



HAL
open science

Freins à la prescription du DIU chez la nullipare : étude qualitative auprès de 12 médecins haut-normands

Claire Méheut-Ferron

► **To cite this version:**

Claire Méheut-Ferron. Freins à la prescription du DIU chez la nullipare : étude qualitative auprès de 12 médecins haut-normands. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01081218

HAL Id: dumas-01081218

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081218>

Submitted on 7 Nov 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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE : 2014

THÈSE POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

CLAIRE MÉHEUT-FERRON ÉPOUSE FOUBERT

NÉE LE 3 OCTOBRE 1986 A ROUEN

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 OCTOBRE 2014

**FREINS À LA PRESCRIPTION DU DIU CHEZ LA NULLIPARE :
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE
12 MÉDECINS HAUT-NORMANDS**

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Loïc MARPEAU

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Danièle BOUILLON-COMA

COMPOSITION DU JURY:

Président du jury :	Professeur Loïc MARPEAU
Directrice de thèse :	Docteur Danièle BOUILLON-COMA
Membres du jury :	Professeur Véronique MERLE
	Professeur Priscille GERARDIN

REMERCIEMENTS

Au Professeur Loïc MARPEAU,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury et de juger mon travail : veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Aux Professeurs Véronique MERLE et Priscille GERARDIN,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Danièle BOUILLON-COMA,

Pour tout votre temps consacré à ce travail, pour votre enseignement, votre patience, votre écoute et votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

À tous les médecins généralistes,

Pour avoir accepté de participer à ces entretiens. Merci de m'avoir consacré du temps et de m'avoir fait partager votre expérience.

À mes relectrices, Pauline et Maman,

Merci pour votre temps consacré à ce travail.

À Quentin, l'amour de ma vie,

Pour ton aide et ton soutien dans ce travail, pour l'amour et la patience que tu me portes chaque jour, merci.

À mes parents,

Pour m'avoir donné toutes les chances de réussir, pour votre amour et votre soutien, merci. Je vous garde comme exemple au fond de moi.

À mes petits frères et sœur,

Que j'aime de tout mon cœur et qui pourront toujours compter sur moi.

À mes grands-pères,

Qui ont toujours été des exemples pour moi;

À mes grand-mères,

Qui m'ont toujours soutenue et chérie, merci.

À Joséphine,

Pour ton soutien et ton amitié si précieuse, merci.

À toute ma famille et tous mes amis,

Qui me soutiennent de près ou de loin, merci.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
 Professeur Benoit VEBER
 Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **M-P. AUGUSTIN – J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE – P. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD – J-P. FILLASTRE - P FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J-M. JOUANY – R. LAUMONIER – P. LAURET – M. LE FUR – J-P. LEMERCIER – J-P. LEMOINE – H. MAGARD – B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – A-M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – D. SAMSON-DOLLFUS – J-C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF-J. TESTART – J-M. THOMINE – C. THUILLEZ – P. TRON – C. WINCKLER – L-M. WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>sumombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>sumombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>sumombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Jean DOUCET	HB	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE	HCN	Urologie
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mr Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
Mr Bruno MIHOUT (<i>urnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme. Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr François TRON (<i>urnombre</i>)	UFR	Immunologie

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre-Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mr Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEURS CONTRACTUELS

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
Mr Thierry WABLE	Communication

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Imane EL MEOUCHE	Microbiologie
Mme Juliette GAUTIER	Pharmacie galénique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** Physiologie (ADEN)

Mme Su **RUAN** Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Antoine **OVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER** Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

ABRÉVIATIONS

AAG : American Academy of Pediatrics
ACOG : American congress of Obstetricians and Gynecologists
AMM : Autorisation de mise sur le marché
CNGOH : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
DIU : Dispositif intra utérin
ECBV : Examen cytot bactériologique vaginal
EP : Embolie pulmonaire
FDA : Food and Drugs Administration
GEU : Grossesse extra utérine
HAS : Haute Autorité de Santé
INED : Institut National d'Études Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut national de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LNG : Lévonorgestrel
MIP : Maladies inflammatoires pelviennes
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PV : Prélèvement vaginal
RCIU : Retard de croissance intra-utérin
RCP : Résumé des caractéristiques du produit
TVP : Thrombose veineuse profonde

TABLE DES MATIÈRES :

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	3
1.1 Le DIU	3
1.1.1 Histoire	3
1.1.2 Présentation	7
1.1.2.1 Description des types de DIU. Mécanismes d'action	7
1.1.2.1.1 Le DIU au cuivre	7
1.1.2.1.2 Le DIU hormonal	7
1.1.2.2 Indications/ Contre-indications	8
1.1.2.2.1 Indications. Population concernée	8
1.1.2.2.2 Contre indications	9
1.1.2.3 Conditions d'insertion et technique de pose	10
1.1.2.4 Surveillance et complications à court terme	12
1.1.2.4.1 Surveillance	12
1.1.2.4.2 Complications	13
1.1.2.5 Effets indésirables	14
1.1.2.6 Les échecs du DIU	15
1.1.3 Efficacité du DIU et taux de continuation ; comparaison aux autres moyens contraceptifs	16
1.1.4 Le DIU en France et dans le monde	17
1.1.4.1 Types de DIU commercialisés en France. Coût	17
1.1.4.2 Utilisation du DIU en France et dans le monde	18
1.1.5 Aspects médico-légaux	20
1.2 La Nullipare	21
1.2.1 Définitions, profil et comportements à risque	21
1.2.1.1 Définition	21
1.2.1.2 La jeune nullipare, enjeux contraceptifs	22
1.2.2 Choix contraceptif et connaissances des jeunes femmes et des adolescentes en matière de DIU	24
1.2.3 Tolérance du DIU par les jeunes femmes et adolescentes nullipares	26
1.3 DIU en médecine générale	27
2 MÉTHODE	29
2.1 Type d'étude/ choix de la méthode	29
2.2 Échantillon/ critère d'inclusion et d'exclusion	30
2.3 Organisation et déroulement des entretiens	30
2.4 Retranscription	31
2.5 Méthode d'analyse des données	31
3 RÉSULTATS	33
3.1 Caractéristiques des médecins	33
3.2 Avantages du DIU selon le médecin	33
3.2.1 Indépendance	33
3.2.2 Efficacité	34
3.2.3 Coût	34
3.2.4 Confort	34
3.2.5 GEU	34
3.2.6 Contraception non hormonale	34
3.3 Ambivalence des médecins	35
3.4 Déterminants des pratiques de pose de DIU	35
3.4.1 Déterminants concernant l'apprentissage de la pose de DIU de la part des médecins	35
3.4.1.1 Formation durant les études	35
3.4.1.2 Formation après les études	36

3.4.1.2.1	Après des confrères -----	36
3.4.1.2.2	Planning familial-----	36
3.4.1.2.3	Auto-apprentissage -----	37
3.4.1.2.4	Apprentissage chez la nullipare-----	37
3.4.1.2.5	Faible intérêt du Diplôme Universitaire de gynécologie pour l'apprentissage de la pose du DIU -----	37
3.4.2	Déterminants concernant les changements de pratiques des médecins par rapport à la pose du DIU -----	37
3.4.2.1	Evolution des mentalités et des pratiques des médecins -----	37
3.4.2.2	Concernant la pose chez la nullipare-----	38
3.4.2.3	Changement des pratiques chez les jeunes médecins -----	39
3.4.2.4	Changement de demande des patientes -----	39
3.4.2.5	Influence des laboratoires pharmaceutiques -----	39
3.5	Freins des médecins généralistes à la pose du DIU-----	40
3.5.1	Rumeurs -----	40
3.5.2	Freins selon les caractéristiques propres au DIU -----	41
3.5.2.1	Chronophage -----	41
3.5.2.2	Difficultés et échecs de pose -----	41
3.5.2.3	Effets indésirables-----	42
3.5.2.4	Freins matériels -----	42
3.5.2.5	Risque de délai de pose trop long-----	43
3.5.3	Freins selon le profil des patientes -----	43
3.5.3.1	Freins spécifiques chez la nullipare-----	43
3.5.3.1.1	Absence de pose de DIU chez la nullipare par certains gynécologues-----	43
3.5.3.1.2	Difficulté du changement d'habitude-----	44
3.5.3.1.3	Risque infectieux-----	45
3.5.3.1.4	Maturité sexuelle-----	45
3.5.3.1.5	Technicité du geste -----	45
3.5.3.1.6	Intrusif-----	46
3.5.3.2	Freins selon d'autres caractéristiques de la patiente-----	47
3.5.3.2.1	Risque de durée de pose trop court -----	47
3.5.3.2.2	Utérus « contractile » -----	47
3.5.3.2.3	Perdus de vue -----	47
3.5.3.2.4	Statut de mineure -----	48
3.5.4	Freins selon les caractéristiques propres du médecin-----	48
3.5.4.1	Difficultés à aborder le sujet de la sexualité -----	48
3.5.4.2	Statut de médecin homme -----	48
3.5.4.3	Manque de compétences-----	49
3.5.4.4	Volonté de préserver un exercice varié de médecine générale -----	49
3.5.4.5	Coût -----	50
3.5.4.6	Judiciarisation de la médecine -----	50
3.6	Freins de la patiente au choix du DIU rapportés par le médecin -----	51
3.6.1	Méconnaissance et peur du DIU -----	51
3.6.1.1	Taille du DIU -----	51
3.6.1.2	Gêne du partenaire -----	51
3.6.1.3	Idées reçues : caractère abortif, cancer -----	51
3.6.1.4	Corps étranger -----	52
3.6.1.5	Peur de la douleur lors de la pose -----	52
3.6.2	Craintes des effets secondaires et des échecs du DIU -----	52
3.6.2.1	Grossesses sous DIU -----	52
3.6.2.2	Infections sous DIU -----	52
3.6.2.3	Placement/Peur de perdre le DIU -----	52
3.6.2.4	Douleur-----	53
3.6.2.5	Aménorrhée-----	53
3.6.2.6	Anémies-----	53
3.6.3	Perte de l'autocontrôle -----	53
3.7	Déterminants des choix des patientes -----	53
3.7.1	Informations données par le médecin-----	53

