativement rangée, pour les raisons qu'on a dit tout à l'heure, d'infections, d'IST quoi. Et je crois qu'il y a une question d'acceptation, la jeune fille je crois qu'elle est pas encore prête pour avoir justement peut-être ce corps étranger en elle, j'ai l'impression. Je sais pas si... Je sais pas, est-ce qu'on a fait des enquêtes d'opinion, pour savoir quel était la... Si ce mode de contraception qu'est le stérilet avait la faveur des jeunes filles.

Vous, si vous le proposez, comment elles réagissent ces jeunes filles ?

Elles disent « oui pourquoi pas », mais je pense qu'elles éludent.

D'accord.

On a plus de possibilité de le faire accepter par des jeunes femmes, que par des jeunes filles. Mais récemment j'en ai parlé, justement à une jeune fille, oui parce qu'elle est assez jeune cette fille, je crois 22 ou 23 ans. Et elle avait des migraines, elle avait, je ne sais plus si c'était angiome, je crois que c'était angiome. Des choses comme ça si vous voulez, pilule, ça me plaît pas trop vous voyez. Donc elle, je lui ai proposé. Après, pour l'instant elle était pas chaude pour ça. Donc là on est sur quoi ? On est sur des pilules les plus faiblement dosées, donc qu'est-ce que je donne, une pilule de deuxième génération, y en a pas cinquante, vous avez Minidri®, vous avez ensuite moins dosée Leeloo®, c'est du 20µg, petite dose, voilà, y a pas tellement de... Y a pas beaucoup de choix ; l'idéal, Minidril®, ou... Qu'est-ce qu'il y a, Tinordiol®, c'est vite fait, y en a pas tellement des pilules. Toutes les autres pilules, c'est toutes des 3ème ou des 4ème génération, tout ce qui est sorti. Alors c'est sûr que maintenant qu'on nous dit qu'il y a un risque vasculaire légèrement supérieur. Parce que entre nous, entre la pilule de deuxième génération et la troisième génération, je sais pas quel est l'intervalle de risque, mais il est pas énorme. Mais c'est vrai qu'il y a un risque supérieur, alors on va plus maintenant proposer en première intention une troisième génération voilà. Et pourtant moi j'ai plein de patientes qui prennent des troisième génération, et c'est pas parce qu'on nous dit qu'il y avait eu quelques cas d'AVC qu'on va forcément remplacer cette troisième génération par une deuxième. Si cette patiente la tolère bien, si elle ne fume pas, si y a pas de... Je veux bien moi qu'on la prescrive pas en première intention, mais si elles la prennent déjà. C'est ça...

C'est compliqué

C'est compliqué, si une jeune femme, ou si une femme, ou une jeune fille, tolère bien tel type de pilule, et qu'il y ait pas vraiment de contre-indications à cette pilule, on est mal placé nous pour la changer aussi. On est mal placés.

Est-ce que vous avez des retours, des effets indésirables, des complications, de DIU posé chez la nullipare ? Quelle est votre expérience, de tolérance ?

Oh y a pas de... Des saignements, oui des saignements. J'ai enlevé un stérilet il y a quelques mois à une jeune femme, que je voyais pour la première fois d'ailleurs. Je lui ai pas enlevé la première fois, je lui ai dit « vous reviendrez pour... », parce qu'elle voulait plus ce stérilet, parce qu'elle avait des pertes, des vilaines pertes, un peu brunâtres, tout ça. Et en plus comme elle était d'origine, elle était d'origine africaine, et bon, c'est vrai qu'elle pouvait avoir, des relations peut être moins... Sécurisées quoi disons, des relations sexuelles moins sécurisées disons. Bon elle me dit « je veux me le faire enlever » bon bah je l'arrange, je l'ai convoquée pour quelques jours après je lui ai enlevé son stérilet voilà. Parce qu'elle, elle invoquait ces pertes, elle me dit « j'ai des pertes, c'est peut-être infecté, tout ça » bon c'est vrai que j'avais pas la certitude qu'il y ait pas un risque d'infection utéro-annexielle. Donc je me suis pas fait prier pour le lui enlever. Et là, je lui ai marqué, alors je sais plus quelle pilule, j'ai dû lui donner une pilule genre Leeloo®, ou un truc comme ça, une deuxième génération,

voilà. En lui expliquant le système de la pilule du lendemain, toujours. Sinon, j'ai un certain nombre de patientes qui ont des stérilets, mais c'est vrai qu'il y en a un peu plus qu'avant qui sont des nullipares et des jeunes, c'est vrai il y en a un peu plus. Jusqu'à présent j'ai pas eu de problème avec les patientes qui avaient ce style de contraception.

Pas de chose particulière, d'accord.

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Oh le risque d'une perforation utérine, c'est tout. Sinon enfin, en général on a un hystéromètre... Il y a plus de risques chez une nullipare.

Pourquoi ?

Ben il y a plus de risques parce que l'utérus est souvent plus petit, et la cavité utérine est souvent plus petite. Donc il faut bien prendre les bonnes mesures, il faut avoir les stérilets qui conviennent. Je sais pas, moi je vous dis comme je les pose pas, je suis pas suffisamment pointu dans ce domaine.

Chez une mineure ? La pose d'un DIU chez une mineure, ça vous dérange ?

Ça je le ferai jamais, oui.

Pour quelles raisons ?

Pour des raisons médico-légales, parce que si il y a un pépin, je suis sûr qu'on va me tomber dessus à bras raccourcis. Là je crois que prendre le risque chez une mineure de lui mettre un stérilet, à mon avis... Ca je pense qu'il faut vraiment être bien sûr de soi. Parce que s'il y a un pépin, là on vous le pardonnera pas.

Il y a un texte de loi qui autorise la pose d'un DIU chez la mineure même sans l'autorisation parentale.

Oui oui oui, mais s'il se passe quelque chose vous êtes dans la merde jusqu'au cou, là les parents ils vous… Ils vous traînent devant les tribunaux. Autant la pilule c'est quelque chose de… C'est pas anodin, mais c'est pas quand même la pose. Le risque d'un accident. Et puis vous posez un stérilet, la personne fait un choc, un choc vagal, ou une syncope, un truc important. Vous êtes obligé d'appeler le SAMU à la rescousse. Ah si c'est une mineure, vous êtes mal ! Là on est mal. Enfin je sais pas moi, peut-être que j'ai des confrères qui le font, mais moi je trouve que c'est à leurs risques et périls de poser à une... Puis je ne sais pas, ça me... En plus une mineure qui a une vie génitale, une vie sexuelle. Peut-être qu'elle va avoir une vie sexuelle débridée, sans précaution, avec le risque de... Parce que si elle attrape une IST, comme une histoire de chlamydiae ou mycoplasme, ça va flamber avec ça, moi je pense que ça va flamber. Oh oui avec le stérilet, alors là...

Alors non ?

Ah non non non, moi ce serait non alors là non, ça c'est catégorique. Même si je posais des stérilets, j'en poserais jamais à une mineure. Bon si elles veulent, elles vont au planning familial, elles font ce qu'elles veulent, d'ailleurs je leur donne d'ailleurs les... Je les oriente au planning familial, je suis pas du tout, je refuserai jamais l'aide à une jeune fille ou une jeune femme. Même si j'en posais, parce que je le fais pas.

- **RECOS ET ETAT DES LIEUX**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.
Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.
La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Les américains c'est à quel pourcentage ?

Ils doivent être à 16 ou 17 %. Ce sont les chinois qui sont le plus en avance puisqu'ils sont à 40 % d'utilisation du DIU, chez la nullipare.

Oui, mais alors chez les chinois c'est différent. Chez les chinois, vous avez pas le droit d'avoir un deuxième enfant. Donc alors on les force, à se faire placer un stérilet, et si possible si on pouvait leur faire poser un implant, encore mieux. C'est ça le problème, c'est une question de société, c'est pas pareil.

Mais est-ce que c'est pas que la méthode est efficace ?

Alors moi ce que j'aimerais savoir : quel est le taux d'échec, actuellement. Vous avez peut être les derniers chiffres moi je les ai pas. Le taux d'échec de la pilule, et le taux d'échec du stérilet ?

Une pilule prise correctement, elle sera plus efficace qu'un DIU. Mais dans la réalité, une pilule prise correctement, dans la réalité, le DIU sera plus efficace que la pilule.

Globalement si vous prenez une population, vous prenez mille patientes qui sont sous stérilet, mille patientes qui prennent la pilule, sans savoir si elles la prennent régulièrement ou pas. Quel est le taux d'échec ?

Ben c'est le nombre d'IVG après...

Voilà... Et le nombre d'IVG il a pas diminué ?

Ben non

Donc ça veut dire que quelle que soit la méthode utilisée, et comme la pilule malgré tout est la méthode la plus utilisée, puisque je sais pas vous diriez quoi... C'est quoi ? Peut-être 80 % vous croyez ? Parce qu'il y en a qui utilisent le préservatif aussi quand même, il y en a qui se servent de préservatifs hein, il y en a qui ont le diaphragme, bon c'est plus utilisé maintenant ça c'est fini, terminé, qu'est-ce qu'il y a… Bon après il y a le stérilet, il y a l'implant, tout ça, bon. C'est sûr que quand vous voyez que étant donné que la méthode la plus utilisée c'est la pilule, et que il y a toujours autant d'IVG en France, ça a pas baissé hein je crois les chiffres, vous avez peut-être les derniers chiffres, ça a pas baissé hein globalement. Donc ça veut dire que

quelque part la contraception n'est pas bien suivie. Et c'est vrai qu'on pourrait se dire bah peut-être qu'il vaut mieux un stérilet bien placé qu'une pilule mal prise. C'est pas facile de faire rentrer dans les mœurs ça.

Justement, comment est-ce qu'on peut essayer de changer cette pratique ? Est-ce qu'il faut changer et comment on pourrait faire ?

Ben il faudrait peut-être que ça commence assez jeune, leur expliquer peut-être... Mais c'est notre rôle à nous, mais c'est également le rôle peut-être dans les cours, on leur fait bien des cours au lycée, au collège...

L'information des jeunes femmes ?

Peut-être former les jeunes gens, les jeunes filles, les jeunes garçons, tout ça, tous ces gens là ils faut les former à la contraception. Et les garçons aussi, parce qu'on peut leur en parler, parce qu'ils sont quand même partie prenante même si c'est pas eux qui se font placer le stérilet ou prennent la pilule, bah peut-être quand même... Mais il faut informer les jeunes filles, on les informe peut-être pas assez. Mais elles viennent nous voir, à ce moment là pour la pilule. On leur dit, il y a la pilule, il y a d'autres moyens de contraception.

Et est-ce qu'elles ont l'air d'avoir ces informations, de votre expérience ?

Il y en a qui l'ont... Sur les stérilets, qu'on peut le mettre chez les nullipares...Il y en a qui l'ont, d'autres qui l'ont pas... Je peux pas répondre à cette question, et quel pourcentage je ne sais pas... Mais il y en a qui sont au courant qu'on peut mettre des stérilets aux nullipares et y en a qui en ont, donc c'est bien la preuve que ça se sait. Mais il y en a pas beaucoup, de toutes celles que j'ai vues qui ont des stérilets, j'en ai peut-être vu des nullipares... Deux ou trois... Deux peut-être je sais pas, j'en sais rien, honnêtement j'en sais rien. Mais j'en ai vues, mais très peu, très très peu.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à en poser ou à le proposer en tout cas plus ?

Je crois que c'est… À mon avis si vous voulez ce sont les contre-indications, c'est les contre-indications... Je pense en grande partie déjà le tabagisme. Parce que ça à mon avis c'est une calamité, le tabagisme chez les jeunes filles. Je regardais une émission à la télé y a deux jours, d'investigation sur Canal, sur le tabagisme, mais c'est affreux, enfin affreux. Encore nous, on est pas en Indonésie, heureusement. Mais ça, je pense que c'est pour moi un facteur de risque pour la santé des jeunes femmes, des jeunes fille. Un facteur de risque tel, qu'on se doit de mettre en garde toutes ces jeunes filles ou jeunes femmes contre le risque d'associer pilule et tabac. Ça à mon avis on doit les mettre en garde. Alors je leur dis moi « maintenant faut choisir, prendre la pilule ou fumer, les deux à la fois c'est pas vraiment compatible », bah je dis « je suis obligé peut être de prescrire encore la pilule, mais je vous dis, je vous mets en garde, je vous mets en garde, ça n'arrive pas qu'aux autres » et à ce moment là bon je leur dis « bah oui il peut y avoir encore une autre méthode, il y a le stérilet entre autres par exemple ». Mais je crois que les contre-indications, pour moi la plus importante, ah ouais, c'est le tabac. Parce que je sais pas, je disais tout à l'heure, peut-être la moitié qui fume, j'irai peut-être pas jusqu'à dire la moitié, mais je sais pas, il y a bien 30 ou 40 % des jeunes filles qu'on voit maintenant qui fument. Hein ?

Probablement

Beaucoup, beaucoup hein ? Je sais pas... Votre génération voyez-vous hein... Autour de vous... Bon c'est des étudiantes en médecine, alors bon y a peut-être moins déjà de tabagiques... Et encore, et encore, et encore, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on fume pas, loin de là, ça se saurait. Et je pense que ça puis bon, les autres contre-indications... Bah celles qui sont aussi distraites, qui oublient. Bah les pilules, il y a les pilules même qui sont en continu. Je pense qu'il faut peut-être développer cette méthode de contraception.

Et comment on peut le faire ? Comment on peut le développer ?

Bah c'est à nous d'avoir ce discours là, de le dire hein. On est aux premières loges hein. Si nous, on le propose pas... Il faut… Moi quand je vois une patiente pour la première fois reprendre une... Pour une prescription de contraceptif, de contraception, je lui explique les moyens de contraception qu'il y a. Bon alors, en général elle va me dire « oui, mais moi je voudrais prendre la pilule ». Bon bah d'accord, mais je lui dis « attention il y a pas que ça. Et si vous avez des facteurs de risque à coté, faites attention ». Je leur pose la question : « si leur mère a fait un cancer du sein », parce que je suis pas sûr qu'il y ait pas un lien... Parce qu'avec tous les perturbateurs endocriniens qui envahissent notre vie de tous les jours et la prise de la pilule chez les femmes, il est pas sûr que l'augmentation du cancer du sein soit pas un peu liée à… Vous voyez... À ça hein... Parce que c'est quand même, attendez, les femmes qui ont 50-60 ans, où c'est celles qui font en ce moment des cancers du sein c'est la génération pilule hein. Donc allez savoir si... On a pas fait d'étude hein.

Je pense que ça va venir...

Ça va venir, il faut que ça vienne. Parce que si on... Parce que c'est quand même alarmant hein. Vous savez qu'une femme sur huit maintenant fait un cancer du sein. Vous prenez un groupe de huit femmes là, qui ont 40 ans et sur les huit femmes, vous savez qu'il y en a une au moins sur les huit qui va faire un cancer du sein dans les dix ans qui viennent, à peu près. Qui arrivera à la ménopause, qui va faire un cancer du sein. Une sur huit ça fait beaucoup hein. Donc je pense qu'à ce moment là, peut-être que la pilule c'est pas forcément encore le meilleur moyen de contraception. On sait pas. De toutes façons à partir du moment où on donne un traitement hormonal, on est pas... On connaît pas les conséquences à long terme de ce traitement. Et la pilule est un traitement hormonal. C'est pour ça moi je le dis « attention c'est un médicament que vous prenez, c'est un traitement, c'est pas un petit bonbon comme ça qu'on prend tous les jours et puis tac c'est pratique ça évite de tomber enceinte. Je dis « attention vous prenez un médicament, et ce médicament il y a des contre-indications, il y a des risques ». Après... Mais on doit, si vous voulez, avertir les patientes. Parce que je crois que moi la prescription de contraception ça me prend une demi-heure moi, une demi-heure ça me prend.

C'est des consultations qui sont longues...

C'est une consultation longue... La première hein j'entends. Après le renouvellement, bon si la patiente vient, et me dit : « ca m'arrive régulièrement » voilà « renouvellement de la contraception » je leur pose quelques questions, je leur reprends de temps en temps la

tension, si elles ont pas de bilan biologie depuis trois, quatre ans je leur conseille des fois d'en faire un... Voilà. Mais sinon c'est une consultation qui est un peu longue. Parce que si à mon avis si y a autant d'IVG, d'interruptions de grossesse, c'est que peut-être on a pas fait notre travail, nous en amont. Peut-être qu'on a pas expliqué ce que c'était vraiment la pilule, comment il fallait faire pour éviter d'avoir des mauvaises surprises. Parce que moi j'en ai encore plein que je vois hein. Qui viennent après des retards de règles, grossesse non désirée. Des fois, la grossesse est non désirée et elles gardent l'enfant ; puis des fois, bon bah ça arrive au centre d'orthogénie, au centre IVG quoi hein. Et je pense que si nous au départ on avait peut-être bien fait notre travail, voilà... Peut-être les parents aussi, les mères de ces jeunes filles, il faut peut-être qu'elles en parlent aussi.

Elles en parlent pas avec leur maman ?

Bah c'est un tort. C'est un tort. Il faudrait peut-être qu'elles communiquent avec leur mère un petit peu sur ce sujet là. Parce que ça commence là.

Avec qui elles communiquent, les jeunes filles et les jeunes femmes sur la contraception ?

Leurs copines.

Les copines...

Donc on tourne en rond... On tourne en rond. Voilà. Et à mon avis c'est pour ça qu'il y a des mauvaises idées, des idées reçues sur la pilule. Y a des tas de choses hein. Et je pense que oui, un manque d'information. Je suis persuadé que s'il y avait une meilleure information, si les pouvoirs publics se donnaient la peine de faire... De donner une meilleure information, il y aurait peut-être moins d'IVG. C'est pas normal, je sais pas combien y en a chaque année, y a autant que de naissances. Y a autant d'IVG que de naissances.

Y en a beaucoup trop c'est sûr...

Y a combien de naissances en France ? 300 000 ? 350 000 quand même, je sais plus ? Des IVG y en a … Alors c'est très bien, on rembourse l'IVG, maintenant ils font ce qu'ils veulent... Mais bon très bien... Il faut peut-être informer, informer...

Alors notre sujet est de déterminer les freins à la diffusion du stérilet chez la jeune femme nullipare en médecine générale.

Le frein ?

Les freins.

Les freins, je pense qu'elles ont peur que ce soit pas assez efficace. Peut-être dans leur esprit c'est moins efficace, parce que c'est vrai qu'à une époque, on le disait, et voilà. Deuxièmement, la peur peut-être des infections, la peur des saignements. Puis la peur d'avoir un corps étranger à l'intérieur de soi. Je sais pas, est-ce que vous voyez d'autres...