3.7.2	Sources d'information autre que le médecin	55
3.7.3	Avantages perçus par les patientes	56
3.8	Moyens de réassurance autour de la pose	56
3.8.1	Echographie	56
3.8.2	Pince Pozzi	57
3.8.3	Prémédication	57
3.8.4	Prélèvement vaginal	58
4	DISCUSSION	59
4.1	Intérêt et originalité de l'étude	59
4.2	Critique de la méthode	60
4.2.1	Les biais	60
4.2.1.1	Biais de sélection	60
4.2.1.2	Biais de déclaration	60
4.2.1.3	Biais de l'enquêtrice	60
4.2.2	Limites	61
4.2.3	Validité	61
4.2.3.1	Validité interne	61
4.2.3.2	Validité externe de l'étude:	61
4.3	Analyse des résultats	61
4.3.1	Difficulté au changement d'habitudes, vers une évolution des mentalités ?	62
4.3.2	Principales appréhensions des médecins au sujet de la nullipare	64
4.3.2.1	Risque infectieux	64
4.3.2.2	Peur des difficultés techniques	65
4.3.2.3	Problème médicolégal	66
4.3.2.4	Idées répandues	67
4.3.3	Relation patiente/médecin	67
4.3.3.1	Médecin homme/ médecin femme, influence ?	67
4.3.3.2	Difficultés à aborder la sexualité avec les patientes	68
4.3.3.3	Education précoce des jeunes filles à la contraception	69
4.3.3.4	Réticences des patientes par rapport aux hormones	71
4.3.3.5	Freins selon le profil des patientes	71
4.3.4	Relation médecins généralistes, gynécologues	72
	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE	76
	ANNEXES	82
	Guide d'entretien	82
	Classification des indications et contre-indications des méthodes contraceptives selon l'OMS	83
	Entretiens (sur CD)	84

INTRODUCTION

Le Dispositif intra-utérin (DIU), plus communément appelé stérilet, a longtemps été réservé aux femmes qui avaient déjà eu un ou plusieurs enfants. On pensait que la pose du DIU chez la nullipare était responsable d'infections pelviennes et de grossesses extra-utérines, sources de stérilité. Les multipares étaient donc la seule et unique cible de ce moyen contraceptif, la nulliparité étant considérée comme une contre-indication. Cette contre-indication est toujours enseignée dans de nombreuses facultés de médecine et figure même dans certains ouvrages de référence (1).

Au sortir de l'externat, je redécouvre les bases de la contraception en lisant « le chœur des femmes » puis « contraception mode d'emploi » de Martin Winckler (2). J'y apprendis que le DIU peut très bien être posé chez les patientes nullipares puis retrouve cette indication dans d'autres études. Mes débuts d'internat et notamment le stage chez le praticien me permettent de mettre en application cette pratique. Mon stage aux urgences gynécologiques me fait prendre conscience de l'importance des demandes d'IVG chez des patientes souvent jeunes et très souvent mal couvertes par une contraception orale.

Élaboré il y a un siècle, le DIU, est une méthode contraceptive efficace, de longue durée d'action, réversible, mais aussi, n'imposant pas une prise quotidienne. L'emploi du terme DIU est à privilégier par rapport au mot stérilet qui sous-entend de façon ambiguë stérilité. Mais les 2 termes sont encore actuellement utilisés et ils vont sûrement coexister longtemps. En anglais, les termes « IUD » et « coil » (=rouleau, bobine) coexistent. En allemand le terme stérilet se traduit par « spirale ».

Les nullipares, femmes n'ayant jamais accouché (à distinguer des nulligestes, femmes n'ayant jamais été enceintes), se voient prescrire dans la très grande majorité des cas en 1^{ère} intention la pilule, méthode contraceptive efficace en utilisation optimale mais beaucoup moins en utilisation réelle. Une utilisation optimale nécessite une observance rigoureuse de la part de son utilisatrice de façon quotidienne. Cette utilisation est loin d'être parfaite et est source d'oubli ou d'erreur. Qui n'a jamais oublié sa pilule ? Ces oublis sont responsables dans certains cas de grossesses non désirées.

Environ 225 000 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ont été réalisées en 2010 en France dont 212 000 en métropole, ce taux se stabilise depuis 2006 (3). Malgré la généralisation de la contraception et son accès facilité pour les mineures, le nombre d'IVG ne décroît pas et 15 % des IVG concernent les femmes de 15 à 19 ans, le taux augmentant d'une année sur l'autre.

Il s'agit en majorité de jeunes femmes qui n'ont pas de désir de grossesse à court ou moyen terme, chez qui le premier moyen contraceptif utilisé le plus souvent est la pilule. Une IVG reste une expérience traumatisante pour toute femme, d'autant plus lorsqu'elle se produit à un âge jeune.

Proposer à ces jeunes femmes des moyens contraceptifs de longue durée d'action, réversibles, tels que l'implant ou le DIU, dont l'efficacité ne dépend pas de l'observance, pourrait permettre de limiter le nombre de grossesses non désirées et les IVG (4). Cette pratique reste peu répandue malgré les recommandations de la HAS en 2004 (5).

Le DIU peut être proposé à la patiente nullipare, mais peu de médecins le savent, le prescrivent et le posent.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les réticences des médecins généralistes vis à vis des DIU et plus précisément concernant leur prescription chez la nullipare. L'objectif secondaire est de comprendre les attitudes des médecins vis-à-vis du DIU chez les nullipares et plus particulièrement des adolescentes.

Nous avons interrogé 12 médecins généralistes haut-normands sur leur perception du DIU d'une manière générale et plus particulièrement chez la patiente nullipare. Les données recueillies ont ensuite été analysées et comparées à celles existantes dans la littérature.

1 CONTEXTE

1.1 Le DIU

1.1.1 Histoire

« On ne connaît bien une science que quand on en connaît l'histoire. » (A COMTE). Ainsi débutaient nos cours d'histoire de la médecine en première année. Voici donc un bref rappel historique pour entrer en matière.

L'apparition du DIU au sein des méthodes contraceptives est très tardive, puisque la première application date de 1909. Plusieurs raisons l'expliquent :

- Avant l'invention des matières plastiques, les objets métalliques étaient mal tolérés par l'utérus et favorisaient les infections locales ;
- les connaissances de la physiologie de la reproduction étaient tellement approximatives que les premiers objets destinés à pénétrer dans la cavité utérine ont été mis au point dans l'espoir de favoriser la fertilité.

On dit que les arabes plaçaient des pierres dans l'utérus des chamelles pour éviter la conception pendant les longs voyages. Dans l'espèce humaine, les premiers dispositifs insérés dans l'utérus avaient un but curatif : on retrouve dans les écrits hippocratiques la description d'un tube creux en plomb, qui devait être rempli de graisse de mouton et placé dans le canal cervical de façon à garder ouvert l'orifice utérin, probablement dans le but de favoriser l'ascension du sperme, ou d'introduire localement des médicaments.

Au XVIIe siècle, le pessaire à tige était recommandé. Mais le corps médical était partagé à propos de cet instrument, certains pensant qu'ils favorisaient effectivement la conception, d'autres au contraire estimant qu'il l'empêchait. On a continué à placer des objets dans l'utérus jusqu'au XIXe siècle pour leurs propriétés curatives ou au contraire, pour prévenir la conception. Qu'ils soient utilisés dans un but curatif ou contraceptif, ces objets rigides métalliques ouvraient la voie à l'infection. Ces appareils seront abandonnés dans les années 1900.

En 1909, en Pologne, le Dr Richard Richter publie son invention : une première véritable description d'un DIU. Il s'agit d'un anneau flexible fabriqué à partir de catgut de ver à soie : deux fils recourbés de façon à former un anneau de 27 mm de diamètre et attachés ensemble par un fil spiralé d'aluminium et de bronze. L'appareil est placé dans la cavité utérine à l'aide d'une sonde. Un fil appendu au DIU passe par le canal cervical et est coupé au niveau de l'orifice externe de celui-ci. Richter ne donne pas de statistiques concernant le taux d'échec ou d'expulsion de la méthode mais toute contraception est alors officiellement interdite. En revanche il recommande de le placer 12 semaines après un accouchement et met en garde contre toute insertion en cas d'infection préexistante ou si une grossesse est suspectée. Ces deux circonstances constituent toujours actuellement les deux contre-indications majeures de la méthode. La plus longue action ininterrompue observée par Richter fut de quatre ans.

Malgré les qualités de ce DIU, il disparaît pendant un demi-siècle, d'une part à cause des critiques envers la contraception intra-utérine à cette époque, d'autre part à cause de la publication de quelques accidents infectieux.

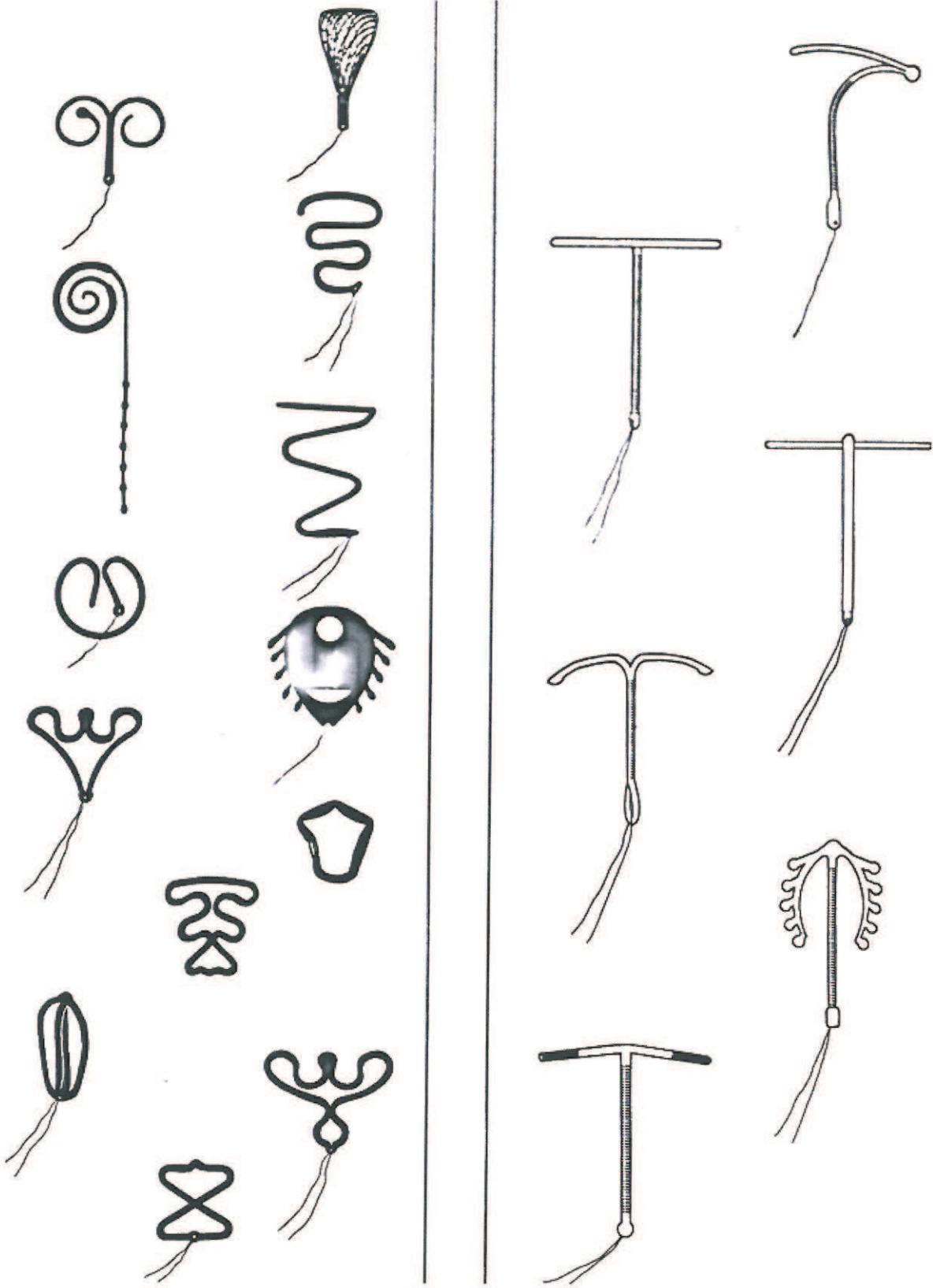
L'apparition des matières plastiques consacre définitivement la méthode de contraception intra-utérine. A partir de 1960, les modèles de DIU se multiplient. La plupart des premiers modèles sont trop grands pour la cavité utérine : la présence du DIU provoque des saignements et des contractions de l'utérus, ce qui élimine certainement les grossesses débutantes, mais aussi les DIU. Dans l'ensemble le taux de grossesse constaté chez les femmes utilisant des DIU en polyéthylène est de 3 % à 4 %. On constate une expulsion des appareils dans 5 à 15 % des cas et des douleurs pelviennes et des saignements inter-menstruels dans 5 à 12 % des cas. Les DIU en polyéthylène pur agissent passivement par leur seule présence physique, ils sont dits « inertes » par opposition aux DIU « actifs » qui sont porteurs d'une substance contraceptive. En 1969, Jaime Zipper démontre qu'un fil de cuivre implanté dans la corne d'un utérus de lapine empêche l'implantation des œufs par rapport à la corne utérine opposée. Des expériences sont alors tentées chez la femme en 1971 et plusieurs modèles sont testés afin de déterminer la quantité de cuivre à utiliser. Les propriétés contraceptives du cuivre ont permis de diminuer la taille des dispositifs, ce qui favorise une meilleure tolérance par l'utérus. L'efficacité des appareils augmente proportionnellement à la quantité de cuivre qui leur est

incorporé. Les modèles en polyéthylène sont vite abandonnés. Le contenu en cuivre des DIU, au départ de 200 mm², est allé en augmentant, pour atteindre maintenant 380 mm², avec un taux d'échec qui est passé de 1 à 3 % à moins de 1 % (6).

Le premier DIU libérant un gestagène commercialisé, Progestasert®, est introduit dans les années 80. Le réservoir d'hormone (38 mg de progestérone) de ce DIU est petit, ce qui fait qu'il doit être changé chaque année. Les grossesses ectopiques sont plus fréquentes, il est donc retiré du marché en Europe.

Un DIU au Lévonorgestrel (LNG) s'est développé. En augmentant la quantité de LNG à l'intérieur du réservoir, la durée d'action est prolongée à 5 ans, l'incidence des grossesses ectopiques a diminué. Ce DIU au LNG est introduit en Finlande en 1990, en Suède en 1992, en Angleterre en 1995, en Suisse en 1996 et en France en 1997 (7).

Figure 1 : Différents DIU en polyéthylène (à gauche) et en cuivre (à droite)



1.1.2 Présentation

1.1.2.1 Description des types de DIU. Mécanismes d'action

Le DIU est un dispositif contraceptif inséré dans l'utérus d'une femme qui désire une contraception temporaire ou durable. Il en existe 2 types : hormonal ou au cuivre. La majorité a la forme d'un « T », support en plastique radio opaque, dont la barre verticale mesure 3,5 à 4 cm de long et les bras latéraux flexibles 2 cm chacun. Chaque DIU est rattaché par un fil de Nylon qui ressort par le col utérin en deux brins, ce qui permet de contrôler la présence du dispositif et de le retirer. Les mécanismes d'action des différents DIU sont multiples, ce qui leur assure une grande fiabilité.

1.1.2.1.1 Le DIU au cuivre

Le cuivre est contenu au niveau des branches du DIU. La surface en cuivre nécessaire pour une efficacité satisfaisante doit être supérieure ou égale à 250 mm². Ce dosage minimal est respecté pour tous les DIU disponibles en France actuellement (8). Son mode d'action principal est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes : il détruit les spermatozoïdes et probablement aussi les ovocytes. De plus, la présence du DIU au contact de l'endomètre attire des leucocytes, qui achèvent de détruire les spermatozoïdes. Cette inflammation locale de l'endomètre empêche l'implantation dans l'utérus d'un éventuel ovocyte fécondé. Le cuivre agit aussi sur l'ovocyte et compromet sa fécondation par les spermatozoïdes. Ainsi cette méthode constitue une vraie méthode contraceptive à part entière et non pas abortive (8). La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs (9). Le DIU au cuivre est efficace d'emblée dès la pose.

1.1.2.1.2 Le DIU hormonal

La branche verticale du DIU hormonal est constituée d'un réservoir contenant 52mg de LNG libérant 20microgrammes de LNG par 24h (8).

- Le LNG agit en épaississant la glaire cervicale ce qui empêche l'ascension des spermatozoïdes vers la cavité utérine ;
- Il atrophie la muqueuse utérine, ce qui diminue l'abondance des règles et empêche la nidation.
- Il inhibe la fécondation en bloquant les interactions entre ovocytes et

spermatozoïdes par expression d'une glycoprotéine (glycodéline A).

- Enfin, lorsque le taux plasmatique de LNG est supérieur à 200 pg/ml, on observe une augmentation des indices de pulsatilité des artères utérines en phase lutéale, ce qui pourrait contribuer à altérer l'implantation de l'œuf.

Le DIU au LNG est efficace dans les 4 jours après la pose, il faut donc utiliser une autre méthode contraceptive en association durant ces jours ci.

1.1.2.2 Indications/ Contre-indications

1.1.2.2.1 Indications. Population concernée

Le DIU, qu'il soit au cuivre ou hormonal, est une méthode contraceptive de 1ère intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action. Le recours à cette méthode contraceptive dispense l'utilisatrice des contraintes liées à l'observance de la prise. Le DIU peut être proposé à toutes les femmes, quelque soit la parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose ont été écartées. Mais selon les différentes instances en matière de santé, les avis sont nuancés concernant la nullipare.

La HAS et L'INPES considèrent que la parité n'est pas un critère pour la délivrance d'un DIU. Le DIU au cuivre constitue une méthode contraceptive de 1ère intention chez toutes les femmes, même nullipare en l'absence de contre-indication. Le RCP du Mirena® précise cependant que ce DIU n'est pas une méthode contraceptive de 1ère intention chez les jeunes femmes nullipares et la Commission de transparence le situe en 2^{ème} intention après les DIU au cuivre (9).

Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant que les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (5,10).

Selon le CNGOF, plus modéré, le DIU ne constitue pas une méthode contraceptive de première intention chez les adolescentes, les jeunes et les nullipares jeunes, avec comme arguments à l'appui qu'il existe une moins bonne tolérance (douleurs, métrorragies, expulsions plus fréquentes), et surtout un risque infectieux pelvien, en principe plus élevé que chez les femmes adultes du fait de la prévalence élevée des IST à cet âge. Mais le CNGOF précise qu'il faut savoir s'adapter à chaque cas particulier avec toute la prudence nécessaire (11).

L'ACOG recommande l'utilisation du DIU chez toutes les femmes jeunes et

nullipares (4,12,13).

A contrario, en 2007 l'American Academy of Pediatrics est plus prudente: le DIU est approprié selon eux chez les adolescentes ayant déjà eu des enfants et chez celles qui se protègent des IST. Elle précise que le DIU est un choix contraceptif de deuxième intention pour les adolescentes qui ont eu une grossesse inattendue avec une autre méthode (14).

L'insertion d'un DIU au cuivre jusqu'à cinq jours après la date théorique d'ovulation est contraceptive, ce qui en fait une méthode de contraception d'urgence efficace. A contrario, le DIU hormonal ne peut être utilisé comme contraception d'urgence car l'hormone n'est pleinement active qu'au bout de quelques jours.

Le DIU hormonal a comme autre indication les ménorragies fonctionnelles après recherche et élimination de causes organiques décelables.

1.1.2.2 Contre indications

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU définies par l'OMS sont (10):

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

Spécifiquement pour les DIU au cuivre, comme autre contre-indication absolue :

- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif. La maladie de Wilson figure comme une contre-indication mais ceci semble davantage

être une précaution qu'une certitude de par le peu d'études sur le sujet.

Spécifiquement pour les DIU au LNG, comme autres contre-indications absolues :

- Cancer du sein en cours ou autre cancer hormono-dépendant.

Il n'est pas recommandé de poser tout type de DIU (risque 3 classé par l'OMS) :

- dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;
- lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.
- NB : Il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les DIU mise en évidence, pas même les anti-inflammatoires (en cure courte comme en utilisation prolongée) comme le réaffirme le journal « Prescrire » en 2003 et en 2012 (15,16), même si cela figure toujours sur les notices (7). Il s'agit en fait d'une hypothèse ancienne selon laquelle le mécanisme d'action des DIU passe par un effet inflammatoire local dans l'utérus, effet que les AINS pourraient diminuer.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU au LNG dans ces cas:

- Affections hépatiques aiguës (cirrhose grave) ou tumeur hépatique (type adénome hépatocellulaire ou tumeur hépatique maligne).
- Cancer du sein en rémission depuis 5 ans.
- Thrombose Veineuse Profonde/Embolie Pulmonaire évolutive.
- Dans le lupus en cas de Syndrome des anti-phospholipides SAPL (positifs ou inconnus).
- En cas de migraine avec aura, il n'est pas conseillé de poursuivre cette méthode.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU au cuivre :

- Dans le lupus en cas de thrombocytopénie grave.

1.1.2.3 Conditions d'insertion et technique de pose

Les principes généraux de pose d'un DIU communs aux divers types sont les suivants : la pose du DIU est précédée d'un examen gynécologique afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus. Certains recommandent d'effectuer l'insertion en 1ère partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte. On recommande en pratique courante, l'insertion du DIU juste après

les règles (au 4ème ou 5ème jour), car le col de l'utérus est alors un peu plus ouvert (17).

L'administration d'antalgiques, tel un anti-inflammatoire, avant la pose peut être proposée et figure dans beaucoup de références, mais l'efficacité de cette technique diffère selon les études (18–20). Un bloc para-cervical permet, chez certaines femmes une insertion moins douloureuse du dispositif, tout en diminuant les douleurs d'origine cervicale (18,19,21). Le Misoprostol® est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 utilisé dans les avortements car il agit en entraînant des contractions au niveau du col utérin et ainsi favorise son ouverture. Il est utilisé par certains pour l'insertion d'un DIU (hors AMM) chez des femmes qui ont un col très serré, notamment les femmes nullipares. Mais les études divergent à ce sujet. Un essai contrôlé randomisé de 80 femmes a démontré que 400 µg de Misoprostol® en sublingual administré 1 heure avant l'insertion avait significativement facilité l'insertion du DIU dans l'utérus de femmes nullipares, mais cela n'avait eu aucun effet sur la douleur (18). D'autres révèlent que cette pratique est fondée principalement sur le « bouche à oreille », que le Misoprostol® augmenterait les douleurs et ne faciliterait pas la pose (19,22).

Il convient de consulter la notice pour les spécificités propres à chacun des DIU notamment sur la position de la bague à adopter.

La patiente est allongée sur le dos, en position "gynécologique", ou éventuellement en position latérale demi-assise. Le port de gants non stériles suffit avant de mettre en place un spéculum de taille adaptée.

Après avoir désinfecté le col à l'aide d'une solution antiseptique, il est habituel de saisir le col avec une pince à col stérile (pince Pozzi ou pince Museux) pour le maintenir au moment de l'insertion. Il faut prévenir la femme d'une possible douleur lors de la fermeture de la pince et saisir, en fermant la pince lentement, la lèvre antérieure du col si l'utérus est antéversé, ou la lèvre postérieure s'il est rétroversé (21).

Puis, un hystéromètre souple (une sonde fine graduée) permet de mesurer la profondeur utérine, notamment lors d'une première insertion. Il est déconseillé d'utiliser un hystéromètre métallique rigide, source de perforation utérine. Une fois le dispositif intra-utérin sorti de son enveloppe stérile, il faut fixer la bague mobile qui sert de repère sur le tube d'insertion, à la hauteur correspondant à la profondeur utérine mesurée. Le DIU doit affleurer à la sortie du tube inserteur, sans manipulation

directe pour éviter tout contact du dispositif avec les mains ; Il est préférable d'éviter que le dispositif ne reste plus de 2 minutes environ dans le tube d'insertion, car il risque de perdre la mémoire de sa forme.

Une traction soutenue sur la pince à col tenue de la main gauche (pour les droitiers) permet d'aligner l'axe du col et l'axe du corps de l'utérus. Tout en maintenant la traction, le tube d'insertion s'introduit de la main droite dans le canal cervical, sans tenter de passer le canal cervical en force. Le tube d'insertion est introduit jusqu'à ce que sa bague-repère soit au contact du col de l'utérus. Pour les DIU dont le tube d'insertion est accompagné d'un poussoir, il faut retirer partiellement le tube d'insertion, jusqu'à la partie hachurée du poussoir, en maintenant le poussoir au contact du dispositif pour dégager les bras du DIU du tube, puis repousser l'ensemble poussoir/tube inserteur jusqu'à ce que la bague soit de nouveau en contact du col. Retirer le tube inserteur jusqu' à la butée du poussoir afin de libérer complètement le DIU dans la cavité utérine, puis retirer le poussoir puis le tube d'insertion, en prenant garde de ne pas tirer sur les fils.

D'autres encore utilisent la méthode « torpille ». Ils pratiquent l'introduction du DIU dans la cavité utérine, avec ou sans pince, sans avoir fait d'hystérométrie au préalable. Le tube inserteur s'arrête au niveau de l'isthme et le DIU est ensuite propulsé dans l'utérus (23).

Les fils se coupent ensuite à 2 cm ou 3 cm de l'orifice externe du col de l'utérus, ce qui permettra de retirer le dispositif en tirant sur les fils le moment venu. Après avoir retiré la pince puis le spéculum, il est recommandé de laisser la patiente se reposer un moment en position allongée (9,24).

1.1.2.4 Surveillance et complications à court terme

1.1.2.4.1 Surveillance

Il est recommandé de consulter son médecin 1 à 3 mois après la pose, afin qu'il s'assure que le DIU est bien posé : contrôle de la présence des fils, absence de douleur ou de signes infectieux. Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux trois semaines qui suivent l'insertion (1,5,25). La surveillance s'effectue ensuite une fois par an (9). Certains médecins recommandent aux patientes de surveiller elles-mêmes la présence des fils.

1.1.2.4.2 Complications

- Infections

Il existe un risque infectieux dans les 20 jours qui suivent la pose du DIU. Ces infections sont rares et peuvent être dues à l'inexpérience du médecin, par faute d'asepsie d'une part, ou bien par l'existence préalable d'une infection asymptomatique jusqu'alors. Un chlamydiae peut rester à l'état latent au niveau vaginal ou cervical pendant des mois voire des années. L'insertion du DIU ne provoque pas alors l'infection, il la révèle par diffusion des germes au travers du col. La réalisation d'un prélèvement vaginal (ECBV= examen cytobactériologique vaginal) avant la pose du DIU peut permettre de dépister des IST latentes et de les traiter avant toute pose de DIU. Cet ECBV n'est pas obligatoire mais est conseillé par la HAS chez les patientes à risques de développer des IST (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés). Une antibiothérapie prophylactique n'a pas démontré son utilité (13,26).

- Perforation

Le risque de perforation au moment de l'insertion est inférieur à 1/1000. Pour éviter les perforations, il faut attendre quatre à six semaines après un accouchement (un mois après une IVG) et utiliser, pour mesurer la profondeur utérine, un hystéromètre en plastique. Il faut également éviter d'insérer un DIU « de force ». Elles sont plus fréquentes avec des médecins inexpérimentés en pose de DIU (2,24).