C'est à vous que je demande...

Oui, non bien sûr, mais je crois avoir répondu. Après, c'est sûr que... Aucun moyen de contraception n'est parfait. Pas plus le stérilet que la pilule, mais le stérilet est une bonne alternative, à mon avis, à la contraception orale. Même si moi, même je ne suis pas... Même si moi, je ne les pose pas. C'est pas parce qu'on fait pas une chose qu'on est opposé à cette chose là. Je pense que l'honnêteté intellectuelle c'est de savoir passer la main à quelqu'un

d'autre voilà, si on veut pas s'en charger. On peut pas tout faire. Je pose des implants, parce que bon... Voilà... J'aurais pu me mettre à poser des stérilets c'est vrai, aussi bien parce que c'est pas bien compliqué non plus... Voilà je sais pas si j'ai pu répondre à vos questions...

Oui c'était très bien, merci.

Entretien n°20

- **CONTRACEPTION**

Lors d'une première consultation pour contraception chez une jeune femme, que proposez-vous ?

Comme médicament ?

D'une manière générale, la consultation comment ça se passe... C'est une jeune femme qui vient pour une demande de contraception...

Moi je fais une consultation classique... Euh... Qu'est-ce que je propose ?

Oui, vous discutez avec elle ? Elle vient avec une demande précise ? Comment ça se passe en général ?

Euh...(rires)… Comme médicament ? Comme ? Bah moi je pars sur les antécédents, personnels et familiaux. Si elle avait déjà une... Enfin si c'est une première contraception.

Oui, c'est une première consultation là dessus, première contraception.

Pour une première contraception... Bah s'il y a des enfants, ou si y a pas d'enfant.

Et qu'est-ce que vous allez lui proposer comme contraception ?

Ça, ça c'est variable hein.

Et ça dépend de quoi ?

Pilule... Pilule, mais je parle aussi des patchs, les stérilets non, enfin bon je propose...

Est-ce que vous allez présenter tout l'arsenal contraceptif à toutes les jeunes femmes ou est-ce que... ? Comment ça se passe ? Vous sélectionnez en fonction de... ?

Bah tabac, pas tabac déjà. Sachant que moi, si y a tabac avec plus de 10 cigarettes/jour : pas de pilule tant qu'elles ont pas baissé. Après... Moi de toute façon je prescrivais surtout des 2ème plus que des 3ème si c'est le…

Pas forcément non.

Et sans le tabac vous allez partir sur autre chose, sinon d'une manière générale ça va être sur une contraception orale ?

Oui contraception orale.

Est-ce qu'elles viennent avec des demandes précises les jeunes femmes ?

Non pas forcément, moi je discute pas mal en fait hein. C'est des consults qui durent ½ heure en général. En fonction de ce qu'elles veulent et des peurs.

Qu'est-ce que vous proposez comme contraception d'urgence ?

Du Levonorgestrel.

Est-ce que ça arrive fréquemment ?

Moi j'en mets sur l'ordonnance des pilules. Enfin je leur propose, et puis même si elles disent non, je le mets. Qu'elles les prennent ou pas, mais qu'elles aient l'ordonnance.

D'accord, que pensez-vous du dispositif intra-utérin en tant que contraception d'urgence ?

Non.

Pourquoi ?

Enfin moi je les pose pas déjà donc voilà, ça c'est la première chose. Et puis en général c'est des super jeunes, et puis elles viennent plus tard hein, enfin moi je les vois pas tout de suite. C'est pour ça que je leur mets la pilule du lendemain sur l'ordonnance.

D'accord, et vous les voyez après en fait ? Une fois qu'elles ont pris leur pilule ?

Je les vois pour des βHCG après, pour savoir, souvent. Enfin j'en vois pas beaucoup.

Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer le DIU ?

C'est cinq jours non ?

Oui

J'ai fait le DU de contraception, donc j'ai quelques restes.

Donc ça vous arrive pas fréquemment ça ? Vous avez pas d'expérience sur le stérilet en tant que contraception d'urgence ? Et en général elles reviennent après du coup, elles viennent pas pour une demande de contraception d'urgence ?

Elles viennent après pour être sûres que c'est bon.

- **<u>CONTRACEPTION ET DIU</u>**

Alors un peu plus spécifiquement sur le DIU, quelles informations vous donnez aux jeunes femmes sur le stérilet ?

Comme première contraception ?

D'une manière générale.

D'une manière générale, j'ai un exemple que je leur montre, déjà. Pour qu'elles aient une idée parce qu'elles, en général y a une grosse grosse angoisse. Moi je suis assez pour hein, je les pose pas, je pense que je vais m'y mettre parce que je commence juste. Comme information... Bah après ça dépend vraiment aussi des règles, enfin je leur explique cuivre... Parce qu'il y en a qui veulent pas d'hormones aussi donc stérilet au cuivre c'est pas mal. Bon sauf que si elles saignent déjà c'est pas possible. Moi des primipares, je suis quand même pas... Pas trop... Enfin si elles demandent, je pousse complètement, mais si elles demandent pas j'insiste pas trop.

Et vous le proposez ? Ou pas ?

Alors moi j'en parle hein, j'en parle en systématique, mais je pousse pas trop après derrière.

D'accord... Les avantages, les inconvénients pour vous c'est quoi ? Ce que vous allez leur exposer ?

Bah les oublis de pilule. Enfin la première chose c'est ça. Inconvénients... Le cuivre c'est les saignements. Y a les grossesses sous stérilet, mais ça je leur dis pas. L'inconvénient surtout ça hein. Après faut pas qu'il y ait des rapports à risques, il faut pas qu'il y ait risques infectieux derrière.

D'accord, comment orientez-vous le choix du DIU ? Cuivre, Mirena® ? Est-ce que c'est vous qui faites le choix ? Comment ça se passe ?

Bah déjà en fonction des saignements. Ça c'est vite vu de toute façon. Oui moi je les oriente. Quand elles demandent je les oriente oui.

Vers qui ?

Le gynéco, enfin je leur donne un peu mon avis avant qu'elles aillent voir le gynéco.

Est-ce que ça vous arrive de le contre-indiquer ?

Moi ça fait un an que je suis installée donc j'ai pas beaucoup d'expérience, c'était un monsieur avant moi donc elles ont toutes une gynéco les femmes.

Est-ce que vous posez des DIU ? Est-ce que vous en avez déjà posés ?

J'en ai jamais posés, j'en ai jamais vus en fait. Je suis passée en pédiatrie en fait.

Donc le pourquoi c'est parce que vous avez jamais été en...

Parce que je suis pas passée en gynéco en fait.

- **DIU ET NULLIPARITE**

Que pensez-vous du DIU chez la nullipare ?

Sur le principe je suis tout à fait pour, après y'a tellement de résistance que... Moi je leur explique, moi je leur en parle à chaque fois en tout cas. Si elles oublient pas la pilule, si… Voilà...

Les résistances, elles viennent... ? Elles viennent avec leur… ?

Elles veulent pas, enfin elles en ont jamais entendu parler et chez les jeunes c'est la pilule, c'est pas le stérilet.

Et c'est quoi comme résistance que vous rencontrez ?

C'est qu'elles ont pas eu d'enfant et qu'elles veulent pas qu'on vienne mettre quelque chose dans leur utérus hein, je pense, enfin c'est simplement ça.

D'accord, quels sont les avantages que peuvent offrir un DIU chez la nullipare ?

Bah après les cuivres chez les gens à risque, c'est sûr que moi je pousse aussi pour hein, mais bon... Enfin quand y a des facteurs de risque cardiovasculaire, diabète ou autre... Les diabétos, ils poussent à fond pour des DIU, mais bon...

Vous vous diriez favorable ?

Ah oui oui moi je suis favorable...

...Mais pas forcément la population...

Oui

Dans quelles indications ? Je reviens un peu là-dessus... Le DIU chez la nullipare pour vous c'est quelle indication ? En première intention ?

Ben les oublis de pilule surtout.

En deuxième intention ?

En première intention si elles sont pas contre, moi je suis plus pour les stérilets que pour les pilules hein. Surtout si elles saignent pas trop et qu'on peut mettre un cuivre et qu'il y a pas d'hormones, c'est tout bénef hein.

Est-ce qu'il y a un critère d'âge ?

Non

Est-ce que vous posez des DIU chez ces patientes ?

Non

Et comment vous faites ? Vous les orientez vers un gynéco ?

Oui

Est-ce que vous avez une expérience là-dessus, sur les DIU chez les nullipares, des femmes que vous suivez qui ont un stérilet ?

Non

Donc au niveau complication ou effet secondaire ?

Non

À la question pourquoi vous ne posez pas de DIU chez la nullipare, je pense que vous avez répondu... C'est la formation ?

Oui

Qu'est-ce qui pourrait vous faire peur dans la pose d'un DIU ?

Bah moi j'ai fait le DU. Ils disent qu'il faut de l'Atropine et tout quand même hein donc toute seule ici, je suis pas très chaude quand même hein. Mais bon c'est parce que j'ai pas d'expérience hein, j'ai commencé y a un an et demi je savais pas faire un frottis, donc voila...

Et comment on peut essayer de changer ça ?

Après c'est la formation, mais en étant toute seule, enfin toute seule au cabinet, il y a des gynécos qui font ça toute la journée. Moi c'est la formation, c'est vrai que j'ai fait le DU, ils nous ont montré sur un utérus en plastique, une paire de fois, mais voilà quoi... En pratique c'est pas tout à fait pareil.

Toujours dans le cadre du DIU chez la nullipare quelle conduite vous adoptez chez la mineure ?

Euuuuh ma foi je sais pas ce qu'il faut faire, s'il faut l'autorisation des parents ou pas...

Non, il y a un texte de loi qui autorise la pose du DIU sans l'autorisation parentale

Hmm hmmm.

- **<u>RECOS ET ÉTAT DES LIEUX</u>**

Les recommandations de l'HAS de 2004 statuent que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares" et que "la parité n'est pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives". Elle s'aligne sur les recommandations de l'OMS de 2005 qui considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés et ceci également chez les femmes de moins de 20 ans.

Concernant les adolescentes, l'ACOG estime que le DIU doit être considéré comme une méthode de premier choix que ce soit pour la nullipare ou les multipares.

La France reste clairement en retard concernant l'utilisation du DIU chez les nullipares, comme en témoignent les chiffres de l'étude COCON : moins de 1 % des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

Que pensez-vous de cette situation ?

Bah moi je le vois de toute façon hein. Enfin c'est sûr qu'il y a pas d'information non plus par rapport à l'intérêt du DIU chez la nullipare hein. Enfin elles arrivent en voulant la pilule les filles, pour une première contraception. Le stérilet c'est pour les vieilles hein globalement, enfin c'est dommage, c'est des idées reçues qui sont quand même très très fortes hein.

Comment est-ce qu'on peut essayer de changer ça ?

Bah là je pense pour le coup des campagnes d'information ça pourrait...

Au grand public ?

Hmm, hmmm (acquiesce)

Donc l'information aux jeunes femmes paraît pas suffisante... ? L'information des médecins ?

Après l'éducation sexuelle, pour moi en pratique c'est pas fait, donc... Au collège, lycée, c'est là qu'il faudrait que ça se fasse... Formation des médecins, moi j'ai fait le DU, mais sinon... Sinon on est pas formé du tout.

Qu'est-ce qui pourrait vous amener vous à en poser ou à en proposer plus ?

Bah moi j'aimerais, enfin, moi j'aimerais bien en poser en fait hein. Parce que là je suis en train de mettre tout le monde sous Cerazette®, toutes mes patientes de plus de 35 ans qui fument, je les passent toutes sous Cerazette®, mais j'aimerais bien les mettre sous stérilet. Mais c'est vraiment la formation.

Et où est-ce que vous pouvez la trouver la formation ?

Moi j'ai fait le DU hein, mais après faut aller voir des gynécos, voilà quoi. Moi je suis allée voir ma gynéco elle a pas voulu quoi... Donc... C'est pas évident après...

Le sujet c'est de déterminer les freins à la diffusion du stérilet chez la jeune femme nullipare en médecine générale, est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet.

Euh non, mais je pense que c'est vrai que c'est au lycée qu'il faudrait que ça se passe hein.

Au niveau des jeunes filles...

Au niveau des jeunes filles, mais vu qu'ils ont plus de cours d'éducation sexuelle de toute façon, enfin y a presque rien quoi. C'est pas dans tous les lycées, c'est pas toujours bien fait et c'est pas la priorité, du tout, le stérilet.

Merci

IV. Codage et verbatims

CATEGORIE : première consultation pour contraception chez la jeune femme

- Thème : organisation de la consultation

  - Sous thème : interrogatoire

Recueil des antécédents et contre-indications	*« Je regarde les antécédents, les contre-indications, les pathologies familiales. » E11*	*« Tabac, pas tabac déjà. » E20*	*« Je vérifie qu'il y ait pas de migraine. » E9*
Recherche d'un syndrome prémenstruel	*« Et surtout j'essaie de voir ce qu'on a au niveau du syndrome prémenstruel. » E12*		
Mode de vie de la patiente	*« Moi ce qui pars tout de suite dans ma tête c'est d'abord de voir leur vie sexuelle, leur vie de couple et d'intégrer la prescription dans ce qu'elles sont à un moment donné. » E8*	*« S'il y a des enfants, ou si y a pas d'enfant... » E20*	
Souhaits / Demandes de la patiente	*« Je pense que je lui demanderai ce qu'elle a comme idée de la contraception elle, comment elle voit sa contraception, si elle a une idée déjà faite, ou si elle veut une pilule, enfin si elle a une idée précise de ce qu'elle veut comme contraception. » E1*		
Ses connaissances sur la contraception	*« Je lui demande ses attentes, si elle a déjà entendu parler de contraception, quelle idée elle en a. » E6*		
Degré d'urgence à l'instauration	*« Déjà je vais chercher si y a une urgence à la mettre. » E5*		
Motif caché	*« Je vais demander si c'est une vrai demande de contraception parce que parfois on a des demandes qui sont déguisées par l'acné, des douleurs abdominales ou des choses comme ça. » E5*	*« Savoir exactement le but de la contraception, si elle est en couple ou si c'est juste pour réguler ses règles. » E8*	
Notion de médecin traitant	*« D'abord je veux savoir si je la suis ou pas. Si je la suis c'est plus simple, car ça fait longtemps que j'ai abordé la question, préparé, anticipé. » E14*		

  - Sous thème : examen clinique

Acte de routine : poids, TA	*« Toujours un examen clinique […] Je fais un examen général, cardio-pulm, cardio-vasculaire, on prend la tension. » E18*	*« On fait un examen clinique sommaire quand c'est la première fois : le poids, la tension pour avoir une référence. » E6*
Caractère non obligatoire	*« Si je la connais très très bien, et que je la suis : je vais pas forcément faire un examen clinique […] Si je la connais pas je vais quand même faire un petit examen général, je me sens pas de pas le faire : à la recherche de contre-indications. » E5*	
Examen gynécologique	*« Pas d'examen gynéco avant deux, trois ans : quand elles se sentiront plus à l'aise. » E5*	*« Examen gynéco sous réserve que la patiente ait déjà eu des rapports. » E18*

- Sous thème : information et prévention

Information globale sur la contraception	*« Je les envoie sur le site de l'INPES où y a toutes les contraceptions qui sont présentées. Je leur demande d'aller voir. » E5*	*« C'est important pour moi de proposer des consultations anti tabac au moment de la contraception. » E2*	
Prévention et dépistage des IST	*« On reparle de la sexualité, du préservatif. » E12*	*« Faire des sérologies pour les IST, elle et son partenaire. » E8*	
Education thérapeutique : prise de pilule, conduite à tenir en cas oubli de pilule	*« Une jeune fille qui n'a jamais pris de pilule, on a besoin de lui expliquer le mécanisme de la pilule. » E19*	*« Je leur demande de visualiser quand elles vont la prendre si elles vont mettre un réveil ou avec la brosse à dent. On essaye de se projeter dans le temps pour voir comment elles vont faire pour pas l'oublier. » E5*	*« On leur explique que faire en cas d'oubli de pilule. » E6*
Suivi gynécologique : examen gynécologique, FCV, suivi biologique	*« Je lui explique qu'il y aura un examen gynécologique qui n'est pas fait tout de suite. On lui explique comment ça se passe pour qu'elle ait une idée de ce que c'est. » E6*	*« Je dis qu'il faudra faire un frottis dans les deux ans qui viennent. » E12*	*« Je leur donne une prise de sang à faire dans les trois mois. » E5*

➢ Thème : proposition

- Sous thème : moyens de contraception

La pilule œstroprogestative : plutôt une deuxième génération	*« Moi je propose une pilule de deuxième génération : Adépal® ou Minidril® en général. » E15*	
La pilule micro progestative	*« Y a la pilule micro progestative. » E19*	
DIU	*« Qu'il y a le stérilet, même pour les nullipares. » E19*	*« Récemment j'ai posé deux stérilets UT 380® short à des jeunes patientes de 16 et 17 ans, en première contraception. » E8*
Implant	*« L'implant, le stérilet, la pilule, le patch, le Nuvaring®. » E3*	
Anneau vaginal	*« Maintenant, y a l'anneau vaginal, mais ça c'est un peu pareil, c'est un peu comme la pilule, l'Evra® c'est un peu pareil, c'est quand même des œstroprogestatif. »*	
Patch		
Le préservatif	*« Les préservatifs ils en mettent, mais pour une autre cause : la protection mais sinon en exclusivité ils aimeraient pas. Et c'est normal. Si c'est épisodique on pourrait y réfléchir. » E5*	*« Le préservatif en tant que moyen de protection contre les IST. » E3*
La vasectomie	*« Je propose que ce soit la vasectomie pour l'homme. » E2*	

Autres	*« Jusqu'au couvent des Carmelles dans la Drome du sud. » E14*
Hormonal / Non hormonal	*« J'explique qu'il y a, ou hormonal, décliné, pilule, patch, annaux et implants, ou mécanique le stérilet. » E17*
Durées d'action différentes	*« Ça va du préservatif en première intention à la contraception orale, le patch, le Nuvaring® et les contraceptions à long terme : le stérilet et le Nexplanon®. » E11*