- Expulsion

Il arrive que l'utérus ne tolère pas la présence du DIU et se contracte de manière répétée jusqu'à ce qu'il l'expulse. Les expulsions surviennent surtout :

- Quand le DIU est posé plus de quarante-huit heures et moins de quatre semaines après un accouchement
- Au cours des deux premiers mois qui suivent l'insertion, pendant les règles
- Quand la femme a moins de trente ans
- Chez la patiente nullipare
- Quand l'utérus est déformé par un fibrome
- Quand la femme ne veut pas du DIU
- Quand le DIU est mal posé.

Le risque d'expulsion est faible, estimé à 5 à 10% à 5 ans selon les DIU et les études. L'expulsion est plus fréquente dans les 3 mois qui suivent la pose (2,9).

1.1.2.5 Effets indésirables

Durant la pose, l'insertion du DIU peut déclencher des crampes douloureuses dans le bas ventre pouvant aller jusqu'à causer la survenue de malaises vagues. Les douleurs peuvent être prévenues par la prise d'anti-inflammatoires ; des douleurs et/ou des saignements persistants plus de deux jours après la pose du DIU doivent faire consulter. Le DIU est dans ce cas possiblement mal placé ou en cours d'expulsion.

- DIU au cuivre

Les DIU au cuivre ne modifient pas le cycle naturel de la femme. L'effet le plus courant d'un DIU au cuivre est l'augmentation du volume et de la durée des règles chez certaines femmes, surtout pendant les premiers mois qui suivent sa mise en place. Ce phénomène peut être contrôlé au moyen d'anti-inflammatoires quelques jours au moment des règles. Souvent, cela se normalise au bout de quelques mois. Il arrive cependant, que certaines femmes soient anémiées de façon plus ou moins sévère à cause de l'abondance des règles. Cela peut nécessiter le retrait du DIU (2).

- DIU au LNG :

Le DIU au LNG entraîne un amincissement de l'endomètre et ainsi diminue l'abondance et la durée des règles, jusqu'à une possible aménorrhée. Il peut entraîner des saignements anarchiques pendant les premiers mois qui suivent l'insertion, puis atténuer et faire disparaître tout saignement. Ce dernier phénomène est souvent apprécié par les femmes de plus de trente-cinq ans, mais conduit les femmes plus jeunes à le refuser ou à demander qu'on le leur retire.

Son retrait devra être envisagé :

- en cas de survenue ou d'aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire ;
- en cas de survenue ou de récurrence : de céphalées exceptionnellement sévères, d'ictère, d'augmentation importante de la pression artérielle, de suspicion ou de diagnostic d'une tumeur hormono-dépendante, y compris cancer du sein, de pathologies artérielles sévères telles qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde, d'une infection génitale haute (9).

Enfin, les utilisatrices doivent être averties de rares effets indésirables liés au

faible passage systémique des hormones tels : une poussée d'acné, des sentiments de dépression, une sensation de «gonflement», une prise de poids, une baisse de la libido (21,27).

1.1.2.6 Les échecs du DIU

L'éventualité d'une grossesse, même si elle est très faible, n'est pas totalement exclue (voir indice de Pearl p.16). Quand une grossesse survient sur DIU elle peut être soit intra- soit extra-utérine.

En cas de grossesses sur DIU, la proportion des GEU est plus grande qu'en cas de grossesses chez les femmes sans contraception. Cette proportion plus élevée s'explique par le fait que l'effet contraceptif du DIU s'exerce surtout sur l'endomètre et sur la glaire cervicale, beaucoup moins sur les trompes. Lorsqu'une grossesse survient chez une femme porteuse d'un DIU, cette grossesse a donc une probabilité plus grande d'être une GEU. Mais en nombre absolu, les GEU sont dix fois moins nombreuses chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception.

Tableau 1 : Proportion de GEU chez les femmes sans contraception et chez les utilisatrices de DIU (28)

Proportion	Nombre de grossesse	Nombre de GEU
1000 femmes sans contraception 1/100	1000	10
1000 femmes portant un DIU 1/10	10	1

Tableau 2: Fréquence des GEU chez les femmes sans contraception et chez les utilisatrices de DIU (29)

Contraception	Fréquence des grossesses extra utérines
Aucune	3 à 4,5 pour 1000 grossesses
DIU au Cuivre TCU 380 A (TT380)	0,20 pour 1000 grossesses
DIU au LNG (Mirena®)	0,20 pour 1000 grossesses

Donc la présence d'un DIU n'augmente pas le nombre de GEU. Au contraire, elle le réduit. La principale cause des GEU sont les salpingites dues aux IST. Elles augmentent le risque de survenue d'une GEU car les ovocytes fécondés se

déplacent mal dans une trompe abîmée par une infection (1,2,5). Les femmes ayant un antécédent de GEU peuvent tout à fait se faire prescrire un DIU (10).

1.1.3 Efficacité du DIU et taux de continuation ; comparaison aux autres moyens contraceptifs

L'efficacité des méthodes contraceptives est mesurée par l'indice de Pearl. L'indice de Pearl correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an. Il est calculé en divisant le nombre moyen de grossesses non planifiées par le nombre de mois d'utilisation d'une méthode de contraception particulière dont on veut mesurer l'efficacité et en multipliant le résultat par 1200.

Le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est inférieur à 1. L'indice de Pearl pour le DIU au cuivre est de 0,6 % en utilisation correcte et régulière et passe à 0,8 % en emploi courant. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le DIU au LNG. L'indice de Pearl du DIU au LNG est de 0,2% et le taux d'échec cumulatif est d'environ 0,7 % à 5 ans (9,10).

Tableau 3 : Efficacité des méthodes contraceptives données par l'indice de Pearl en % (10)

	En pratique courante	En utilisation optimale	Taux de continuation à 1 an
Estro-progestatifs	8	0,3	68%
DIU-LNG	0,1	0,1	84%
DIU-Cu	0,8	0,6	78%
IMPLANTS-LNG	0,05	0,05	84%
Préservatif masculin	16	2	53%

Les études montrent que les méthodes contraceptives de longue durée d'action, tels l'implant ou le DIU, ont des taux de continuation à 1 an meilleurs que ceux des autres moyens contraceptifs comme la pilule. Le pourcentage de femme continuant l'utilisation du DIU après un an est de 80%. Il se rapproche de celui des utilisatrices d'implant (84%) et est plus élevé que chez les utilisatrices de contraception orale (78% à 54% selon les études) (30,31). Les études sont tout aussi convaincantes concernant la nullipare comme nous le verrons plus loin.

1.1.4 Le DIU en France et dans le monde

1.1.4.1 Types de DIU commercialisés en France. Coût

Tableau 4 : DIU commercialisés en France

DIU	Structure	Durée	Taille	Prix en €	Remb SS
Au cuivre GYNELLE® 375	Cadre en polyéthylène 375 mm ² de Cu Fil de nylon Monobrin	4 ans	Unique	30,5	60%
Au cuivre TT® 380	Cadre en polyéthylène 380 mm ² de Cu Fil double en polyéthylène	5 ans, 10 pour le standard	Standard Short	30,5	60%
Au cuivre MULTILOAD® Cu 375	Cadre en polyéthylène 375 mm ² de Cu	5 ans	Standard Mini-short	30,5	60%
Au cuivre UT® 380	Cadre en polyéthylène 380 mm ² de Cu	5 ans	Standard Short	30,5	60%
Au cuivre NT® 380	Cadre en polyéthylène 380 mm ² de Cu-Argent Fil de nylon Monobrin	5 ans	Standard Short	30,5	60%
Au cuivre MONA LISA® Cu 375	Cadre en polyéthylène Fil en nylon indéchirable	5 ans	Standard long : 34,8mm SL court : long : 29,4mm	30,5	60%
Au cuivre MONA LISA® Cut380 AQL	Cadre en polyéthylène Fil en nylon indéchirable	10 ans	Unique long : 38,85mm	30,5	60%
Au cuivre MONA LISA® NT Cu380	Cadre en polyéthylène Fil en nylon indéchirable	5 ans	Unique Long : 31,9mm	30,5	60%
SIU hormonal MIRENA®	Réservoir de 52mg de Levonorgestrel (20µg/j)	5 ans	Unique	125,37	65%
SIU hormonal JAYDESS®	Réservoir de 13,5mg de Levonorgestrel (6µg/j)	3 ans	Unique Petites dimensions Long 30mm	102,9	65%

Certains DIU existent sous format « standard » mais aussi sous format « short ». Ceux-là peuvent être posés dans des utérus plus petits notamment chez la nullipare.

Les dispositifs au cuivre commercialisés en France ont le statut de dispositif médical. Leur prise en charge par l'assurance maladie relève d'une ligne générique de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) depuis mi-2008, et non plus d'une inscription sous nom commercial. Depuis 2000, le prix de vente au public n'est plus libre. En septembre 2008, le prix maximum de vente au public et le tarif de remboursement ont été augmentés et fixés à 30,50 €, remboursables à 65 % par l'assurance maladie.

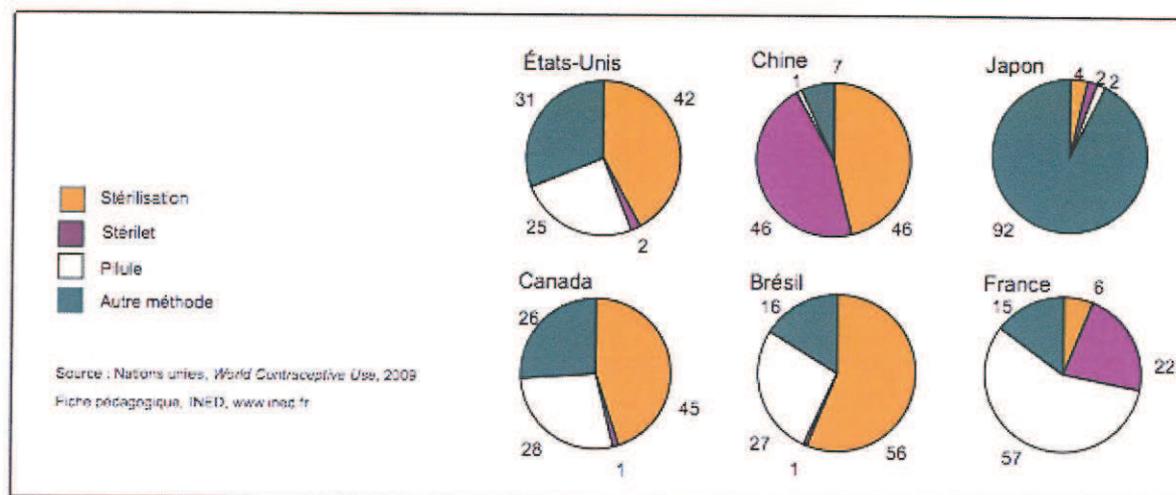
Le dispositif au LNG a le statut de médicament. Sa prise en charge par l'assurance maladie relève de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les indications de contraception intra-utérine et ménorragies fonctionnelles : le Mirena® est remboursable à 65 % du prix fixé à 125,37 € (32). Le laboratoire Bayer a sorti cette année un nouveau DIU hormonal « short » Jaydess®, efficace trois ans et non pas 5, du fait de son plus petit réservoir en lévonorgestrel (33).

Un nouveau dispositif, le BIU « balle intra utérine » au cuivre, est en cours d'évaluation (34).

1.1.4.2 Utilisation du DIU en France et dans le monde

Le DIU est désormais utilisé par quelques 150 millions de femmes dans le monde entier et constitue la méthode contraceptive temporaire la moins coûteuse pour une utilisation à long terme (35). Il est le 2^{ème} moyen contraceptif le plus répandu à travers le monde (23%) après la stérilisation (37%) et devant la pilule (14%). 15 % des femmes en âge de procréer dans les pays en voie de développement et 8 % dans les pays développés utilisent le DIU. Aux USA comme au Japon, seulement 2 % des femmes utilisant une contraception, utilisent le DIU en 2005. Elles sont 1% au Canada et au Brésil. Par contre cette proportion s'élève à 22% en France contre 46% en Chine (36).

Figure 2 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (36)

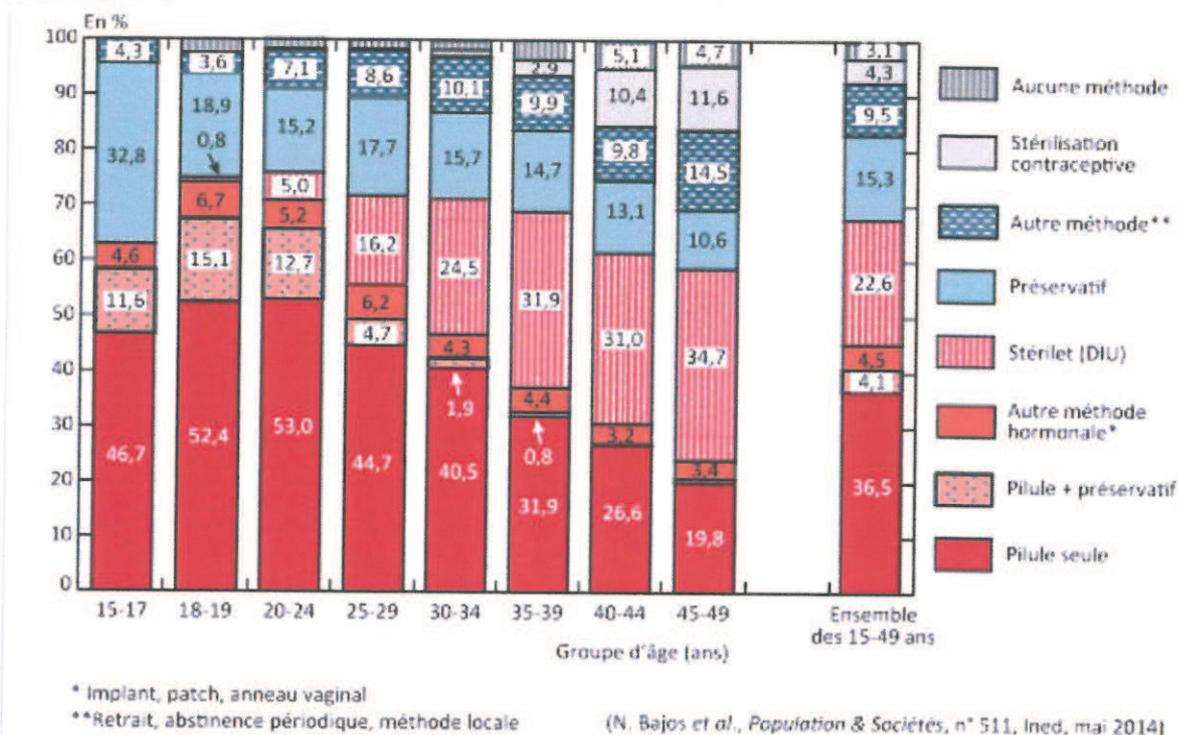


L'enquête « Fécond », réalisée par l'INSERM et l'INED en 2010, permettait d'analyser différents enjeux en santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesse non prévue, avortement, infertilité, dysfonctions sexuelles) en France. L'enquête a été reconduite en 2013 afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception. L'enquête de 2010 montrait que la pilule restait la méthode de contraception la plus utilisée en France, une femme de 15-49 ans sur deux l'utilisant en 2010. Seules les femmes de 45-49 ans lui préféraient le DIU. Le DIU était utilisé en moyenne par 21 % des femmes. Mais, sans changement depuis les années 1970, son recours restait réservé aux plus âgées ou à celles qui avaient déjà eu des enfants, en dépit des recommandations de la Haute autorité de santé diffusées en 2004 à l'ensemble des professionnels de santé, précisant que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant (5). Au début des années 1980, les femmes des milieux sociaux les plus favorisés avaient beaucoup plus souvent recours à la pilule et au DIU que les autres, mais cette tendance tend à s'atténuer pour la pilule depuis les années 1990, puis pour le DIU depuis la fin des années 1990 (37).

Depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode. Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013. Cette diminution prolonge celle de 5 points observée entre le milieu des années 2000 et l'année 2010. La baisse observée depuis 2010, plus marquée que la précédente, semble bien liée à la controverse de

2012- 2013 : elle concerne de manière quasi-exclusive les pilules incriminées dans le débat, celles dites de 3^{ème} et 4^{ème} génération, qui représentent désormais 10 % des méthodes contraceptives utilisées, contre 19 % en 2010. Celles qui se sont tournées vers le DIU sont principalement les femmes de 25-29 ans, souvent les plus diplômées (bac+4) et les cadres (38).

Figure 3: Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes(38)



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.
 Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

1.1.5 Aspects médico-légaux

Les contraceptifs locaux ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Comme tout acte médical, le médecin doit informer la patiente des risques liés à la pose d'un DIU et lui laisser un délai de réflexion. Selon les assureurs, le caractère exceptionnel de la perforation utérine par un DIU ne dispense pas le médecin de son obligation d'information, s'agissant d'un risque connu.

La responsabilité professionnelle du médecin peut être retenue, compte tenu de la façon dont il a posé le DIU, de la migration du DIU, de la perforation utérine, de douleurs, d'une grossesse intempestive et d'une intervention chirurgicale pour retrait

du DIU. Dans la grande majorité des situations, la migration se fait lors de l'installation, qu'elle soit le fait d'un geste technique inadéquat, ou d'un aléa lié par exemple à des modifications anatomiques théoriquement imprévisibles de l'utérus. Dans ces situations, la responsabilité professionnelle du médecin est en général retenue, pour maladresse ou imprudence, car le renforcement des précautions doit permettre d'apprécier le caractère licite de l'indication, et le degré de risque.

-Absence de responsabilité professionnelle du médecin : les DIU peuvent migrer après leur implantation intra-utérine. Cela peut se faire par une perforation de la paroi utérine, sans qu'il y ait eu forcément de faute médicale. La complication est donc à considérer comme un aléa thérapeutique. Il en est ainsi lorsqu'il n'y a eu aucun incident lors de la pose, et dans les mois qui suivent. Même si la migration peut être à peu près asymptomatique, le contrôle de la bonne position du DIU, lors de l'examen clinique et/ ou échographique effectué peu après la pose, permet en pratique d'affirmer que la migration a été tardive, ce qui est constitutif d'un aléa. La responsabilité professionnelle du médecin ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception. Il appartient au praticien lorsqu'il met en place un DIU d'informer la patiente sur le rapport bénéfice/risque de cette contraception : l'efficacité n'est pas de 100% (39).