- Sous thème : orientation du choix

Fonction de la patiente

Pas de demande spécifique	*« Souvent elles n'ont pas d'idée très précise. » E8*		
Demande spécifique, le plus souvent une pilule œstroprogestative.	*« Elles disent : "Moi je veux la pilule parce que ma copine l'a" voilà, "Je veux le stérilet parce que j'ai vu que c'était ce qu'il y a de mieux" ou "Je veux l'implant parce que c'est génial on n'y pense pas. " » E7*	*« La plupart du temps elles arrivent avec une petite idée de ce qu'elles veulent et le plus souvent j'allais dire c'est la pilule. » E9*	
	« Elles viennent pour avoir la prescription de pilule, c'est souvent comme ça. » E1	*« Elles viennent pour la pilule, parfois l'implant si une copine l'a eu mais c'est plus en deuxième intention pour arrêter la pilule. » E4*	*« J'ai rarement une demande de contraception mais une demande de pilule. "Je viens pour la pilule docteur." » E5*

Fonction du médecin

Tout l'arsenal contraceptif	*« Je propose tous les modes de contraception même dans certain couple je propose que ce soit la vasectomie pour l'homme. » E2*	*« Moi je choisis rien a priori, j'explique toutes les méthodes contraceptives qui sont à notre disposition. » E3*	*« Je lui explique tout ce qui est possible et ce qui existe. » E6*
Adapté / Choisi par la patiente	*« Le panel de contraception est vraiment varié, et s'adapte à la patiente. » E2*		
Ses antécédents	*« Ça dépend des antécédents personnels et familiaux médicaux, la recherche d'éventuelles contre-indications. » E3*		
Son expérience en termes de contraception	*« Déjà je lui demande ce qu'elle a eu comme contraception. » E10*		
Sa consommation tabagique	*« Si elle fume ou pas. » E14*		
Son âge	*« Entre 18 et 25 ans y a quand même une évolution. » E11*		
L'observance	*« Je leur demande si elles se sentent capables de prendre un comprimé tous les jours. » E10*		

Le projet parental	*« Si elle a un projet d'enfant bientôt, si elle veut plus jamais d'enfant. » E2*		
Profil psychologique, religieux de la patiente	*« Ca dépend de la personnalité aussi, si j'ai l'impression d'avoir une patiente qui part un peu dans tous les sens, qui est pas très cadrée, bah on ira plutôt sur un implant, ou un stérilet mais après ça dépend de ma façon de percevoir. » E8*	*« On a aussi beaucoup d'étrangères donc le profil religieux, le profil méditerranéen… On est obligés de s'adapter. » E11*	*« J'organise en fonction du profil de personnalité. » E12*
Le désir de la patiente	*« Sur ce qu'elles ont envie d'avoir parce que en fait ça sert à rien d'imposer un truc si elles adhèrent pas. » E7*	*« Une contraception elle fonctionne correctement à partir du moment où elle est bien prise et bien acceptée par une femme autant qu'elle la choisisse elle-même. » E3*	
Contraception œstroprogestative orale	*« J'aurais tendance à prescrire la contraception orale, si je veux être honnête, je vais aller plutôt vers ça s'il n'y a pas de contre-indication évidemment. » E1*	*« Les jeunes femmes qui n'ont aucun facteur de risques, qui ne fument pas trop, celles qui fument un peu on fait avec, celles qui ne fument pas trop qui peuvent comprendre normalement je leur propose la pilule en première intention. » E4*	
En fonction du temps	*« Non, non parce qu'en médecine générale, on a un temps limité, donc, non je vais pas lui parler d'Evra®, Nurvaring®, pas forcément non. En première intention c'est surtout en comprimé. » E13*		
En fonction de l'actualité	*« Une deuxième génération, du fait des récents événements. » E18*		

- Thème : le vécu des médecins sur cette consultation

Consultation longue	*« C'est assez long comme consultation, on y passe un petit moment. » E6*	*« C'est une consultation qui est des fois délicate, hein parce qu'on a affaire des fois à des jeunes filles toutes jeunes, qui ont... Pour qui c'est la première contraception, donc ça va prendre un peu plus de temps. » E19*	*« Je discute pas mal en fait hein. C'est des consultes qui durent une demi-heure en général. » E20*
Un large panel contraceptif	*« Un panel assez large, avec les anneaux vaginaux, le préservatif, les spermicides, avec les capes. » E8*		
Manque de choix contraceptif	*« Si je vois tous les moyens de contraception y a quand même pas un choix phénoménal. » E5*	*« J'ai l'impression qu'on n'a plus que le stérilet et les pilules de deuxième génération, car tout le reste est dans le collimateur. » E11*	
Education / Information / Correction idées fausses	*« Parce qu'elles ont eu des informations pas top : on est là pour les corriger, pour trouver un consensus. Des fois je suis amenée à moduler, parfois y a des gens très déterminés. » E11*		
Une demande de pilule et non de contraception	*« Moi j'ai rarement une demande de contraception mais une demande de pilule. » E5*		
Difficulté de les faire changer d'avis	*« Lors d'une première première visite, quand elles arrivent avec une idée de pilule c'est rare que j'arrive à les faire repartir avec autre chose. » E6*	*« Si c'est une primo contraception c'est rare d'aller mettre un stérilet bien que ce soit pas contre-indiqué : la question pourrait se poser mais c'est pas évident d'aller aborder d'autres sujets. » E5*	*« C'est plus lors d'une consultation de suivi qu'on va pouvoir parler d'une autre contraception. » E6*
Consultation centrée sur la patiente - Phénomène d'adaptation	*« Elle peut repartir avec comme sans contraception, avec des conseils, une pilule, un stérilet, un je ne sais quoi. J'ai pas de réponse précise, ça dépend trop de la personne. » E14*		
Intégration dans le suivi médical d'un médecin de famille	*« Je les connais depuis toujours et on en a déjà parlé. Dès qu'il y a des signes de puberté, moi j'aborde toutes les questions. » E14*		

➢ Thème : la contraception d'urgence

o Sous-Thème : moyens employés avantages/inconvénients

La pilule du lendemain			
Norlevo®			
Coût	*« Le Norlevo® est pas cher. » E11*		
Efficacité	*« J'adhère pas à Norlevo®, car j'ai eu deux échecs. » E2*		
Ellaone®			
Délai d'action	*« Ellaone®, ça dure un peu plus longtemps. » E12*		
Coût	*« Mais bon elle coûte quand même 35 euros. » E11*		
Autres méthodes	*« Moi je préfère garder mon ancienne méthode : je propose cinq pilules Stédiril® d'un coup. » E2*		
DIU			
AVANTAGES	*« Parfait parce que le délai est un peu plus long. » E5*	*« Ah c'est une contraception intéressante, bien sûr. » E19*	*« C'est la meilleure contraception d'urgence qui existe. » E5*
INCONVENIENTS			
- **Manque de praticité**	*« Je trouve pas que ce soit le plus pratique surtout chez une très jeune femme. » E4*		
- **Délai similaire à la pilule du lendemain**	*« Ellaone® c'est cinq jours, c'est comme le DIU donc j'utilise ça. » E6*		
- **Manque de faisabilité en urgence**	*« Les délais sont tellement longs pour voir un gynéco que sur le terrain on peut pas trop l'appliquer. » E2*	*« C'est compliqué en matière de timing. » E3*	*« Sinon y a le stérilet mais, je sais que ça peut être proposé mais en contraception d'urgence, en cabinet de ville, c'est un peu difficile de mettre le stérilet en urgence. » E7*
- **Conditions matérielles**	*« Un DIU en urgence sans faire de chlamydia avant c'est difficile. » E5*		
- **Non intégration dans arsenal d'urgence**	*« C'est anglo-saxon, c'est les British qui font ça. Nous, on le fait pas. » E14*		
- **Inquiétude plus importante des patientes**	*« Les femmes peuvent être légèrement plus inquiètes quoi, donc elles peuvent... Elles sont moins décontractées donc il peut y avoir légèrement plus de problèmes. » E13*		
- **Pose plus difficile**	*« Mettre un stérilet c'est déjà dur psychologiquement mais en urgence c'est encore plus dur. » E2*		

- Sous-Thème : le médecin généraliste et la contraception d'urgence

Norlevo® en première intention	*« La contraception d'urgence c'est Norlevo®, la pilule du lendemain. » E3*	*« Le Norlevo®, c'est tout. » E7*	
Information / Prévention	*« Je leur mets sur l'ordonnance de pilule comme ça elles le savent. » E5*	*« Je leur dis qu'elles peuvent se le procurer en pharmacie directement ou auprès de l'infirmière scolaire ou en PMI mais je le mets pas sur l'ordonnance. » E9*	*« Je leur explique qu'il faut y aller à trois heures du mat si besoin, que c'est une obligation qu'on leur délivre avec ou sans ordonnance même si elles sont mineures. » E17*
Le vécu du médecin sur la contraception d'urgence			
Peu de pratique	*« En général, elles vont directement à la pharmacie sans passer par le médecin. » E2*	*« C'est vrai qu'on a très rarement des demandes comme ça. » E9*	*« Je crois qu'on me l'a jamais demandé. » E18*
Rarement en consultation	*« Souvent ça se passe par téléphone, je les envoie chez le pharmacien qui leur donne son conseil. » E12*	*« Les voir en consulte c'est une consulte de trop à mon avis. » E12*	
Rôle annexe dans la prise en charge	*« Je les vois pour des β-HCG après, pour savoir […] Elles viennent après pour être sûres que c'est bon. » E20*		
Vécu du médecin sur le DIU en tant que contraception d'urgence			
Connaissance de la technique	*« Je n'ai aucune expérience. Je sais qu'on peut le faire, je l'ai jamais pratiqué. » E1*		
Favorable	*« Je pense que c'est une bonne technique mais je l'ai jamais utilisé dans ce sens-là. » E8*		
Non favorable	*« Je trouve ça agressif et encore plus si c'est une jeune femme. » E12*		
Sans avis	*« Je sais pas, j'ai pas d'idée personnelle, non j'ai pas d'expérience. » E16*	*« Moi j'en pose pas donc c'est difficile d'en proposer, et j'ai pas d'avis là-dessus. » E18*	
Non connaissance des délais d'utilisation	*« Euh non je sais même pas. » E9*	*« Je sais pas si c'est... Ouais si c'est 48h ou... Je sais pas. » E16*	*« Est-ce que vous savez dans quel délai on peut le proposer ? Non du tout. » E18*

Catégorie : le DIU en médecine générale

- Thème : avantages

Fiable	*« Vraiment vraiment c'est formidable. C'est une belle méthode. » E2*	*« C'est un excellent moyen de contraception. » E5*	*« Moi je trouve que c'est un bon moyen de contraception mais que je mets pas en avant, car je les pose pas. » E6*
Efficace	*« C'est un moyen de contraception très très sûr. » E10*		
Coût	*« C'est une méthode fiable, efficace et pas chère. » E3*		
Confort / Pas de contrainte	*« C'est l'absence de prise de comprimé donc un confort de ne pas se préoccuper de prendre la pilule. » E3*	*« C'est une contraception sans contrainte. » E4*	*« Ne pas se soucier de contraception. » E4*
Caractère physiologique	*« Comme c'est purement mécanique elles retrouvent leur physiologie complète, ce qui peut être des douleurs au moment des règles. » E11*		
Pas de contre-indication chez la nullipare	*« Je lui dirais que c'est un excellent moyen de contraception, qu'il n'y a à priori pas de contre-indication chez une nullipare contrairement à ce qu'on disait avant. » E5*		
Facilité d'utilisation	*« Facilement maniable si on fait attention aux infections. » E4*		
Longue durée d'action	*« Qu'il reste en place suffisamment longtemps, mais qu'on peut retirer si elle le souhaite. » E4*	*« L'avantage si c'est une oublieuse il est monstrueux. » E5*	*« D'avis je commence par le DIU, car c'est la méthode de contraception fixe la plus longue. » E3*
Observance, pas d'oubli		*« Pas d'oubli de pilule. » E2*	
Méthode naturelle non hormonale	*« C'est naturel ». E2*	*« Un bout de plastique avec du cuivre autour donc pas d'hormone : c'est l'avantage essentiel. » E14*	*« C'est no hormones et c'est très tendance actuellement. » E11*
Peu d'effets indésirables par rapport aux contraceptifs oraux	*« Pour le reste y a peu d'effets indésirables par rapport à tous les contraceptifs hormonaux qui sont les migraines, les douleurs de seins, prise de poids, absence de règles. » E11*		

- Thème : inconvénients

Spotting Dysménorrhées	*« Les spottings, les dysménorrhées mais il suffit de dire aux patientes que c'est au début, qu'après ça s'arrête et tout se passe bien. » E2*		*« Si c'est un stérilet au cuivre : les règles abondantes. » E15*
Aménorrhée	*« L'aménorrhée quand c'est le Mirena® qui peut être très mal perçu. » E5* *« Celui aux hormones : ne pas avoir ses règles ça peut être un inconvénient pour la dame. » E10*		*« Mirena® c'est plutôt l'aménorrhée mais qui est certaine fois bien appréciée par certaines femmes, qui sont contentes de plus avoir de règles, ça je l'ai remarqué, d'autres sont parfois insécurisées de pas avoir leurs règles, de cycle déterminé .Moi j'ai souvent vu des femmes qui me disent c'est génial de plus avoir de règles. » E1*
La pose **Disponibilité / Contrainte de temps** **Manque de gynécologues**	*« C'est la pose. On est pas nombreux à en poser en médecine de ville. Je suis même le seul à en poser dans mon groupe de pair ce qui est surprenant. Ça m'a toujours surpris, j'arrive pas à les bouger. » E14*	*« Mettre un stérilet aujourd'hui à Grenoble c'est encore un parcours du combattant. » E2*	*« Et trouver des gens qui posent, encore une fois même chez les gynécos y a encore une réticence incroyable. » E5*
Acné, prise de poids avec le Mirena®	*« Pour le stérilet hormonal c'est la prise de poids et l'acné. » E15*		
Indice de Pearl / Efficacité	*« Donc je sais que chez les toutes folles du sexe j'aime mieux mettre des Mirena®, avec un indice de Pearl extrêmement bas donc je trouve que c'est bien plus confortable ou des Nexplanon®. » E14*		*« Et j'aborde avec le stérilet, l'indice de Pearl qui est le plus élevé sauf les spermicides, mais je considère pas ça comme un moyen de contraception. » E11*
Infections pelviennes	*« Après y a le risque d'infection qui est un peu plus élevé. » E17*	*« Elles sont rares a avoir peur des infections c'est plutôt moi qui en ai peur plutôt. Les infections elles y pensent pas trop. » E4*	*« Après sur les inconvénients, oui bah on leur parle que ça peut s'infecter. » E8*

- Thème : contre-indications

Les conduites sexuelles à risques	*« Les femmes qui ont des partenaires multiples sont plus à risque d'avoir des MST et les femmes qui ont des MST avec un stérilet c'est pas terrible. Si elles font une salpingite bah c'est pour notre pomme. » E2*	*« Je mets pas de stérilet sur une minette qui change de loustic tous les trois mois, qui a de l'herpès ou des pertes. » E14*	*« Ce serait les folles dingues du sexe, car il y a un risque de grossesse non négligeable de grossesse avec le stérilet au cuivre. » E14*
Les infections en cours/antécédents IST	*« Les antécédents infectieux, enfin je sais pas bien répondre à ça vraiment bien. » E1*	*« Problèmes infectieux gynéco en cours. » E3*	*« Chez des femmes qui ont des infections sexuellement transmissibles, des infections vaginales à répétition. » E4*
Les pathologies du col/malformation utérine	*« Chez des femmes qui ont des infections sexuellement transmissibles, des infections vaginales à répétition, des problèmes de col. » E4*	*« La sténose du col pourquoi pas. » E14*	*« les malformations utérines. » E15*
Le post-partum immédiat	*« Tout de suite en post-partum pas avant deux mois, deux mois et demi. » E4*		
Trouble de la coagulation	*« Bah dans les troubles de coagulation. » E3*		
Règles abondantes	*« Des règles physiologiques longues et abondantes le stérilet étant une contraception purement mécanique y a forcément une aggravation ça peut arriver, j'en ai vu. 10 jours de règles c'est quand même pas top quand on est jeune. Ça fait quand même partie des facteurs de contre-indications. » E11*	*« Bah celui au cuivre ça m'est arrivé de le contre-indiquer, car elles avaient des règles abondantes. » E10*	
Grossesse évolutive	*« La grossesse bien évidement, mais ça faut toujours vérifier avant de poser. » E11*		
Profil psychologique	*« C'est plus des profils psychologiques mes contre-indications hormis les règles abondantes. C'est plus des filles immatures, un peu enfant, qui tapent des pieds pour avoir un truc qui leur conviennent et les gens addictifs. » E11*	*« Les émotives : j'en ai vu deux-trois avec un bon malaise vagal wouh, j'ai eu des vielles peurs quand même. » E12*	
Peu de contre-indications	*« Ouais ça reste rare les contre-indications quand même. » E7*		

Kystes ovariens	*« Hormonal, je l'ai déjà contre-indiqué pour des antécédents de kystes ovariens, je trouvais que c'était pas une bonne idée. » E7*		
L'âge	*« Ben la nullipare à 14 ans je pense que je lui proposerais pas trop un stérilet, et pourtant c'est peut-être elle qui aura le plus de soucis d'observance, mais c'est vrai que… Plus vers 20 ans je proposerais chez la nullipare un stérilet. » E16*	*« Une louloutte de 16 ans qui me tombe dessus, réglée à dix ans et demi, qui a eu des rapports à treize ans (y en a trois % quand même) celle-là je pense que je lui mettrais pas un stérilet, c'est une sexualité sauvage. Et puis c'est trop jeune. Je lui mettrais sûrement une pilule micro dosée la moins toxique possible. » E14*	*« Non y a pas vraiment un critère d'âge. Non je crois pas, faut sortir du schéma 35 ans trois enfants. Ça n'a plus lieu d'être. » E14*
La nulliparité	*« Le stérilet c'est une contre-indication formelle avant la première grossesse à mon avis. » E12*		
Antécédent de GEU	*« J'imagine des antécédents de grossesse extra-utérine. » E17*		

- Thème : effets indésirables/complications

GEU	*« Le risque de GEU de ce que je crois savoir est un peu plus important qu'une multipare mais moins important qu'une jeune fille sans contraception donc ça reste positif. » E5*	*« C'est un risque qui existe, j'en ai eu une en 25 ans. C'est un risque qui existe dans la population générale. Y à un petit surrisque avec un stérilet mais il est à peine plus important. » E14*
GIU	*« Mais faut l'évoquer avec les femmes : "tu saignes pas avec un stérilet au cuivre c'est hors de question de dire que ça va venir". » E14*	*« Les seules complications que j'ai eues c'est des grossesses sur stérilets, j'en ai eu trois. Toujours sur des stérilets bas placés, qui étaient mal insérés. » E14*
Les saignements	*« Les inconvénients c'est les saignements, éventuellement les hémorragies. » E3*	*« Les saignements qui peuvent être très abondants et très désagréables quand c'est un stérilet au cuivre. » E5*
Les infections / Stérilité	*« Les femmes qui ont des partenaires multiples sont plus à risque d'avoir des MST et les femmes qui ont des MST avec un stérilet c'est pas terrible. Si elles font une salpingite bah c'est pour notre pomme. » E2*	*« Y a toujours cette angoisse de la stérilité quoi. » E12* *« Non pas du tout je considère que c'est pas le stérilet qui donne l'infection mais le comportement à risque. » E3*
Les perforations	*« Je parle du risque de perforation lors de la pose. » E10*	
Le malaise vagal	*« Les émotives : j'en ai vues deux-trois avec un bon malaise vagal whou j'ai eu des vielles peurs quand même. » E12*	

➢ Thème : conditions de pose

Bilan pré thérapeutique	*« Oui on fait un examen gynéco complet. » E3*		*« Chez les toutes jeunes c'est beaucoup plus rare que j'en mette, je l'ai fait une fois ou deux : je fais un prélèvement vaginal pour vérifier qu'elles aient pas d'infection*
Examen clinique gynéco au préalable	*« Je fais un examen gynéco, j'examine le col. » E4*		*avec recherche chlamydiae gonocoque mycoplasmes, pour qu'elles se retrouvent pas avec une obstruction des trompes. » E4*
Test de grossesse	*« Le mois d'avant je les voyais, je regardais la position de l'utérus antéversé retroversé, s'il était normal. » E5*	*« Si la précaution : c'est de vérifier qu'elles sont pas enceintes. » E4*	*« Donc quand elles viennent pas pendant les règles je leur fait faire un test de grossesse. » E4*
Recherche d'infection à *chlamydia*, frottis à jour	*« On recherche le chlamydia par PV intracervical. » E3*		*« Je vérifie de quand date le dernier frottis déjà. » E7* *« On vérifie que les frottis sont bien à jour. » E10*
Pose pendant les règles	*« On voit avec les dates de règles pour la mise en place. » E3*		
Propreté / Désinfection	*« Une asepsie stricte et une désinfection minutieuse du col à la Bétadine®. » E14*		*« Je fais une préparation locale avec un ou deux ovules désinfectants deux-trois jours avant. » E12*
Hystéromètrie	*« Après je fais toujours l'hystéromètrie, je vérifie, si ça passe je me lance dans la pose du stérilet. » E4*		
Pince de Pozzi	*« Oui j'ai essayé les deux techniques et sans la pince de Pozzi c'est quand même plus difficile. Non quand on explique bien la pince de Pozzi : c'est pas insurmontable.» E4* *« Je mets la pince de Pozzi. » E4*	*« Grand débat du jour. Pour l'instant pince mais avec des collègues on se demande si c'est pas mieux sans la pince. Moi j'ai la pince. » E10* *« Pince tire col ouais pour descendre le col. Ah bah oui comme ça vous êtes dans l'alignement. Sans ça vous passez à travers. » E12*	*« Et sans la pince de Pozzi c'est quand même plus difficile. Non quand on explique bien la pince de Pozzi : c'est pas insurmontable. Elles se sentent pas particulièrement agressées, je les fais tousser pendant que je la mets. » E4* *« Oui oui je suis un vilain je mets la pince de Pozzi en faisant tousser : comme j'ai appris il y a 20 ans. » E14*
Relation de confiance	*« En général on discute, elles sont détendues. » E4*		

Le temps	*« C'est une consultation dédiée à la pose, je refuse de faire autre chose pendant cette consultation, il faut prendre son temps. » E14*	*« Je mets un certain temps pour poser un stérilet. Je pose pas un stérilet en cinq minutes. Je pose ça le soir, je mets 30 minutes ». E14*	
Prémédication • **Antalgique** • **Antispasmodique** • **AINS** • **Paracétamol** • **Prostaglandine IV ou per os** • **Xanax®** • **Atarax®**	*« À un moment je mettais des comprimés de Cytotec® en intra vaginal et je me suis aperçu qu'elles expulsaient plus facilement à mon goût que celles qui n'avaient pas de Cytotec®. Ce qui parait un peu logique. Du coup je le fais plus ». E4*	*« Et puis je mets deux comprimés de Cytotec® en intra vaginal une heure avant la pose. » E11*	*« Et si elles sont nullipares je leur prescris un comprimé de Cytotec® per os une heure avant la pose. Pour faciliter la pose, car chez les nullipares la pose est plus compliquée. » E10*
	« Avec le stérilet je faisais systématiquement une prescription de Spasfon® et de Paracétamol à prendre deux heures avant la pose. » E5	*« A l'époque je faisais une injection intra musculaire d'Atarax pour celle qui avait la trouille. Elles planent un peu donc on fait pas mal. » E14*	*« Et si vraiment très anxieuse un demi comprimé de Xanax® en sublingual une heure avant : ça fait sauter les malaises vagaux quand même. » E12*
Echographie de contrôle	*« Si bah si. Depuis que je me suis aperçu que certaines patientes le perdaient ou l'expulsaient. Ça permet au moins d'être sûr qu'il est bien situé. Quand on le pose on a beau faire attention on est sûr de rien. » E4*	*« Moi je l'utilise pour me rassurer parce que je débute. Mais ça va dépendre de la personnalité de chacun. » E10*	*« Pas d'écho ça sert à rien et ça coûte cher, enfin au début j'en faisais et après non. » E5*

➢ <u>Thème : mécanisme d'action</u>

Action mécanique	*«Ça a une action mécanique.» E3*
Rôle anti-nidatoire	*«Bah c'est anti-nidatoire.» E2*
Rôle pro-inflammatoire	*«Qui agissent par un phénomène pro-inflammatoire sur l'endomètre et qui rendent la nidation impropre.» E1*
Bloqueur de l'ovulation	*« Le Mirena® j'explique qu'il y a une hormone qui entraine un blocage de l'ovulation. » E6*
Mécanisme abortif	*«Je crois que ça à une action anti-nidatoire et abortif.» E4*
Modification de la glaire	*«Ça modifie la glaire.» E3*
Effet néfaste sur les spermatozoïdes	*«Un effet néfaste sur les spermatozoïdes.» E4*

- Thème : formation

Sur le tas / Auto apprentissage / Propre moyen **Collègues médecins généralistes** **Gynécologues** **Hôpital**	*« Dans ma formation médicale j'ai pas eu de formation en gynéco, je me suis formée sur le tas en médecine générale. Ça date de longtemps. » E11*	*« Zéro. Jamais passé en gynéco. On avait peu de stage et les études étaient plus courtes. Sinon c'est de l'auto formation. Y a eu des cycles de formation qui ont été faits par les gynécos en ville qui ont été très formateurs. » E15*	*« Pour le stérilet, c'est des collègues qui m'ont montré après on se lance. » E4*
Stage externat / Internat	*« Euh… La formation c'était sur le stage de gynéco, sur le stage de gynéco en tant qu'externe sur l'hôpital de Grenoble et quand je suis passé en UPL, j'avais quelques journées sur l'hôpital de Voiron avec Dr X. Du coup j'ai revu un peu la technique, je l'ai fait une ou deux fois et après je me suis lancé au cabinet. » E8*	*« C'est comme partout pour un homme de 35 ans de carrière j'ai appris à le faire tout seul. Mon premier stage d'externe c'était en gynéco du coup ca m'intéressait donc j'ai appris comme ça à poser les stérilets. » E12*	*« Prise en charge hospitalière au départ. Je suis tombé en quatrième année en stage en gynécologie, c'était mon premier stage d'externe. Ça a été l'enfer, j'ai vu que des femmes à poils pendant six mois. C'est mon quotidien et je crois que si je n'avais pas la gynécologie obstétrique dans ma pratique je m'ennuierai à 100%. » E14*
Au cours de son activité professionnelle	*« Ici je fais les IVG le matin, ils m'ont formée et je pose au bloc des stérilets sous écho. » E10*		
Au cours du diplôme universitaire **Séances sur mannequins**	*« Après c'est la formation mais en étant tout seul, enfin tout seul au cabinet, il y a des gynécos qui font ça toute la journée. Moi c'est la formation, c'est vrai que j'ai fait le DU, ils nous ont montré sur un utérus en plastique, une paire de fois mais voilà quoi... En pratique c'est pas tout à fait pareil. » E20*	*« J'ai fait le DU contraception et IVG donc j'ai eu des séances de formation sur mannequins mais jamais in vivo. » E11*	

➢ Thème : particularité chez la mineure

Non connaissance de la loi	*« Non je suis pas au courant. » E2*		
Autres propositions	*« Pour la mineure je donnerais plus facilement la pilule, parce que je pense que la mineure ne va pas être dans un couple bien stable. » E2*	*« À 15 ans je préfère mettre un implant. C'est évident. » E4*	*« Moins de 15 ans je serais bien emmerdé parce que je me vois pas poser un stérilet moi, mec, malgré ma blouse à une gamine de 14 ans. J'ai posé beaucoup de Nexplanon®. Du coup je me rends compte que je me rabats là-dessus. Tends ton bras pif paf pouf. » E14*
Avis auprès d'un confrère / Gynécologue	*« Je l'enverrais chez un confère directement et je décrocherais mon téléphone, j'appellerais mes copains gynécologues et je leur dirais qu'est-ce je dois faire dans ce cas-là. » E1*		
Risque infectieux majoré	*« Je pense que la mineure ne va pas être dans un couple bien stable. » E2*		
Présence d'une personne majeure / Autorisation parentale	*« En tout cas je veux qu'il y ait un majeur pendant… Qui accompagne la patiente pendant le geste. » E8*	*« Je lui demande d'être accompagnée par un de ses parents. » E8*	*« Ça m'embêterait de le faire sans avoir l'autorisation des parents. » E9*
Problème juridique =>attente majorité	*« Sur le plan médicolégal c'est quand même difficile. » E15*	*« Pour des raisons médico-légales, parce que si il y a un pépin, je suis sûr qu'on va me tomber dessus à bras raccourcis. » E19*	
Non réalisation du geste	*« À l'inverse une jeune fille qui me demande un stérilet alors qu'elle a que 15 ans je le ferais pas, car je vais pas l'examiner. » E5*	*« Certainement pas, certainement pas. Ah non. » E12*	*« J'en ai jamais vu mais je le mettrai pas. ». E15*
Crainte de la réaction parentale	*« Ça serait un peu traumatisant, et je pense que les mamans ne laisseraient pas faire. » E2*	*« Oui oui oui, mais s'il se passe quelque chose vous êtes dans la merde jusqu'au cou, là les parents ils vous ont… Ils vous traînent devant les tribunaux. » E19*	*« Je pense que les mamans ne laisseraient pas faire. » E2*
Option contraceptive non évoquée chez la mineure	*« Moi je le mettrai pas et je le proposerai pas. » E2*	*« Non ça me viendrait même pas à l'idée. » E5*	
Caractère intrusif / Examen gynéco mal toléré	*« Enfin, ça paraît tellement invasif, si c'est pour leur faire*	*« Je trouve ça très intrusif, vous vous rendez compte ça veut*	*« Je vais pas faire un examen gynéco à une jeune fille de 15 ans, je*

	peur pour la contraception d'emblée, ça me paraît mal barré. » E18	*dire que son premier rapport à tout ça, ça va être une pince qui fait un peu mal, faut se surveiller c'est très technique. » E5*	*suis limitée par ça. C'est intrusif, c'est d'une violence inouïe. » E5*
Manque de maturité physique et psychique	*« Je pense qu'elles sont un petit peu jeunes physiquement après y en a qui sont pas jeunes dans leur tête mais physiquement. » E4*	*« Au passage du col elles sont pas très mûres quand même ça fait peur. » E4*	*« L'utérus est encore trop petit. » E2*
Soucis de suivi / Peu attentive à cet âge	*« On discute, on regarde si elle viendra au suivi que je lui propose. » E7*	*« Pour une jeune fille qui vient de rentrer dans la sexualité avec l'idée de mettre un stérilet sachant qu'il y a ce suivi-là, moi je pense qu'entre 16 et 18, elles sont trop souvent étourdies, tête en l'air pour être suffisamment attentive à ce qui peut se passer. » E7*	*« Et puis des femmes qu'on sait qu'on va perdre de vue non plus, parce qu'il faut quand même un minimum de suivi. » E18*
Un moyen pour pallier aux IVG à répétition	*« Je pense que si les médecins en parlaient plus il y aurait moins d'IVG. » E3*	*« Quand on voit le nombre d'IVG on ferait mieux de proposer un peu plus souvent. » E5*	
Cas particulier	*« Ouh là là c'est un petit peu tire par les cheveux. » E5*		

- Thème : particularité chez la nullipare
  - Sous thème : les indications

Contre	*« Le stérilet c'est une contre-indication formelle avant la première grossesse à mon avis. » E12*		*« Je trouve que c'est pas une contraception pour les jeunes femmes. Après un enfant, deux enfants je le propose volontiers… » E12*
En seconde intention	*« Oh je crois que c'est plutôt en seconde intention. Je crois qu'on prescrit facilement les pilules quand même. Parce que je vous dis, elles viennent pour ça. » E19*	*« Bah il paraît que c'est bien, moi je suis pas... Il y a plus de douleurs. Il faut pas que ce soit une fille qui a un petit peu trop la cuisse légère, il faut qu'elle soit propre et voilà, il y a quand même un peu plus d'infections, si c'est une femme qui change beaucoup de partenaires, je pense qu'on lui fait prendre quand même des risques. » E11*	*« C'est vrai que je pense que j'ai un a priori sur le stérilet, qui est à dépasser, hein, mais euh, j'oriente à ce moment-là assez facilement. Mais je le propose quand il y a donc des problèmes d'observance et des contre-indications à la contraception orale. » E16*
	«Enfin moi, je suis encore dans l'optique qu'un stérilet chez une femme jeune, ça me gêne quelque part. » E16	*« Je propose pas le stérilet en première intention chez une jeune femme qui n'a pas encore eu de grossesse ça c'est sûr. Ça fait partie du choix qu'on a mais c'est sûrement pas quelque chose à proposer en première intention chez une femme nullipare sans contre-indication. Je leur en touche juste deux mots. » E4*	*« Moi des primipares, je suis quand même pas... Pas trop... Enfin si elles demandent, je pousse complètement mais si elles demandent pas j'insiste pas trop. » E20*
Alternative à la contraception œstroprogestative chez la fumeuse / Migraineuse / Surpoids	*« Bah je pense que c'est super parce qu'il y a toute une nouvelle génération de jeunes filles qui fument. » E2*		

Contre-indication / Echec des autres méthodes	*« C'est la contre-indication à la contraception orale qui va peut-être faire que je vais promouvoir le DIU auprès de cette patiente. » E1* *« De toute façon toutes les jeunes filles qui ont des contre-indications aux hormones on devrait leur proposer. » E4*	*« En seconde voir même en dernière intention, quand je vois qu'on a tout essayé. » E15* *« Si on est devant une jeune fille qui va oublier, qui est complètement étourdie. » E5*	*« On peut pas cocher le DIU comme étant un moyen par défaut sinon on en fera pas ou pas assez. C'est sûrement ce qui se passe en ce moment. » E14*
Opposition aux hormones	*« Les jeunes femmes qui ne peuvent pas prendre la pilule. Celles qui ne veulent pas prendre d'hormones, y en a de plus en plus, surtout avec la campagne actuelle. » E4*		
Cibler les indications / Ne pas imposer	*« Non après il faut cibler, faut pas poser ça à des filles qui ont des pertes, qui changent de jules tous les trois mois. » E14*	*« De toute façon celles qui en ont c'était des demandes et ça s'est toujours très bien passé. » E18* *« Si elle est réticente comme par hasard il y a beaucoup de problèmes. » E15*	*« Celle qui est déjà très centrée là-dessus. Donc ça c'est bien, c'est une approche endogène de la personne donc ça ne peut que marcher. » E14*
	« Quand on a ciblé qu'elles changent pas de partenaires, que ça fait un an qu'elle sont en couple, qu'il n'y a pas eu de vaginite ou d'infections elles peuvent y aller. » E2	*« Il faut rester vigilant sur le choix de la patiente, les antécédents d'infection, une jeune qui a des partenaires multiples y a quand même un risque accru de salpingites et d'infections. » E1*	*« Si ma patiente est avec un homme, qu'il n'y a pas d'infection, d'IST, si c'est pas des femmes qui changent de partenaires souvent, je trouve que c'est une méthode super. » E2*

- Sous thème : inconvénients spécifiques

Expulsion	*« Je me suis aperçu que certaines patientes le perdaient ou l'expulsaient. » E4*		
Durée contraceptive	*« Je n'oriente pas en première intention notamment pour une question de durée de contraception. Pas pour le problème technique mais du fait que c'est une contraception de longue durée. J'ai pas envie de le mettre et de l'enlever trois mois après. » E4*		
IST / Instabilité de la vie sexuelle / Infections / Stérilité	*« Je vois beaucoup d'avantages sauf les maladies pelviennes chez les jeunes. » E5*	*« Le seul problème c'est les MST quand même, mais avec l'adulte c'est pareil. » E5*	*« C'est parce que y a quand même un risque qui bon...d'infection, de salpingite quoi, d'endométrite, donc c'est quand même embêtant... » E13*
Difficulté de pose / Pose douloureuse	*« Leurs cols est punctiformes du coup la pose est mal vécue par les très jeunes. » E2*	*« J'ai eu l'exemple d'une qui a assez mal toléré la pose ça a été très algique très douloureux dans la journée qui a suivi alors est ce que c'est le fait qu'elle était nullipare, que j'ai vu en urgence car elle était plier de spasmes. » E1*	*« La gestion de la douleur est difficile chez les ados. » E2*
	« Très bien mais ça leur fait mal et ça, ça me dérange. Le passage de l'orifice interne fait mal. Donc ça me dérange. » E14	*« Il y aura plus de malaises vagaux, la pose va être plus difficile. » E5*	*« La pose est plus douloureuse mais pour nous techniquement c'est pareil. » E14*
Echec de la pose	*« Il m'arrivait de ne pas arriver à insérer le DIU et que la patiente se retrouve avec un DIU non mis en place et d'avoir besoin d'en racheter un autre, mais bon je peux pas non plus demander aux gens de venir dix fois. » E1*		