Le bruit courait, au début des années 1990, qu'il fallait avoir du matériel de réanimation au cabinet avec de l'oxygène, ainsi qu'une salle pour laisser les patientes se reposer après la pose d'un DIU. Aucune recommandation n'en fait état mais la circulaire n° 8113 du 29 avril 1981 déclarait que la pose de DIU était un acte médical qui ne nécessitait pas l'application de règles particulières.

Certaines assurances font également payer une commission en cas de pose de DIU par le praticien.

1.2 La Nullipare

1.2.1 Définitions, profil et comportements à risque

1.2.1.1 Définition

La parité est en gynécologie obstétrique, le nombre d'accouchements d'une femme, et plus précisément le nombre d'enfants mis au monde vivant, les morts fœtales ou les mortinaissances étant exclues. « -pare, -parité » vient du latin *parus*,

de parere qui veut dire « engendrer ». En français, le terme participe par son radical à la construction d'adjectifs :

- une nullipare est une femme dont la parité est nulle, qui n'a jamais accouché d'un enfant vivant ;
- une primipare est une femme qui accouche pour la première fois ;
- dès qu'une femme a accouché au moins une fois, on peut utiliser le terme « multipare » et lorsque la femme a accouché plus de cinq fois, on parle de « grande multipare ».

1.2.1.2 La jeune nullipare, enjeux contraceptifs

Selon l'INSEE, en 2010, en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans, soit quatre ans plus tard qu'à la fin des années 1960 (40). Les nullipares sont donc majoritairement des jeunes femmes et des adolescentes.

Les deux enjeux de la contraception chez la jeune nullipare sont l'éviction des grossesses non désirées et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST).

L'adolescence est une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. Cette période est marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné. Pour l'OMS, les adolescents sont les individus âgés de 10 à 19 ans. Au début de l'adolescence s'effectuent les premières transformations pubertaires sexuelles. Une fois actifs sexuellement, la plupart des adolescents vivent leurs relations suivant un profil de monogamie en série marqué par des discontinuités et donc il existe peu de multi-partenariat comme on se l'imagine souvent (41). Selon l'INED, en France, l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 17,2 ans pour les garçons et de 17,6 pour les filles en 2004/2005 (42).

- Couverture contraceptive

Même si en France, la couverture contraceptive est l'une des plus élevées au monde (36), en dépit de la richesse de notre arsenal contraceptif et d'une large diffusion de l'information, le nombre des interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de 15 à 29 ans et donc chez l'adolescente, est en augmentation — sans

doute parce que le décalage entre efficacité théorique et pratique de la contraception est encore plus prégnant dans cette tranche d'âge.

Ces patientes sont plus à risques de grossesses pathologiques, RCIU, prématurité, dépression du post-partum... De part leur maternité, elles ont également moins de chances de faire des études et sont désavantagées sur le plan socio-économique (43,44).

En 2010, la couverture contraceptive est importante parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans, concernées par un risque de grossesse non prévue. Plus de 90 % d'entre elles déclarent en effet utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Les jeunes femmes les moins diplômées, les moins favorisées financièrement et vivant en dehors d'une grande agglomération, sont celles qui déclarent le moins utiliser une méthode contraceptive de manière systématique. Ainsi, sur l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives, 12,2 % déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années : elles sont 7,7 % parmi les 15-19 ans, 15,2 % parmi les 20-24 ans et 11,7 % parmi les 25-29 ans. Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes âgées de 15 à 29 ans n'ayant pas désiré être enceintes et l'oubli de pilule (44 %). Viennent ensuite l'idée qu'elles ne prenaient pas de risque (23 %) et un problème avec un préservatif cité par 9 % d'entre elles. Une IVG sur deux intervient chez des femmes utilisant une méthode contraceptive médicalisée ou le préservatif (45).

Selon l'INSEE, chez les jeunes filles mineures, la fréquence des IVG est passée de 7,0 IVG en 1990 pour 1 000 femmes à 9,6 en 2003 (46). Le CNGOF remarque que 38,8% des IVG en 2004 surviennent chez les 15 à 24 ans, chez lesquelles le taux d'utilisation du DIU (moyen contraceptif de longue durée d'action efficace) est inférieur à 1%. Même si le CNGOF ne fait pas du DIU une méthode de première intention chez la nullipare, il tempère son avis devant ce constat (11). Les échecs de la contraception orale sont intimement liés aux aléas de la vie qui pèsent chaque jour sur l'utilisatrice (oublis, interactions avec divers médicaments, etc.). En pratique, la fréquence des grossesses sous pilule est beaucoup plus élevée qu'avec un DIU. Une étude montrait que les grossesses rapidement répétées chez les adolescentes, qui n'utilisaient pas de méthode contraceptive de longue durée d'action, étaient 35 fois plus fréquentes que chez celles utilisant ces méthodes (44).

- Nulliparité et Maladies inflammatoires pelviennes (MIP)

L'OMS puis la HAS ont édité en 2004 des recommandations rappelant que la nulliparité n'est pas une contre-indication au DIU. Le risque de MIP est lié à la présence de germes sexuellement transmissibles et sa survenue est essentiellement limitée aux trois semaines qui suivent l'insertion (1,5,25). Les taux de MIP chez des utilisatrices adolescentes de DIU sont bas et comparables à ceux des utilisatrices adultes (9,12,47). Plusieurs études internationales récentes ont montré que la majorité des MIP ne sont pas liées à la pose ou à la présence d'un DIU, mais à la présence d'un germe sexuellement transmissible, dont les facteurs de risque principaux sont plus d'un partenaire sexuel, les rapports sexuels non protégés et un âge inférieur à 25 ans. De plus, le risque de développer une MIP sur DIU est le même que de développer une MIP sans DIU (47-49). Seulement 59% des adolescentes de 15-17 ans utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels en 2010, parfois en association avec la pilule (dans 15 % des cas) (37).

Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3 selon l'OMS). Chez les adolescentes, les taux d'infertilité ne sont pas plus élevés après retrait de DIU qu'après cessation de tout autre moyen contraceptif. Par contre, la présence de chlamydiae est associée à une infertilité de la même manière chez des adolescentes porteuses de DIU ou non (13,47).

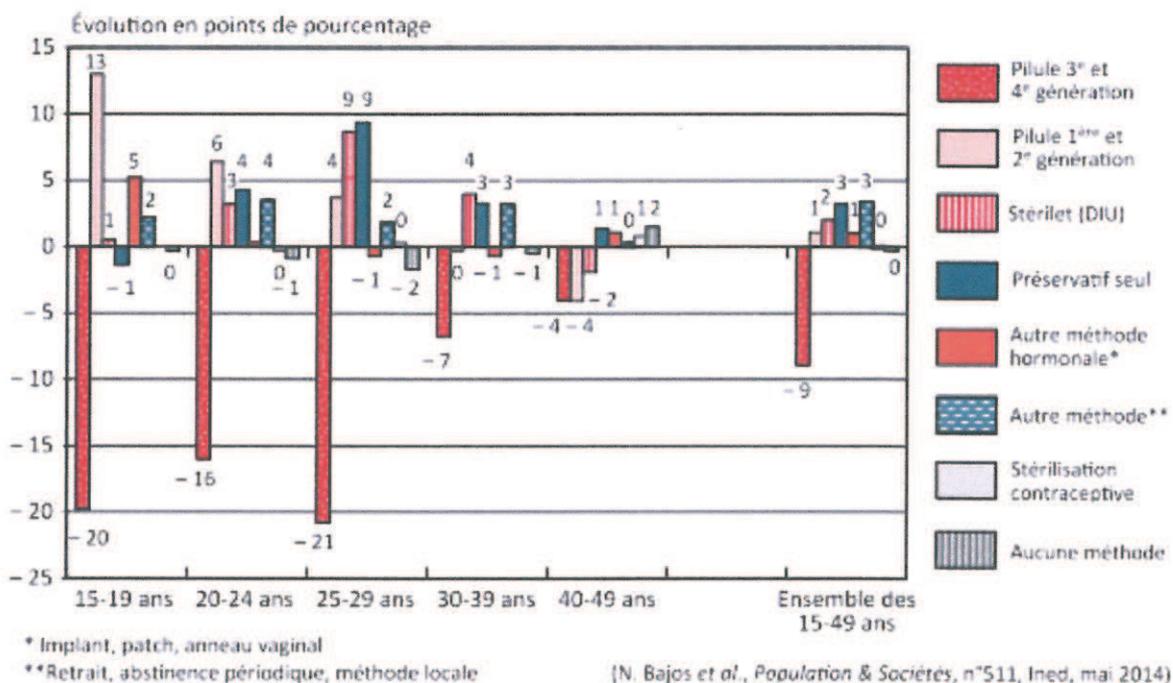
Le DIU peut donc être une proposition contraceptive chez la nullipare, quelque soit son âge, à condition de respecter certaines précautions : écarter les patientes ayant des comportements sexuels à risque ou des antécédents d'infection génitale haute et rechercher le Chlamydia par prélèvement cervico-vaginal. Le très jeune âge de la femme (moins de dix-huit ans), si celle-ci a plusieurs partenaires sexuels, oriente plutôt vers l'utilisation d'une contraception orale ou d'un implant; mais une jeune femme qui vit une relation sexuelle monogame et stable est en droit de demander la pose d'un DIU.