CATEGORIE: freins à la diffusion DIU chez la nullipare

- Thème : freins liés aux professionnels de santé

  - Sous thème : lié aux gynécologues

Rareté de la profession	*« Je pense que le côté pratique n'est pas simple, que pour avoir un rendez-vous chez un gynéco faut quatre mois. » E2*		
Discours discordant par rapport aux médecins généralistes	*« Parce qu'actuellement il y a des gynécologues… Il y a des patientes à qui je pose un stérilet parce que leur gynécologue a refusé de leur poser. » E7*	*« Ça m'est arrivé plusieurs fois d'envoyer des jeunes femmes chez le gynéco pour pose de stérilet et qui se retrouvaient avec une pilule ou un implant. » E5*	*« C'est quand même les professionnels, si quand elles vont voir leur gynéco, avec un grand G, il leur dit non, du coup on est coincé, et... Voilà, on a beau, on rame d'un côté, et ça avance pas de l'autre. » E17*

- Sous thème : lié aux médecins généralistes

Manque de connaissance	*« La formation initiale va pas dans ce sens. » E1*	*« On a appris toute notre vie, voilà on nous a rabâché ça pendant toutes nos études qu'il ne fallait pas le poser chez la nullipare. » E9*	*« Du coup beaucoup de médecins en sont restés là et surtout les mentalités persistent. » E2*
Manque de compétence technique	*« Formation des médecins, moi j'ai fait le DU, mais sinon... Sinon on est pas formé du tout. » E20*	*« J'en ai jamais posé, j'en ai jamais vu en fait. » E20* *« On est pas nombreux à poser des stérilets.» E13*	*« Pour moi le fait que je les pose pas, forcément j'en parle moins. C'est pas quelque chose que je maîtrise donc je le propose moins. » E6*
Difficulté d'intégration à la pratique courante	*« Après c'est pas si simple de poser un stérilet, il faut un minimum d'organisation, il faut du temps. » E2*	*« Et puis les assurances nous demandent des cotisations plus chères si on pose des DIU, donc vous voyez on paie plus cher d'assurance pour poser deux ou trois DIU par an, c'est pas rentable financièrement. » E1*	*« Normalement il faut du matériel de réanimation, enfin il faut un peu d'oxygène. » E16*
La peur des complications à court terme	*« Le col est petit et c'est un peu plus douloureux pour la femme et plus compliqué pour le médecin qui pose. » E10*	*« Alors au début avant d'avoir beaucoup de pratique, j'avais peur de la perforation. » E9*	*« C'est plus le malaise qui me fait un peu peur. » E9*
La peur des complications à moyen ou long terme	*« Y a toujours cette angoisse de la stérilité quoi. » E12*	*« Enfin y a quand même aussi la relation entre infection endométrite et salpingite et les GEU, c'est quand même ma hantise hein… C'est quand même embêtant. » E13*	*« J'ai peur de problèmes infectieux. » E16*
Crainte d'une mauvaise tolérance	*« Elles ont un peu plus mal, et elles ont plus de dysménorrhées. » E13*	*« Le cuivre c'est merdique ça saigne. » E12*	
Dimension psychologique			
- Manque de confiance en soi - Manque d'aisance - Stress du geste	*« J'ai pas la main, j'ai des hésitations, je me sens pas sûr. » E11*	*« J'ai arrêté de mettre des stérilets ça me créait du stress. » E2*	*« Je pense qu'il faut être à l'aise donc chez les jeunes j'en parle même pas. » E6*
- Sentiment de solitude	*« Quand je vois des patientes qui arrivent, avec tel médecin, tel gynéco qui leur a dit "Non hors de question", du coup je me sens un peu toute seule. »*		

		E7		
-	Caractère intime	*« Je serais bien emmerdé parce que je me vois pas poser un stérilet moi, mec, malgré ma blouse à une gamine de 14 ans. » E14*		
-	Propre conviction	*« Mais moi, personnellement, il y a aussi mes convictions, vous voyez ? » E13*	*« Enfin moi, je suis encore dans l'optique qu'un stérilet chez une femme jeune, ça me gène quelque part [...] C'est vrai que je pense que j'ai un apriori sur le stérilet. » E16*	
-	Manque de motivation	*« Je suis devenue flemmarde. » E2*	*« Je pourrais dire je fais une formation, j'apprends à mettre les nouveaux mais je suis pas motivée. » E2*	*« Alors moi la gynéco c'est pas trop mon truc, donc je cherche pas à avoir une population très importante, c'est souvent les gens que je suis pour autres choses. » E17*
-	Habitude	*« Moi le frein que je pense que c'est l'habitude. » E1*	*« On est arc-bouté sur ses vieilles habitudes. » E1*	

➢ Thème : freins liés aux patientes nullipares

« Dans ma pratique ce qu'il fait que des fois je freine c'est que de toute façon en face, il y a aussi un obstacle mental de se dire, on peut poser des stérilets. » E7

o Sous thème : manque de demande

Absence de demande de contraception par DIU	*« Elles sont pas très demandeuses. » E18*	*« Faut qu'il y ait quand même une demande de leur part. » E15*

o Sous thème : demande précise de pilule

Demande précise de pilule	*« Elles veulent pas, enfin elles en ont jamais entendu parler et chez les jeunes c'est la pilule, c'est pas le stérilet. » E20*

o Sous thème : défaut d'information ou éducation

Information	*« Elles sont informées que ça existe mais elles pensent que c'est pas pour elles, quasiment toutes. » E8*	*« L'idée que c'est interdit quand on a pas eu d'enfant. » E10*	
Entourage familial, copines…	*« C'est ce qu'elles ont entendu de leur mère : que c'était une contraception réservée aux femmes qui avaient eu des enfants parce qu'elles étaient trop à risques infectieux et de stérilité. » E11*	*« Et puis il y a aussi celles aussi qui disent « Moi ma mère est tombé enceinte sous stérilet", "Après ma cousine elle a pas eu d'enfant avant machin"… Donc elles ont des idées fausses. » E7*	*« Quand ça s'est pas bien passé dans leur entourage : c'est les réticences de l'entourage, le vécu de l'entourage par rapport à ce mode de contraception. » E10*
Croyance religieuse	*« Et puis c'est une question de croyance : le fait qu'il y ait ovulation et fécondation et un défaut de nidation ça peut choquer. » E6*		
Education en milieu scolaire	*« L'éducation sexuelle, pour moi en pratique c'est pas fait [...] Ils ont plus de cours d'éducation sexuelle de toute façon, enfin y a presque rien quoi, c'est pas dans tous les lycées, c'est pas toujours bien fait et c'est pas la priorité, du tout, le stérilet. » E20*		
Réticence de leur médecin	*« Vu mes propres réticences, hein, le message doit pas très bien passer pour avoir un DIU en première intention. » E16*		

o Sous thème : réticences

Corps étranger	*« L'idée d'avoir un corps étranger dans le corps chez les toutes jeunes c'est vraiment difficile. » E6*	*« Le stérilet, "on me met quelque chose dans mon corps". » E19*	*« Je crois qu'il y a une question d'acceptation, la jeune fille je crois qu'elle est pas encore prête pour avoir justement peut-être ce corps étranger en elle. » E19*
Peur de l'échec	*« Certaines ont peur de le perdre. » E10*	*« Moi ma mère est tombé enceinte sous stérilet. » E7*	*« Je pense qu'elles ont peur que ce soit pas assez efficace. » E19*

Peur de l'infertilité	*« Ça va les empêcher d'avoir des enfants. » E7*	*« "Après ma cousine elle a pas eu d'enfant avant machin… " » E7*
Peur du geste / Intimité	*« Non c'est pas ouvert c'est-à-dire aller mettre un stérilet c'est très intrusif par rapport à prendre la pilule. » E5*	*« Sentir les fils. » E11*

- Sous thème : fausses idées

Taille du DIU	*« Elles s'imaginent que c'est quelque chose de très gros. » E10*	*« J'en fais voir en général, car elles s'imaginent que c'est super grand. » E3*

- Thème : freins liés à la société

  - Sous thème : modèle culturel de la société française

Perception française du DIU chez la nullipare	*« Le gros frein ça a été cette espèce de perception française, que c'était interdit, qu'on avait un risque de perforation, et de risque hémorragique. » E8*	
Remise en question difficile	*« On est en retard, comme on croit toujours tout savoir, nous, les Français on a toujours l'impression que c'est nous qui faisons le mieux. » E1*	*« En France c'est pas quelque chose qui est bien en place. C'est culturel ou c'est une mode. » E6*

  - Sous thème : médiatisation

Le rôle de la presse	*« Je crois qu'il y a mauvaise presse globalement. » E12*	*« C'est un problème d'éducation. Si les revues en parlaient plus. Les revues féminines ont un rôle important je pense, plus que ce qu'on peut dire. Je pense que c'est un problème de vulgarisation. » E15*

  - Sous thème : les jeunes garçons

Rôle des jeunes garçons dans la contraception	*« Puis aussi chez les jeunes hommes. Un rapport sexuel c'est à deux, et du coup l'information, elle pourrait aussi passer par eux. » E17*

- Thème : freins liés aux laboratoires pharmaceutiques

  - Sous thème : absence de promotion

Absence de promotion du DIU	*« Peut-être que ceux qui font les stérilets ne font pas assez de campagnes ciblées. C'est du marketing. » E11*	*« Quand je veux des stérilets pour le montrer à mes patientes j'arrive pas en obtenir à moins de les acheter : les labos en donnent pas. » E15*	*« C'est de la faute des laboratoires qui parlaient que des pilules de troisième génération et qui n'ont pas parlé des stérilets. » E15*
« Moi qui reçoit un peu les visiteurs médicaux, je reçois beaucoup de visiteurs de pilule qui me saoulent, on peut le dire, par contre sur les stérilets, y en a pas beaucoup qui passent. » E7			

  - Sous thème : pression des laboratoires concernant la pilule

Pression des laboratoires pour la prescription de la contraception œstroprogestative	*« Il y a une pression des laboratoires sur les prescriptions de pilule qui est assez énorme et je pense que ça aussi ça a induit un gros biais. » E8*

  - Sous thème : manque d'avancement technique adapté à la nullipare

Manque d'avancement technique	*« J'attends le mini-Mirena® mais bon, ça fait pas mal de temps qu'on l'attend. » E11*	*« Actuellement on peut leur proposer que le stérilet hormonal, euh au cuivre je veux dire, apparemment ils avaient projeté de sortir un Mirena® short ou en tout cas, un posable chez une femme nullipare. » E7*

CATEGORIE: les changements à apporter pour diffuser ce moyen de contraception

- Thème : changements au niveau des professionnels de santé
  - Sous thème : meilleure information

Rôle de la sécurité sociale	*« Il faudrait que le sécurité sociale peut-être, envoie des informations plus claires, alors ils ont déjà commencé, enfin c'est plutôt les laboratoires qui font ça d'ailleurs mais, la sécurité sociale a déjà commencé à faire des informations sur la contraception, mais ils insistent pas assez sur le fait qu'on peut les mettre avant d'avoir eu le nombre d'enfants souhaité, même quand on a pas eu des enfants. » E7*	
Lecture de la littérature	*« Pour les médecins qui lisent je pense que les articles de presse médicale peuvent aider. » E1*	*« Il y a des revues comme Prescrire qui peuvent faire… Enfin c'est une revue qui a une certaine rigueur morale. » E1*
Mise à jour des connaissances	*« L'information aux professionnels je pense que c'est la première étape, parce que si les gynéco se mettent à en proposer à leurs patientes, du coup les choses vont s'inverser, et les filles au lieu de demander Leeloo®, elles demanderont le stérilet le cas échéant. Donc voilà après, c'est quand même les professionnels, si quand elles vont voir leur gynéco, avec un grand G, il leur dit non, du coup on est coincé, et... Voilà, on a beau, on rame d'un côté, et ça avance pas de l'autre. » E17*	*« Et puis il y a aussi peut-être que les professionnels, et même les spécialités, se tiennent informés des mises à jours, des recommandations... » E17*
Uniformisation du discours	*« Si une femme entend plusieurs sons de cloche, elle va plus savoir ou elle en est. Du coup elle choisira pas ce mode de contraception. C'est dommage. » E4*	*« Elle doit partir des gynécos déjà, car c'est eux qui sont réticents déjà. Vous allez pas demander à des généralistes ce que des gynécos ne font pas. C'est embêtant. Encore beaucoup refusent de les poser et ne le proposent pas du tout. » E5*
Etudes sur les effets néfastes des hormones	*« Je pense que les effets indésirables de la pilule déjà m'inciteraient à en proposer plus et j'ai beaucoup d'appels de patientes qui viennent pour autre chose et puis qui me disent « ah au fait c'est quelle génération ma pilule ? Ah bon c'est bon c'est une deuxième, ça va ». Mais c'est vrai que du coup dans l'avenir, je vais peut-être être amenée à leur dire « bah si vous voulez on peut aussi basculer sur un autre mode de contraception » et ça va probablement déboucher sur plus de poses. » E9*	*« Je suis certain qu'on va prendre un second tour de manivelle avec le surrisque de cancer du sein, j'en suis absolument convaincu. Je crois que les études à ce sujet-là se terminent au printemps et on en entend absolument plus parler. Je pense pas que ce soit bien bon. Donc s'il est prouvé qu'il y a un surrisque de cancer du sein avec la contraception orale œstroprogestatives on est dans une merde pas possible, elles vont toutes arrêter la pilule et je sais pas ce qu'on va faire. » E14*
Pratique dans les pays voisins	*« Me dire : ″Ah bah oui effectivement dans les pays Anglo-Saxons c'est devenu la première contraception, bah pourquoi pas″ Et c'est comme ça que je me suis*	

	lancée entre guillemets. » E9

- Sous thème : meilleure formation pratique

Les formations médicales continues	*« Notamment on va faire une formation sur la contraception avec mon groupe de FMC donc ça sera une façon de l'aborder et comme c'est moi qui l'organise je vais être obligé de m'y pencher un peu dessus du coup je vais relire des choses sur ce domaine. » E1*	*« Faire des FMC. » E1*	
Les rencontres	*« Ce que vous me dites là. » E16*	*« Heureusement qu'il y a des gens comme vous qui nous aident à avancer, c'est pour ça que je reçois des internes. » E1*	*« L'entretien qu'on a aujourd'hui. » E1*
Les échanges avec les pairs	*« Moi souvent ce qui me fait souvent changer mes attitudes en matière de pratique professionnelle c'est les échanges avec les confrères. » E1*	*« Le fait d'échanger avec les confrères, discuter avec nos internes qui ont une vision un peu plus moderne de la médecine que nous. Et qui nous décrasse un petit peu les neurones par rapport à ça, et les confrères. » E1*	
Amélioration de la formation initiale, continue, pratique et théorique	*« Une formation initiale plus complète. » E1* *« Une meilleure formation théorique mais surtout pratique. » E5*	*« La seule chose que je regrette c'est d'avoir eu à choisir entre faire un stage de gynéco ou de pédiatrie pendant l'internat. On devrait pouvoir faire les deux, car on fait tous les jours de la gynéco et de la pédiatrie en cabinet. Les pédiatres de ville voient que les enfants malades. » E10*	*« Et d'aller donc soit travailler avec des gynécos en clinique, soit faut une formation, faut faire de la pose quoi, de la pratique hein, voir nos confrères gynéco, aussi bien clinique ou CHU. » E16*
Former les jeunes médecins / Internes MG	*« En formant nos internes de médecine générale à la pose du stérilet (rires) puisque c'est eux qui vont le mettre plus tard. Les gynécos en ville pourront plus faire de gynéco. » E8*	*« Par une meilleure formation mais rien est obligatoire donc c'est libre à chacun de se former. » E10*	

- Sous thème : aspect psychologique

Soulager la douleur	*« Trouver une solution pour soulager la douleur des patientes… Je suis en train de faire une formation hypnose pour m'apporter peut-être quelque chose de ce point de vue là. » E14*		
Modifier les mentalités	*« Faut que ça murisse. » E1*	*« Je pense que les jeunes filles nous font évoluer aussi. Parce que moi, au départ, c'est plus la demande de jeunes filles qui m'a fait réfléchir, rechercher effectivement les textes. » E9*	
Savoir se remettre en question / Changement des pratiques	*« C'est juste un changement d'attitude de ma part. De changer mes réflexes. C'est juste un problème d'habitude. Parce qu'elles me demandent d'emblée une pilule que je puisse aller au-delà et leur proposer le stérilet. Surtout chez les fumeuses. » E4*	*« .Si vous revenez dans un an j'aurais peut-être modifié ma pratique. » E16*	
La motivation des médecins	*« Je pourrai dire je fais une formation, j'apprends à mettre les nouveaux, mais je suis pas motivée. » E2*	*« La médecine elle évolue, et c'est pour ça que je me dis qu'il faudra peut-être que je fasse une formation. Jusqu'à maintenant j'orientais, mais je pense qu'on va y avoir des demandes, qu'on va avoir des indications de plus en plus fréquentes, donc il faudra certainement s'y mettre. » E16*	
Pratique du geste => confiance et qualité du geste	*« Pour être à l'aise, il faut en poser souvent. » E4*	*« Bah au plus je vais en faire, au mieux ce sera. Je vais finir par avoir la main. Au plus je vais en faire, au plus je vais me détendre. » E10*	*« Avec l'expérience et la manipulation on apprend à avoir confiance en soi. » E4*
Le proposer	*« Déjà on le propose jamais jusqu'à présent chez une toute jeune, donc on peut commencer à le proposer dans les alternatives de la contraception. Parce que jusqu'à présent les jeunes femmes, c'était pilule ou implant. » E4* *« Vous me direz c'est comme tout, si on le propose, on en aura plus. » E19*	*« Bah c'est à nous d'avoir ce discours-là, de le dire hein. On est aux premières loges hein. Si nous on le propose pas... Il faut… Moi quand je vois une patiente pour la première fois reprendre une... Pour une prescription de contraceptif, de contraception, je lui explique les moyens de contraception qu'il y a. » E19*	
Passer la main	*« Je pense que l'honnêteté intellectuelle c'est de savoir passer la main à quelqu'un d'autre voilà, si on veut pas s'en charger. On peut pas tout faire. » E19*		

Relation médecin / Malade	*« Bah en général je fais bien détendre les gens, enfin voilà je reste vraiment au contact de la parole en leur expliquant ce que je fais. Et puis surtout que... Je leur dis que je reste à l'écoute si elles ont mal, j'arrête. » E9*

- Sous thème : facilité d'intégration dans la pratique courante

Un réseau de professionnels de santé accessible, plus de gynécos, implication des gynécos	*« La méthode serait qu'on puisse avoir un gynéco disponible pour ça et qu'on puisse le joindre facilement. Donc ça veut dire plus de perso à l'hôpital donc c'est une utopie. » E2*	*« Moi j'ai fait le DU hein, mais après faut aller voir des gynécos, voilà quoi. Moi je suis allée voir ma gynéco elle a pas voulu quoi... Donc... C'est pas évident après... » E20*	*« Je pense que c'est aussi le travail des gynécos, ils peuvent venir nous voir pour faire passer un peu le message et l'information au patient. » E1*
Reconnaissance par la sécurité sociale / Majoration cotation	*« Dans le flot de la consultation on peut pas dire qu'on est pas assez payé, mais quand même. On en fait pas un but d'argent. Moi c'est pas pour une histoire d'argent. » E2*		
Des modifications matérielles	*« Je leur montre à quoi ça ressemble, car en général elles imaginent que c'est quelque chose de très grand. » E3*	*« D'une manière générale, j'ai un exemple que je leur montre, déjà. Pour qu'elles aient une idée parce qu'elles, en général y a une grosse grosse angoisse. » E20*	
Appréciation du risque cardio-vasculaire	*« Mais ce qui va me faire en poser plus c'est une réévaluation plus fine de l'estimation du risque cardio vasculaire. Dieu sait que j'étais hyper chiant à ce niveau là mais je vais devenir abominable dans l'intérêt des filles. » E14*		
Le temps	*« Je pense qu'avec les jeunes générations qui vont arriver et nous qui allons partir à la retraite et bien les choses vont évoluer naturellement. » E1*	*« Mais je pense qu'il va y avoir un phénomène naturel les vieux médecins vont être remplacés par des plus jeunes qui auront d'emblée une vision beaucoup plus neutre dans le choix de la contraception de la jeune femme. » E1*	*« Vous savez les changements sont longs à venir, faire sa révolution culturelle et intellectuelle sur des indications thérapeutiques ou des contre-indications c'est pas des choses qui viennent du jour au lendemain. » E1*
Organisation	*« Moi j'ai que le système D de mon correspondant en ville gynéco ou je peux de temps en temps faire doubler la consultation, mais on est toujours dans le système D. » E2*		

- Thème : changements de la société

Polémique pilules de 3ème et 4ème génération.	*« Mais ils vont bouger avec cette nouvelle histoire qui nous tombe sur le nez avec les pilules de troisième génération. » E14*	*« Alors c'est vrai que les scandales de pilules ça peut aussi aider à basculer sur un autre mode de contraception. » E9*	*« Peut-être que l'histoire sur les pilules de troisième génération va être un bon tremplin, un catalyseur de changement d'attitudes et que les médecins vont se dire que la pilule il faut faire attention et proposer des choses différentes. » E1*
Sensibilisation sur les effets indésirables des hormones	*« En fait si on leur disait 30 ans d'hormones c'est pas anodin : elles réfléchiraient un peu plus mais y a personne pour leur dire. » E5*	*« Y a cette épée qui va nous tomber sur la tête : je vois pas pourquoi la pilule n'entrainerait pas un surrisque de cancer du sein parce que c'est un cancer hormono dépendant et que c'est l'intervalle entre la puberté et la première grossesse qui s'allonge de manière dramatique. » E14*	*« Et la pilule est un traitement hormonal. C'est pour ça moi je le dis "Attention c'est un médicament que vous prenez, c'est un traitement", c'est pas un petit bonbon comme ça qu'on prend tous les jours et puis tac c'est pratique ça évite de tomber enceinte. Je dis "Attention vous prenez un médicament, et ce médicament il y a des contre-indications, il y a des risques." » E19*
Information au masculin (la contraception c'est à deux)	*« Peut-être former les jeunes gens, les jeunes filles, les jeunes garçons, tout ça, tous ces gens là ils faut les former à la contraception. Et les garçons aussi, parce qu'on peut leur en parler, parce qu'ils sont quand même partie prenante même si c'est pas eux qui se font placer le stérilet ou prennent la pilule, bah peut-être quand même... » E19*	*« Et puis aussi chez les jeunes hommes. Un rapport sexuel c'est à deux, et du coup l'information elle pourrait aussi passer par eux. » E17*	
L'information grand public / Santé public	*« Donc je pense qu'il faut faire une information grand public pour expliquer que la contraception c'est pas que la pilule. » E1*	*« Je pourrais le faire davantage si je sentais que derrière la santé publique suit. Parce que j'ai quand même l'impression de faire partie des*	*« Donc peut-être oui effectivement que derrière il y ait des actions qui puissent pousser. Un peu comme ce qu'il se passe actuellement,*

		médecins un peu isolés qui beaucoup, beaucoup, proposent E7	*prescrivent enfin qui souvent. » avec la pilule. » E7*
Un changement des mentalités	*« Et un gros changement des mentalités dans notre société. Je pense que le stérilet est un bon moyen de contraception mais qu'il est sous-utilisé, il y a encore trop de réticences face à ce moyen de contraception. Il suffirait d'un changement de mentalité et de croyances pour que d'un coup on en pose plein. » E3*	*« Et puis changer les mentalités. » E17*	

➢ Thème : changements des jeunes femmes

L'information des patientes => moins d'explication donc gain de temps	*« C'est aussi parce que les femmes vont dire : « Mais docteur on m'a dit qu'on pouvait mettre un stérilet même si j'ai pas eu d'enfant. » Ca peut-être aussi faire bouger les choses par cet intermédiaire-là. » E1* *« Moi je leur dis qu'en Angleterre c'est utilisé larga manu depuis 20 ou 30 ans, et y a pas plus de grossesses extra-utérines ou pas de façon significative, que les infections c'est pas non plus significatif. » E17*	*« Là, on médiatise pas mal la pilule, je pense qu'il faudrait médiatiser aussi l'idée que le stérilet, il peut être posé avant. Parce que je pense que moi aussi dans ma pratique ce qu'il fait que des fois je freine c'est que de toute façon en face, il y a aussi un obstacle mental de se dire, on peut poser des stérilets. » E7*	*« Je pense que si elles arrivent avec une idée plus orientée sur le DIU en amont, je pense que oui ça aiderait, c'est sûr. Qu'elles me disent docteur, voilà j'aimerais une contraception, le stérilet je trouve que c'est pas mal ça orientera automatiquement un peu plus la prescription. Il y aura moins de communication à faire, moins d'explications, donc… » E8*
Campagne de publicité : presse, audiovisuel	*« Si les revues en parlaient plus. Les revues féminines ont un rôle important je pense, plus que ce qu'on peut dire. Je pense que c'est un problème de vulgarisation. » E15*	*« Et je pense qu'il y a peut-être des campagnes de pub à faire auprès des femmes. » E17*	*« Ah bah de toute façon c'est de la pub, c'est les magazines, les magazines féminins. » E18*
Education sexuelle dans les écoles	*« Je sais pas, est-ce que c'est l'éducation sexuelle dans les établissements, si faut des spots, enfin c'est pas forcément évident non plus. Ouais je pense que peut-être le vivier commun, ça reste l'école, enfin l'école, le collège et le lycée. » E17*	*« Informer les femmes dès le début, quand y a des formations sur la contraception dans les lycée de parler du stérilet en disant que c'est pas réservé a leur mère.Ca peut peut-être faire bouger les choses. » E1*	*« Après l'éducation sexuelle, pour moi en pratique c'est pas fait, donc... Au collège, lycée, c'est là qu'il faudrait que ça se fasse... » E20*
Une demande	*« Faut qu'il y ait quand même une demande de leur part. C'est elles qui vont le demander et pas moi qui vais leur proposer. Ce n'est pas facile lors d'une première consultation, un premier contact de proposer d'emblée la pose de stérilet. » E15*		

- Thème : changements des laboratoires pharmaceutique

Evolution technique (Mirena® *short*)	*« Peut être un stérilet plus adapté à la situation, des inserteurs plus petits ». E4*	*« Ils avaient projeté de sortir un Mirena® short ou en tout cas, un posable chez une femme nullipare, parce qu'actuellement moi j'en pose aucun Mirena® à une nullipare parce que c'est trop difficile. » E7*	
Mobilisation / Promotion des produits par les laboratoires pharmaceutiques	*« Je reçois beaucoup de visiteurs de pilule qui me saoulent, on peut le dire, par contre sur les stérilets, y en a pas beaucoup qui passent. » E7*	*« Y'a pas non plus des promotions des labos sur le stérilet. » E15*	*«C'est de la faute des laboratoires qui parlaient que des pilules de troisième génération et qui n'ont pas parlé des stérilets. » E15*

V. Efficacité contraceptive des différentes méthodes

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)		
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)		États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1[1]	0,2	20	15[1]
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1[1]	0,6	22	15[1]
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12[2]		6[2]		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge[3]	24, 12[4]	22[5]	20, 9[6]	64	62[5]
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5[7]	49	48
Spermicides	29	22[5]	18	58	62[5]
Cape cervicale	32, 16[8]		26, 9[9]		
Aucune méthode	85		85		

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b)

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1re année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

[1] tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; [2] diaphragme avec spermicide ; [3] les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; [4] femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; [5] spermicide ou éponge ; [6] femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; [7] méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; [8] femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; [9] femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

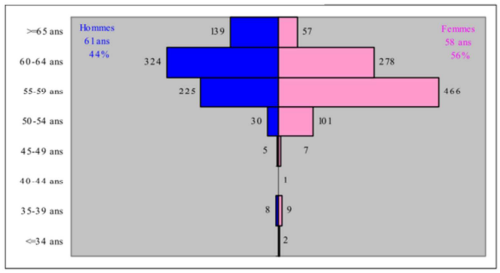
VI. Démographie médicale

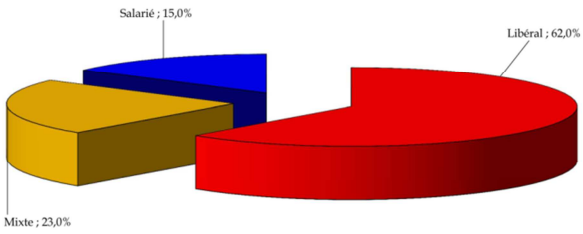
Départements Régions	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection%
Bas Rhin	7	22	29	6,7	-7%
Haut Rhin	1	12	13	4,4	-15%
Alsace	**8**	**34**	**42**	**5,7**	**-10%**
Dordogne	5	5	10	5,7	-10%
Gironde	13	14	27	4,5	-30%
Landes	5	5	10	6,3	-10%
Lot et Garonne	10	1	11	7,9	0%
Pyrénées Atlantiques	12	9	21	7,6	-10%
Aquitaine	**45**	**34**	**79**	**5,9**	**-16%**
Allier	1	3	4	2,8	-25%
Cantal	1	0	1	1,6	0%
Haute Loire	1	0	1	1,1	0%
Puy-de-Dôme	3	16	19	7,4	0%
Auvergne	**6**	**19**	**25**	**4,5**	**-8%**
Calvados	2	12	14	5,1	-21%
Manche	10	6	16	8,0	-13%
Orne	5	1	6	5,1	-17%
Basse-Normandie	**17**	**19**	**36**	**6,1**	**-17%**
Côte d'Or	6	4	10	4,7	-10%
Nièvre	4	5	9	9,7	-22%
Saône et Loire	7	5	12	5,3	-25%
Yonne	6	1	7	5,1	-14%
Bourgogne	**23**	**15**	**38**	**5,7**	**-16%**
Côtes d'Armor	10	7	17	7,0	-6%
Finistère	11	11	22	6,0	-23%
Ille et Vilaine	9	8	17	4,4	-18%
Morbihan	8	7	15	5,1	-20%
Bretagne	**38**	**33**	**71**	**5,5**	**-18%**
Cher	5	3	8	6,3	-25%
Eure et Loir	3	5	8	4,8	-13%
Indre	3	1	4	4,2	-25%
Indre et Loire	5	5	10	4,2	-20%
Loir et Cher	10	4	14	10,5	-14%
Loiret	3	6	9	3,5	-22%
Centre	**29**	**24**	**53**	**5,2**	**-19%**
Ardennes	5	4	9	8,2	11%
Aube	6	4	10	8,4	10%
Haute-Marne	1	6	7	9,5	-14%
Marne	3	1	4	1,8	-50%
Champagne-Ardenne	**15**	**15**	**30**	**5,7**	**-7%**
Corse du Sud	3	1	4	6,6	-25%
Haute Corse	0	3	3	4,4	0%
Corse	**3**	**4**	**7**	**5,4**	**-14%**
Doubs	3	4	7	3,4	-14%
Haute-Saône	0	4	4	4,3	-25%
Jura	0	3	3	2,9	-33%
Territoire de Belfort	2	2	4	7,3	0%
Franche-Comté	**5**	**13**	**18**	**3,9**	**-11%**
Eure	5	2	7	3,1	-29%
Seine Maritime	9	13	22	4,4	-27%
Haute-Normandie	**14**	**15**	**29**	**4,0**	**-24%**
Essonne	15	23	38	8,2	-26%
Hauts de Seine	26	45	71	11,2	-8%
Seine et Marne	15	23	38	7,6	-13%
Seine Saint Denis	24	23	47	8,3	-13%
Val d'Oise	23	20	43	9,7	-19%
Val de Marne	22	24	46	8,7	-2%
Ville de Paris	58	94	152	15,6	-20%
Yvelines	17	29	46	8,5	-20%
Ile-de-France	**200**	**281**	**481**	**10,4**	**-16%**
Aude	5	4	9	6,1	-22%
Gard	5	8	13	4,5	-15%
Hérault	14	15	29	6,7	-17%
Lozère	1	0	1	3,2	0%
Pyrénées Orientales	6	6	12	6,3	-17%
Languedoc-Roussillon	**31**	**33**	**64**	**5,9**	**-17%**
Corrèze	0	5	5	4,9	-40%
Creuse	1	1	2	3,8	-50%
Haute Vienne	4	3	7	4,5	-29%
Limousin	**5**	**9**	**14**	**4,5**	**-29%**

Départements Régions	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection%
Meurthe et Moselle	7	16	23	7,9	-4%
Meuse	2	0	2	2,6	-50%
Moselle	12	13	25	6,0	-12%
Vosges	3	2	5	3,3	-20%
Lorraine	**24**	**31**	**55**	**5,9**	**-9%**
Ariège	1	2	3	4,8	-33%
Aveyron	3	3	6	5,2	-33%
Gers	4	2	6	7,6	17%
Haute Garonne	13	13	26	5,2	-19%
Hautes Pyrénées	3	1	4	4,1	0%
Lot	2	1	3	4,1	-33%
Tarn	6	2	8	5,1	-25%
Tarn et Garonne	2	1	3	3,1	-33%
Midi-Pyrénées	**34**	**25**	**59**	**5,0**	**-17%**
Nord	14	36	50	5,0	-18%
Pas-de-Calais	8	17	25	4,4	-12%
Nord-Pas-de-Calais	**22**	**53**	**75**	**4,8**	**-15%**
Loire Atlantique	4	12	16	3,2	-13%
Maine et Loire	3	7	10	3,3	-20%
Mayenne	5	4	9	7,6	-22%
Sarthe	3	4	7	3,1	-14%
Vendée	4	4	8	3,2	-25%
Pays-de-la-loire	**19**	**31**	**50**	**3,5**	**-18%**
Aisne	4	5	9	4,3	-22%
Oise	7	9	16	5,3	-19%
Somme	6	4	10	4,5	-20%
Picardie	**17**	**18**	**35**	**4,7**	**-20%**
Charente	6	5	11	7,5	-18%
Charente Maritime	7	7	14	5,4	-7%
Deux-Sèvres	3	3	6	4,1	-33%
Vienne	2	5	7	4,0	-14%
Poitou-Charentes	**18**	**20**	**38**	**5,2**	**-16%**
Alpes Maritimes	11	8	19	4,2	-16%
Alpes-Hte-Provence	2	1	3	4,6	-33%
Bouches du Rhône	27	37	64	8,0	-8%
Hautes-Alpes	0	2	2	3,6	-50%
Var	7	14	21	5,0	-14%
Vaucluse	7	11	18	8,2	-6%
PACA	**54**	**73**	**127**	**6,3**	**-11%**
Ain	7	5	12	5,3	-17%
Ardèche	4	1	5	3,9	-20%
Drôme	8	4	12	6,2	-17%
Haute Savoie	11	10	21	7,3	-14%
Isère	14	20	34	7,3	-6%
Loire	3	8	11	3,6	-27%
Rhône	22	45	67	9,8	-9%
Savoie	3	8	11	6,7	-36%
Rhône-Alpes	**72**	**101**	**173**	**7,0**	**-14%**
France métropolitaine	**699**	**900**	**1599**	**6,4**	**-15%**
Guadeloupe	9	5	14	8,7	-21%
Guyane	1	2	3	4,3	-33%
Martinique	8	5	13	8,1	-8%
Mayotte	0	1	1	NR	-100%
Réunion	8	6	14	4,7	-21%
DOM	**26**	**19**	**45**	**6,5**	**-20%**
Pacifique Sud	1	1	2	NR	0%
Polynésie Française	2	1	3	NR	-33%
Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	NR	
Wallis-et-Futuna	0	0	0	NR	
TOM	**3**	**2**	**5**	**NR**	**-40%**
DOM/TOM	**29**	**21**	**50**	**NR**	**-22%**
Total Métropole+Dom+Tom	**728**	**921**	**1649**	**6,4**	**-16%**
Liste Spéciale	3	0	3		0%
LISTE SPECIALE	3	0	3		0%
Total Général	**731**	**921**	**1652**	**6,4**	**-16%**

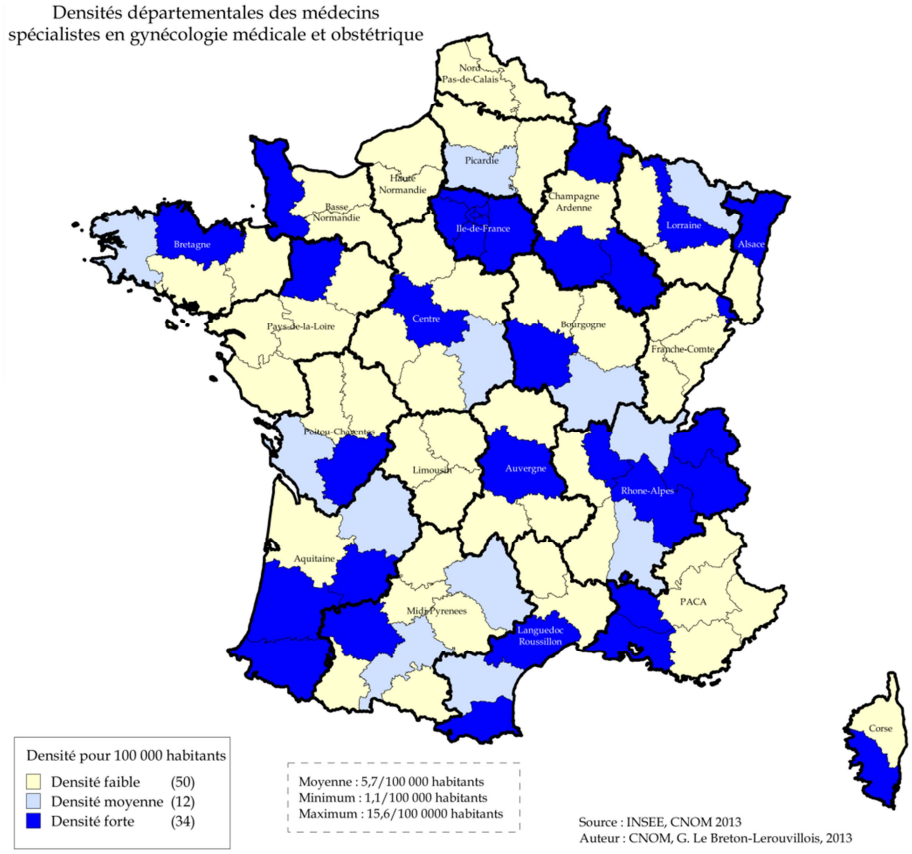
Gynécologie médicale et obstétrique : effectifs, densité et projection en activité régulière

Source : selon l'atlas de démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2013

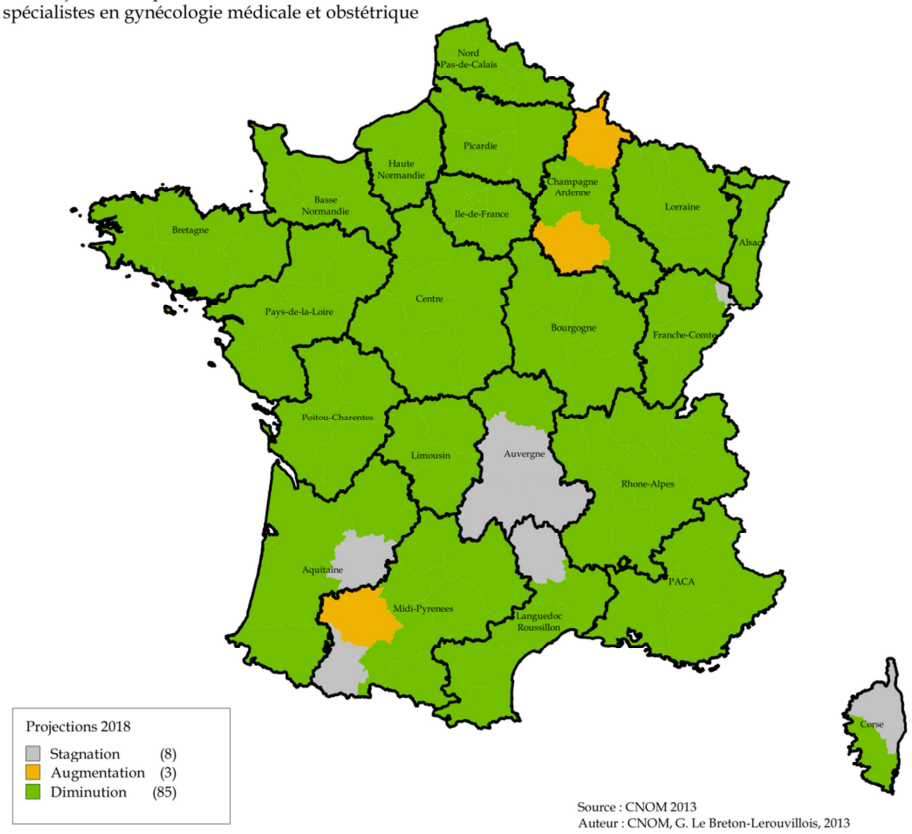




Gynécologie médicale et obstétrique : pyramide des âges et modes d'exercice



Projections départementales des médecins spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique

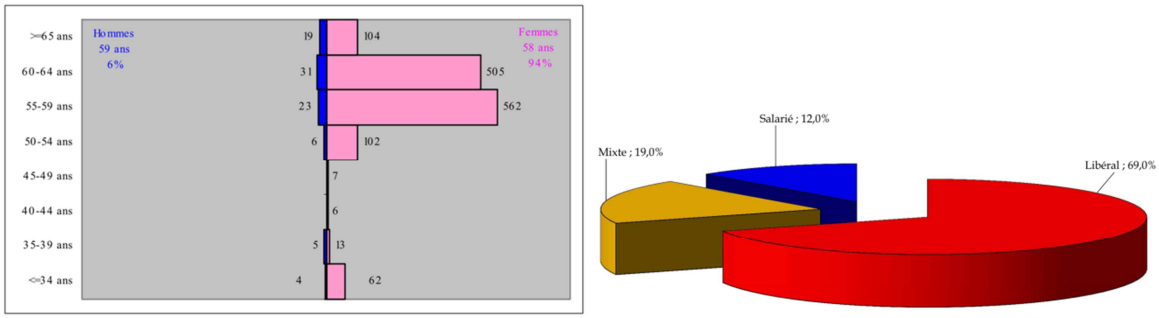


Source : CNOM 2013
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2013

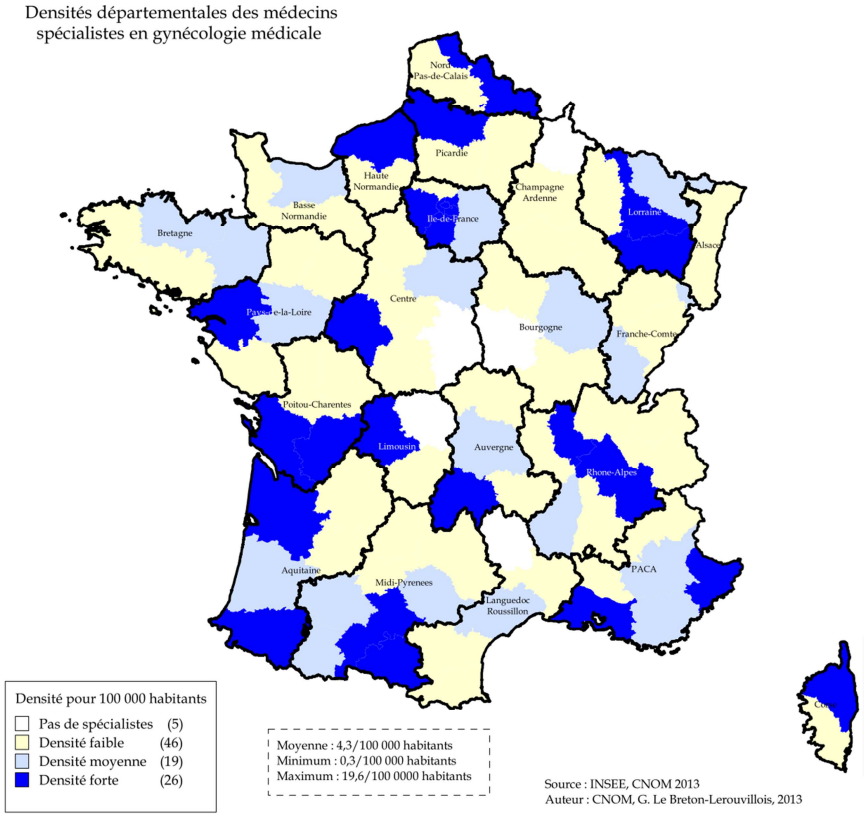
Départements Régions	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection%
Bas Rhin	0	2	2	0,5	0%
Haut Rhin	0	1	1	0,3	-100%
Alsace	**0**	**3**	**3**	**0,4**	**-33%**
Dordogne	0	2	2	1,1	-50%
Gironde	5	96	101	17	-7%
Landes	2	6	8	5,1	-13%
Lot et Garonne	0	5	5	3,6	-20%
Pyrénées Atlantiques	0	22	22	8,0	-14%
Aquitaine	**7**	**131**	**138**	**10,3**	**-9%**
Allier	1	2	3	2,1	-33%
Cantal	0	4	4	6,4	-25%
Haute Loire	0	2	2	2,3	0%
Puy-de-Dôme	0	13	13	5,1	-23%
Auvergne	**1**	**21**	**22**	**4,0**	**-23%**
Calvados	2	8	10	3,7	-30%
Manche	0	5	5	2,5	-40%
Orne	1	1	2	1,7	-50%
Basse-Normandie	**3**	**14**	**17**	**2,9**	**-29%**
Côte d'Or	1	8	9	4,3	-11%
Nièvre	0	0	0	0,0	
Saône et Loire	0	7	7	3,1	-43%
Yonne	0	1	1	0,7	0%
Bourgogne	**1**	**16**	**17**	**2,5**	**-29%**
Côtes d'Armor	2	7	9	3,7	-22%
Finistère	3	6	9	2,5	22%
Ille et Vilaine	1	15	16	4,2	-13%
Morbihan	2	8	10	3,4	0%
Bretagne	**8**	**36**	**44**	**3,4**	**-9%**
Cher	0	0	0	0,0	
Eure et Loir	0	4	4	2,4	-25%
Indre	0	2	2	2,1	0%
Indre et Loire	1	14	15	6,3	-20%
Loir et Cher	0	2	2	1,5	-50%
Loiret	1	12	13	5,1	-23%
Centre	**2**	**34**	**36**	**3,5**	**-22%**
Ardennes	0	0	0	0,0	
Aube	0	1	1	0,8	-100%
Haute-Marne	0	1	1	1,4	-100%
Marne	0	8	8	3,6	13%
Champagne-Ardenne	**0**	**10**	**10**	**1,9**	**-30%**
Corse du Sud	0	1	1	1,6	0%
Haute Corse	0	5	5	7,3	-20%
Corse	**0**	**6**	**6**	**4,6**	**-17%**
Doubs	1	5	6	2,9	-33%
Haute-Saône	0	3	3	3,2	0%
Jura	0	4	4	3,9	0%
Territoire de Belfort	0	2	2	3,6	0%
Franche-Comté	**1**	**14**	**15**	**3,3**	**-20%**
Eure	0	6	6	2,7	-33%
Seine Maritime	2	25	27	5,4	-33%
Haute-Normandie	**2**	**31**	**33**	**4,5**	**-33%**
Essonne	0	32	32	6,9	-22%
Hauts de Seine	0	62	62	9,8	-19%
Seine et Marne	1	20	21	4,2	-24%
Seine Saint Denis	0	30	30	5,3	-30%
Val d'Oise	1	10	11	2,5	-45%
Val de Marne	2	33	35	6,6	-29%
Ville de Paris	16	175	191	19,6	-29%
Yvelines	1	43	44	8,1	-36%
Ile-de-France	**21**	**405**	**426**	**9,2**	**-29%**
Aude	0	5	5	3,4	-40%
Gard	2	5	7	2,4	-29%

Départements Régions	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection%
Meurthe et Moselle	0	22	22	7,5	-23%
Meuse	0	2	2	2,6	0%
Moselle	2	15	17	4,1	-18%
Vosges	1	9	10	6,6	-20%
Lorraine	**3**	**48**	**51**	**5,4**	**-22%**
Ariège	0	4	4	6,4	0%
Aveyron	1	3	4	3,5	-50%
Gers	0	3	3	3,8	-67%
Haute Garonne	2	64	66	13,3	-6%
Hautes Pyrénées	0	4	4	4,1	0%
Lot	0	1	1	1,4	0%
Tarn	0	6	6	3,9	-33%
Tarn et Garonne	0	1	1	1,0	-100%
Midi-Pyrénées	**3**	**86**	**89**	**7,6**	**-18%**
Nord	9	83	92	9,2	-13%
Pas-de-Calais	2	16	18	3,2	-11%
Nord-Pas-de-Calais	**11**	**99**	**110**	**7,0**	**-13%**
Loire Atlantique	2	38	40	7,9	-3%
Maine et Loire	1	11	12	3,9	-25%
Mayenne	0	2	2	1,7	-50%
Sarthe	0	3	3	1,3	-33%
Vendée	0	5	5	2,0	-40%
Pays-de-la-loire	**3**	**59**	**62**	**4,4**	**-18%**
Aisne	0	5	5	2,4	-20%
Oise	1	9	10	3,3	0%
Somme	1	12	13	5,8	15%
Picardie	**2**	**26**	**28**	**3,8**	**0%**
Charente	1	9	10	6,9	-10%
Charente Maritime	3	12	15	5,8	-20%
Deux-Sèvres	0	1	1	0,7	-100%
Vienne	0	1	1	0,6	0%
Poitou-Charentes	**4**	**23**	**27**	**3,7**	**-15%**
Alpes Maritimes	1	36	37	8,1	-5%
Alpes-Hte-Provence	0	3	3	4,6	0%
Bouches du Rhône	2	76	78	9,8	-18%
Hautes-Alpes	0	1	1	1,8	0%
Var	0	19	19	4,5	-11%
Vaucluse	0	7	7	3,2	-43%
PACA	**3**	**142**	**145**	**7,2**	**-15%**
Ain	0	2	2	0,9	-50%
Ardèche	0	5	5	3,9	-20%
Drôme	1	6	7	3,6	-29%
Haute Savoie	0	9	9	3,1	-33%
Isère	4	35	39	8,3	-21%
Loire	0	5	5	1,7	-60%
Rhône	2	45	47	6,8	-30%
Savoie	0	3	3	1,8	-33%
Rhône-Alpes	**7**	**110**	**117**	**4,8**	**-29%**
France métropolitaine	**87**	**1355**	**1442**	**5,7**	**-22%**
Guadeloupe	0	0	0	0,0	
Guyane	0	1	1	1,4	-100%
Martinique	0	1	1	0,6	0%
Mayotte	0	0	0		
Réunion	1	1	2	0,7	-50%
DOM	**1**	**3**	**4**	**0,6**	**-50%**
Pacifique Sud	0	1	1	NR	0%
Polynésie Française	0	1	1	NR	0%
Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	NR	
Wallis-et-Futuna	0	0	0	NR	
TOM	**0**	**2**	**2**	**NR**	**0%**

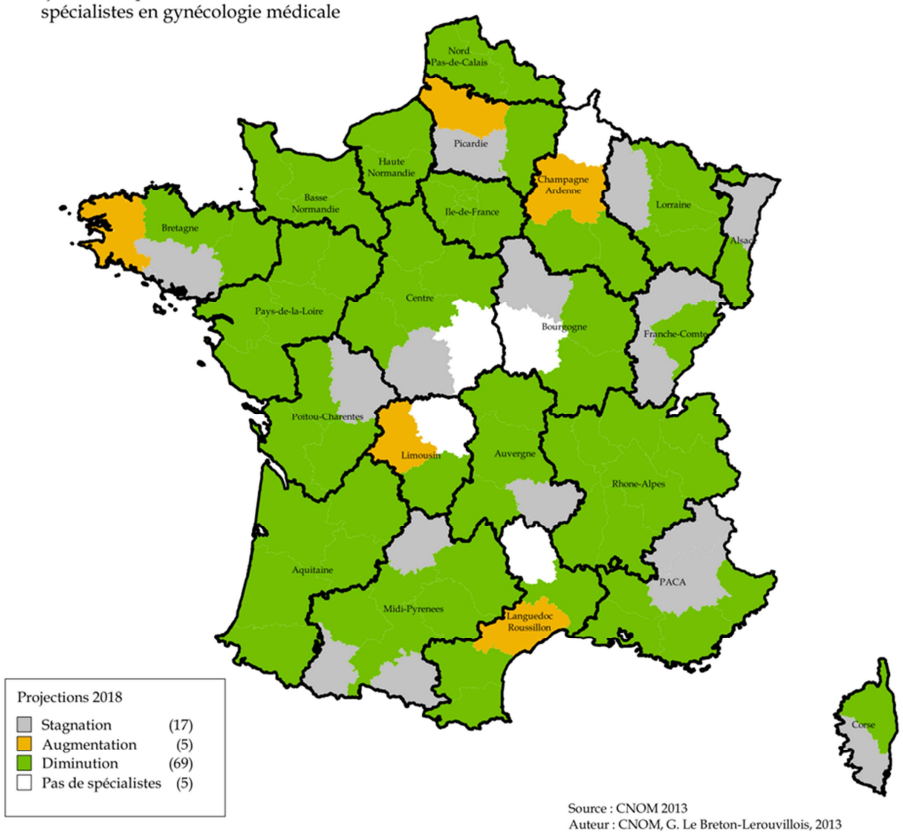
Gynécologie médicale : effectifs, densité et projection en activité régulière



Gynécologie médicale : pyramide des âges et modes d'exercice

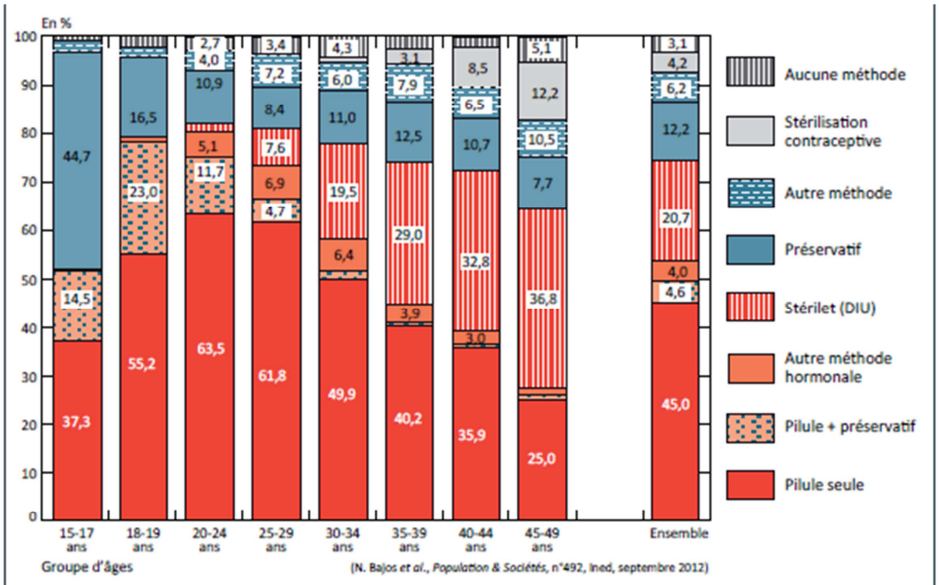


Projections départementales des médecins spécialistes en gynécologie médicale



Source : CNOM 2013
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2013

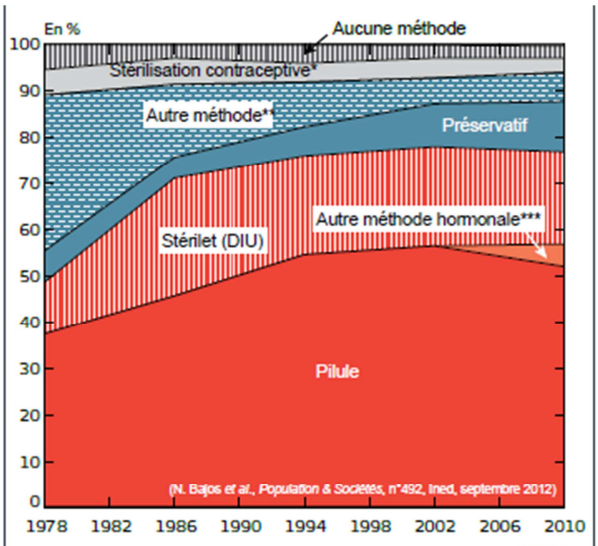
VII. Méthodes contraceptives en France en 2010



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

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.

Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



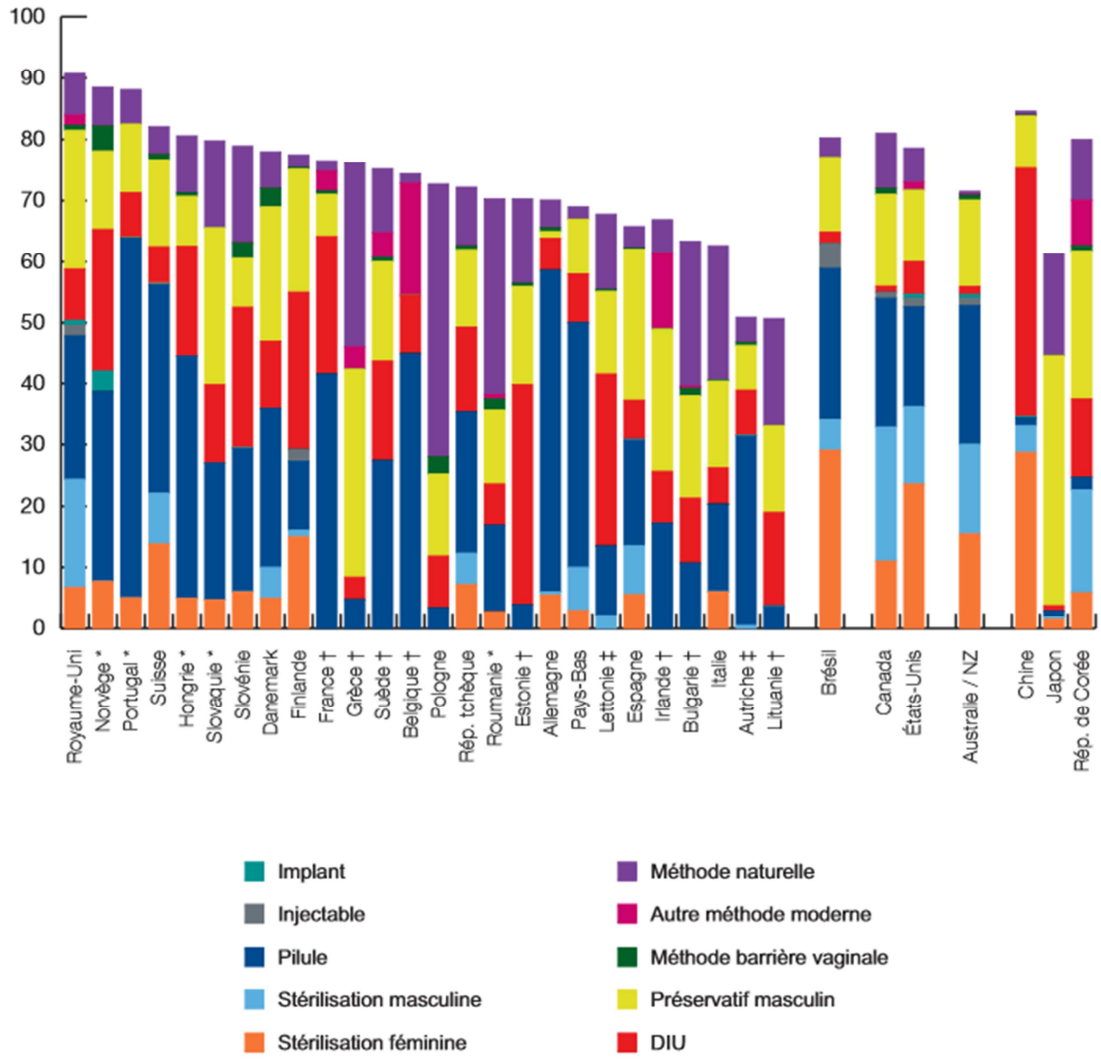
* l'homme ou la femme
** retrait, abstinence périodique, méthode locale, autre, ne sait pas
*** implant, patch, anneau vaginal

Sources : Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Evolution 1978-2010

VIII. Prévalence contraceptive selon les pays



Prévalence contraceptive par type de méthode par pays, Union européenne, pays de l'AELE et autres pays sélectionnés.

Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011

IX. Motifs de consultation en médecine générale

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16556	24.28
2	ETAT FEBRILE	11849	17.38
3	HTA	8935	13.10
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8418	12.34
5	VACCINATION	8224	12.06
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7838	11.49
7	HYPERLIPIDÉMIE	5700	8.36
8	LOMBALGIE	4689	6.88
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4063	5.96
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3483	5.11
11	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3175	4.66
12	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3125	4.58
13	RHINITE	2944	4.32
14	PLAINTE ABDOMINALE	2758	4.04
15	CONTRACEPTION	2658	3.90
16	TABAGISME	2588	3.80
17	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2512	3.68
18	TOUX	2498	3.66
19	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2479	3.64
20	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2356	3.45
21	BRONCHITE AIGUË	2333	3.42
22	DIABETE DE TYPE 2	2328	3.41
23	DERMATOSE	2231	3.27
24	INSOMNIE	2191	3.21
25	OTITE MOYENNE	2113	3.10
26	ANXIETE - ANGOISSE	2093	3.07
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	2011	2.95
28	ARTHROSE	1927	2.83
29	ASTHENIE - FATIGUE	1902	2.79
30	ASTHME	1872	2.75
31	CYSTITE - CYSTALGIE	1869	2.74
32	CERVICALGIE	1820	2.67
33	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1812	2.66
34	CONTUSION	1790	2.62
35	ECZEMA	1635	2.40
36	SUITE OPERATOIRE	1619	2.37
37	CONSTIPATION	1501	2.20
38	SINUSITE	1481	2.17
39	DEPRESSION	1452	2.13
40	CEPHALEE	1431	2.10
41	SCIATIQUE	1427	2.09
42	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	1404	2.06
43	EPIGASTRALGIE	1366	2.00
44	HYPOTHYROIDIE	1346	1.97
45	DORSALGIE	1334	1.96
46	CONJONCTIVITE	1329	1.95
47	HUMEUR DEPRESSIVE	1323	1.94
48	NEVRALGIE - NEVRITE	1245	1.83
49	TENOSYNOVITE	1232	1.81
50	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	1219	1.79

Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009

X. Déclaration CNIL

FINALITÉ *Ce champ est le titre de la fiche* *Etat de la fiche : Actif*	Thèse UJF / DMG - étude sur les freins a la prescription des dispositifs de contraception intra-utérins en médecine générale
DESCRIPTION ET OBJECTIFS *Décrire les principaux Objectifs du Traitement*	Présentation d'une thèse de médecine générale sur les freins a la diffusion du dispositif intra-utérin (DIU) chez la jeune femme nullipare en ambulatoire. - Recueil de données qualitatives en direct dans le cabinet des médecins généralistes. - Analyse qualitative des données par thématique.
CIL DÉSIGNÉ	Guillot Patrick
UNIVERSITÉ	Université Joseph Fourier
RESPONSABLE DE TRAITEMENT *Université Joseph Fourier (représenté par Président UJF)*	[Société] Université Joseph Fourier
UNITÉ (SERVICE) RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE *Référents Université : Messina-Ravanat Liliane, Martinet Bernard, Gourounian Muriel*	Université Joseph Fourier - Département de Médecine Générale
Unités co-responsables	Université Joseph Fourier - UFR Médecine
FACULTÉ OU SERVICE GÉRANT LE DROIT D'ACCÈS	Faculté ou Service responsable de la mise en oeuvre
DATE DE MISE EN OEUVRE	28/03/2013
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES *Personnes concernées par le Traitement*	Médecins généralistes (ambulatoire) exerçant en Isère volontaires pour répondre à l'étude. (environ 20 personnes)

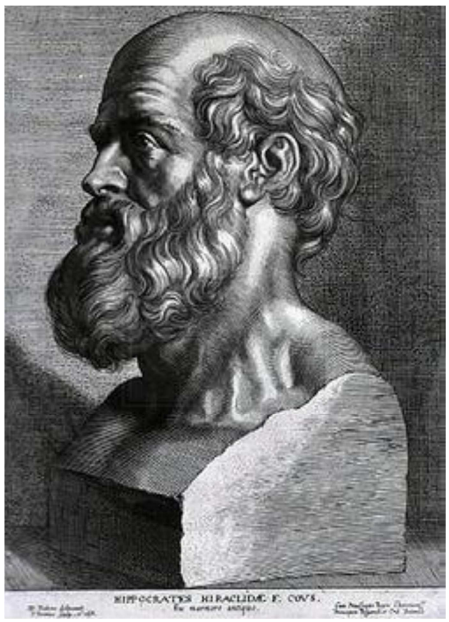
CATÉGORIES DE DONNÉES ET CATÉGORIES DE DESTINATAIRES
Décrire le Traitement (tip : vous pouvez coller depuis Word)

Données ou catégories	Origine / source	Durée de conservation	Destinataires
Situation professionnelle Âge Sexe Commune d'exercice Données techniques métier	enregistrement audio des médecins	Fin de la thèse (décembre 2013)	Investigatrices (2 internes) Le directeur de thèse

Les données sont collectées lors d'entretiens enregistrés retranscrits et détruits après la réalisation du mémoire de thèse.

MOTIFS *Saisissez les motifs de la version en préparation.* *Par défaut le motif de la première version peut être :* *P remière activation .*	Activation d'un traitement unique de thèse
Experts fonctionnels / experts Métier	Gaboreau Yoann
TYPE DE DÉCLARATION	Déclaration normale
Identification de la déclaration	Thèse UJF / DMG - étude sur les freins a la prescription de DIU
Compléments sur le traitement ***Rajouter ici des compléments éventuels sur le traitement, qui n'apparaissent pas dans le registre public (onglet Fiche)***	***Commentaire CIL*** *Niveau des formalités : DN (en vertu de l'article 63, al.1 (Chap X) de la loi du 6 janvier 1978 modifiée* Recueil de données qualitatives de janvier à Avril 2013 en direct dans le cabinet des médecins généralistes. Le recueil des données est effectué par les 2 investigatrices lors d'un entretien avec le médecin. Les données sont enregistrées et conservées afin d'être retranscrites. Les enregistrements et documents intermédiaires sont conservés sur l'ordinateur personnel d'une investigatrice (accès protégé) jusqu'à la réalisation du mémoire de thèse et détruits ensuite. Analyse qualitative des données par thématique. Le directeur de thèse est le Dr MORTAS (médecin généraliste à Vizille)
SÉCURISATION DES DONNÉES	Les données anonymes sont sauvegardées et chiffrées sur ordinateur personnel Les investigateurs sont tenus au secret professionnel : - le Dr MORTAS , directeur de thèse, - les internes de médecine générale GAILLARD Marine et RICHARD Aude.
INFORMATION ET DROIT DES PERSONNES	Les personnes concernées (environ 20 médecins généralistes enquêtés) sont informés oralement -de la possibilité ou non de répondre à l'interview -de l'enregistrement des interviews, avec leur accord oral, afin d'effectuer une analyse qualitative pour une thèsel. -du nom du directeur de thèse
Annexes internes (accès restreint)	FPT_Gaillard-Richard (Fiche prélable de traitement_Gaillard-Richard.pdf), Guide d'entretien (guide d'entretien.pdf), Projet de thèse (fiche projet de thèse.pdf)
CIL désigné	Guillot Patrick
Responsable Légal	Université Joseph Fourier (représenté par Président UJF)
Référent	Référents Université : Messina-Ravanat Liliane, Martinet Bernard, Gourounian Muriel

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Les dispositifs intra-utérins sont le premier moyen de contraception réversible dans le monde. En 2004, l'HAS statue que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares". Malgré les nouvelles recommandations, en France, leur utilisation reste marginale : environ 1% des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.

L'objectif de cette étude était de déterminer les freins à la diffusion du dispositif intra-utérin chez la jeune femme nullipare en soins primaires ambulatoires.

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes libéraux ou salariés de l'Isère, dans leur cabinet d'exercice. Les entretiens enregistrés ont été menés par deux enquêtrices. L'étude a été conduite en recherche de variation maximale, suivant un guide d'entretien et jusqu'à saturation des données. Après retranscription exhaustive des entretiens, une analyse thématique a été réalisée par les deux investigatrices respectant ainsi la triangulation des données et codages.

Vingt médecins généralistes ont été interviewés entre janvier et avril 2013. Les freins mis en évidence sont de quatre ordres. Tout d'abord ceux liés aux professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues. Deuxièmement, ceux en rapport avec les patientes nullipares, principalement induits par un manque d'information. Troisièmement viennent les freins en lien avec la société et enfin ceux dépendant des laboratoires pharmaceutiques. Chez les médecins généralistes, les réticences restent ancrées, en dépit des nombreuses études et recommandations qui en découlent depuis bientôt 10 ans. Par ailleurs, les médecins favorables à cette méthode se heurtent à un problème de compétence pratique.

Les leviers d'actions vont reposer notamment sur une réorganisation de l'enseignement pratique et théorique de la gynécologie en médecine générale.

MOTS CLÉS :

Recherche qualitative, Stérilet, Dispositif Intra-Utérin, Nullipare, Adolescents, Contraception, Soin Primaire, Médecin de Famille.

ABSTRACT

Intrauterine devices are the main contraceptive method in the world. In 2004, the HAS reported that "IUDs are not only intended for multiparous". Despite these new recommendations, their use on French nulliparous remain marginal : about 1% of this population use it, as of today.

The objective of this study was to determine the factors that hinder the use of intrauterine devices on young nulliparous women in primary health care.

A qualitative study was conducted among GPs of Isere, in their practice office. The recorded meetings were undertaken by two interviewers. The study was carried out in search of maximum variation, respecting an interview guide, until data saturation. After exhaustive transcription of the interviews, a thematic analysis was conducted by both investigators, thereby respecting the triangulation of data.

Twenty GPs were interviewed between January and April 2013. The highlighted hindrances could be divided in four types. First of all, those dependent on the health care professionals, whether general practitioners or gynecologists. Secondly, those related to nulliparous patients, mainly from a lack of information. Finally the restraints depending on the society or on the pharmaceutical industry. Among GPs, reluctances remain anchored, despite the many studies and the recommendations issued thereafter, for nearly 10 years. Furthermore, doctors in favour of this method are confronted to the problem of their lack of practical skills.

Levers of action will rely on a reorganization of the practical and theoretical teaching of gynecology in general practice.

KEYWORDS:

Intrauterine devices, Nulliparous, Contraception, Primary Health Care, Family Practice, Teenagers, Qualitative Study.

RÉSUMÉ

Les dispositifs intra-utérins sont le premier moyen de contraception réversible dans le monde. En 2004, l'HAS statue que "les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares". Malgré les nouvelles recommandations, en France leur utilisation chez la nullipare reste marginale : environ 1% des femmes nullipares l'utilisent à ce jour.
L'objectif de cette étude était de déterminer les freins à la diffusion du dispositif intra-utérin chez la jeune femme nullipare en soins primaires ambulatoires.
Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes libéraux ou salariés de l'Isère, dans leur cabinet d'exercice. Les entretiens enregistrés ont été menés par deux enquêtrices. L'étude a été conduite en recherche de variation maximale, suivant un guide d'entretien et jusqu**'**à saturation des données. Après retranscription exhaustive des entretiens, une analyse thématique a été réalisée par les deux investigatrices respectant ainsi la triangulation des données et codages.
Vingt médecins généralistes ont été interviewés entre janvier et avril 2013. Les freins mis en évidence sont de quatre ordres. Tout d'abord ceux liés aux professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues. Deuxièmement, ceux en rapport avec les patientes nullipares, principalement induits par un manque d'information. Troisièmement viennent les freins en lien avec la société et enfin ceux dépendant des laboratoires pharmaceutiques. Chez les médecins généralistes, les réticences restent ancrées, en dépit des nombreuses études et recommandations qui en découlent depuis bientôt 10 ans. Par ailleurs, les médecins favorables à cette méthode se heurtent à un problème de compétence pratique.
Les leviers d'actions vont reposer notamment sur une réorganisation de l'enseignement pratique et théorique de la gynécologie en médecine générale.

ABSTRACT

Intrauterine devices are the main contraceptive method in the world. In 2004, the HAS reported that "IUDs are not only intended for multiparous". Despite these new recommendations, their use on French nulliparous remain marginal : about 1% of this population use it, as of today.
The objective of this study was to determine the factors that hinder the use of intrauterine devices on young nulliparous women in primary health care.
A qualitative study was conducted among GPs of Isere, in their practice office. The recorded meetings were undertaken by two interviewers. The meetings were recorded and performed by two interviewers. The study was carried out in search of maximum variation, respecting an interview guide, until data saturation. After exhaustive transcription of the interviews, a thematic analysis was conducted by both investigators, thereby respecting the triangulation of data.
Twenty GPs were interviewed between January and April 2013. The highlighted hindrances could be divided in four types. First of all, those dependent on the health care professionals, whether general practitioners or gynecologists. Secondly, those related to nulliparous patients, mainly from a lack of information. Finally the restraints depending on the society or on the pharmaceutical industry. Among GPs, reluctances remain anchored, despite the many studies and the recommendations issued thereafter, for nearly 10 years. Furthermore, doctors in favour of this method are confronted to the problem of their lack of practical skills.
Levers of action will rely on a reorganization of the practical and theoretical teaching of gynecology in general practice.