1.2.2 Choix contraceptif et connaissances des jeunes femmes et des adolescentes en matière de DIU

Le recours à la pilule a diminué de façon différente selon l'âge des femmes depuis les années 2000. Depuis la polémique de 2012, la baisse du recours à la pilule se poursuit et concerne toutes les tranches d'âge. Chez les jeunes femmes de

15-19 ans, la baisse du recours aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération est en partie compensée par un recours plus important aux pilules de 2^{ème} génération. Celles de 25-29 ans optent plutôt pour le DIU ou le préservatif. Le recours au DIU a sensiblement augmenté entre 2010 et 2013. Alors que 54 % des femmes interrogées en 2010 considéraient que le DIU n'était pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant, son recours passe de 2 à 5% chez les 20-24 ans, de 8 à 16% chez les 25-29 ans (37). Cette évolution est également enregistrée chez les nullipares (de 0,4 à 8%). Il n'y a par contre aucune évolution de l'usage du DIU chez les femmes de moins de 20 ans, ni chez celles de 20-24 ans sans enfant (38).

Figure 4 : Evolution des méthodes contraceptives utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes (38)



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

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

De nombreux adolescents interrogés ne savent rien sur les DIU ou ont encore de sérieuses réserves à leur sujet. Dans son étude quantitative menée auprès d'adolescentes de classes de terminales de hautes Normandie en 2011, M. Lenglet a exploré les connaissances des adolescentes en matière de DIU notamment. Seules 42% avaient déjà entendu parler du DIU, celles ayant eu recours à l'IVG n'étaient

pas plus nombreuses à avoir eu une information à ce sujet, ni celles ayant un suivi gynécologique. Autre idée intéressante, un critère important pour les adolescentes quant à leur choix contraceptif était celui de ne pas être obligé de la prendre tous les jours (50). Cette étude est corroborée par des études à plus grande échelle qui retrouvent 55 à 70% de femmes ignorantes sur le DIU (51). L'étude de Whitaker en 2006 montrait que, malgré le fait que la plupart des jeunes femmes de 14 à 24 ans n'avaient jamais entendu parler du DIU (60%), elles le voyaient de manière positive pour la majorité d'entre elles après avoir été éduquées à ce sujet (52). Une étude conduite par l'ACOG a montré que les gynécologues obstétriciennes avaient 20 fois plus de chances de choisir un DIU pour elles-mêmes que le reste de la population féminine (51). En 2008, dans une autre étude, 31% des adolescentes avaient entendu parler du DIU, un antécédent de grossesse étant le seul facteur prédictif retrouvé pour en avoir entendu parler (53). Dans une autre étude, explorant les freins des nullipares quant au choix du DIU, on retrouvait la crainte que le DIU ne soit pas efficace et que la pose soit douloureuse (51).

1.2.3 Tolérance du DIU par les jeunes femmes et adolescentes nullipares

En terme de tolérance du DIU chez la nullipare, les études retrouvent en majorité une moins bonne tolérance chez la nullipare, jeune. Certaines montrent que des expulsions et des déplacements, des saignements ou des douleurs sont plus fréquents chez des utilisatrices de DIU en dessous de 20 ans que chez les femmes plus âgées (14,47,54). L'Etude d'Alton trouvait que les nullipares de moins de 18 ans avaient plus de risques d'expulsion que les nullipares de 18-21 ans (49) ; cependant une autre étude de Bayer retrouvait chez les adolescentes de moins de 19 ans, des taux d'expulsion et de retrait identiques chez les nullipares et les multipares (55). D'autres études montrent par contre, que les taux d'expulsion sont identiques chez les nullipares et les multipares pour le DIU au LNG mais légèrement augmentés chez la nullipare pour les DIU au cuivre (56). Il n'a pas été retrouvé d'étude comparant les taux de perforations entre nullipares et multipares (56). L'étude de Hubacher, dans laquelle les DIU ont été comparé au sein de la catégorie des nullipares, montrait que les DIU short étaient mieux tolérés que les DIU standards (54).

Mais les taux de continuation du DIU par les nullipares sont élevés : autour de 80% pour le DIU au cuivre selon les études (57). Ces taux, même s'ils sont moins élevés que chez la femme plus âgée (47), sont meilleurs que ceux des autres

contraceptifs (14). Dans une étude américaine, l'utilisation du DIU Mirena® chez les nullipares a été comparée à l'emploi des contraceptifs oraux (Marvelon®). Le taux de persistance d'utilisation après un an a été de 80% pour le Mirena® et de 73% pour les contraceptifs oraux. Le retrait du DIU Mirena® en raison de douleur a été nécessaire chez seulement 6,7% des nullipares. La satisfaction après un an était de 90% pour le Mirena® contre 88% pour le Marvelon® (21). Une autre étude de Suhonen, évaluant les taux de continuation du DIU au LNG versus contraception orale, chez des nullipares de 18 à 25 ans, retrouvait des taux de continuation similaires (27). Parmi les 20% de patientes ayant arrêté cette méthode contraceptive, 30% ont arrêté à cause de la douleur et les effets indésirables les plus fréquemment cités durant la période d'étude étaient les douleurs abdominales et les céphalées. Les taux de satisfaction des patientes à 12 mois étaient plus élevés chez les utilisatrices de DIU que chez les utilisatrices de pilule (27). Dans une autre étude d'Alton, les taux de continuation du DIU à 5 ans étaient plus faibles chez la mineure que chez les 18-21 ans ; mais ils étaient toujours plus élevés que pour la contraception orale (49). Mais il est également possible de lire dans l'étude de Berenson, qu'il n'y a pas de différence significative d'arrêt précoce entre les adolescentes et les femmes âgées de 25 à 44ans, par contre, il existait plus de complications et d'arrêt précoce avec le DIU au cuivre qu'avec le DIU au LNG (58).

1.3 DIU en médecine générale

Le médecin généraliste joue un rôle important en matière d'éducation et de prévention quant au choix contraceptif de ses patientes. La HAS en 2004 rappelait dans une publication l'importance du choix éclairé de la patiente, ou plutôt du couple en matière de contraception afin de garantir une meilleure observance (5).

Aujourd'hui en France, nombreux sont les généralistes qui, faute d'enseignement adéquat, n'ont pas appris à poser de DIU. Les gynécologues se considèrent mieux formés à la pose du DIU que les généralistes (98 % de ceux interrogés par l'enquête Fecond considèrent que leur formation les a bien préparés à cet acte contre 29 % des généralistes). Les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48 % contre 70 %) mais ont davantage recours au DIU (26 % contre 7 %) (37).

Pourtant une étude de 1997 étudiant l'efficacité, la tolérance et la prise en charge de DIU posés en médecine générale, témoignait de la fiabilité des médecins

généralistes pour poser et surveiller les DIU. Ces données concordaient avec celles de la littérature (59).

Or, le nombre de gynécologues en ville diminue, donc la part des actes de gynécologie concerne de plus en plus les médecins généralistes, mais également les sages-femmes. En effet, l'article R.4127-318 du code de la santé publique stipule que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des DIU (60). La loi inclut dans les compétences de la sage-femme, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve de s'adresser à un médecin en cas de situation pathologique (61).

Il existe une méconnaissance des indications de ce mode contraceptif de la part des médecins. Plusieurs études montrent que la majorité des médecins généralistes, mais aussi des gynécologues, le jugent inadapté à l'adolescente du fait des douleurs provoquées par l'insertion, de la nulliparité, de croyances erronées telles un risque de MIP ou d'infertilité élevées (62,63). Une étude canadienne de STUBB en 2008 révélait que 82% des médecins prescrivaient des DIU. Cette étude montrait également que, la notion que le DIU n'était pas contre-indiqué chez la nullipare n'était pas connue de la plupart des médecins. 54% n'en posaient pas du tout chez ce type de patiente et 37% le prescrivait en 2^{ème} intention contre 7% en première intention (64). Une étude américaine de 2010 montrait que 30% des médecins généralistes interrogés considéraient le DIU comme peu sûr chez la nullipare (65). En 2011, 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes interrogés dans le cadre de l'enquête Fécond (échantillon représentatif de 1011 médecins exerçant en cabinet de ville tirés au sort dans le répertoire ADELI de l'Assurance maladie) considéraient que le DIU n'était pas indiqué chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (37). Dans une étude internationale, regroupant 15 pays d'Europe et d'Amérique du Nord et du Sud, publiée en 2013, seulement 50% des médecins généralistes interrogés savaient que l'utilisation du DIU chez la nullipare était classé en catégorie 2 selon l'OMS (c'est à dire que les bénéfices escomptés de la méthode sont considérés comme supérieurs aux risques, cf annexe) (63).

2 MÉTHODE

2.1 Type d'étude/ choix de la méthode

Cette thèse repose sur une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le recueil d'information s'est fait oralement.

La méthode qualitative a permis de comprendre le vécu, le ressenti, les représentations et les attitudes des médecins généralistes. Elle permet de répondre aux questions : « Pourquoi ? », « Comment ? ». Elle s'intéresse plus particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs pour nous permettre de comprendre. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, il n'y a donc pas de notion de représentativité.

Par opposition, la méthode quantitative permet de mesurer des variables et de déterminer des relations causales entre variables par le biais de questionnaires. Les études quantitatives constatent des faits mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi telle situation existe. Les études quantitatives n'offrent pas la possibilité de voir surgir des opinions nouvelles. Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les opinions. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins.

Les entretiens étaient ouverts, semi-dirigés, réalisés de manière individuelle, en face à face, axés par un guide d'entretien préalablement rédigé.

Le choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés, pour guider la personne interrogée sur les thèmes à aborder mais lui laissant une liberté d'exprimer son ressenti, ses connaissances et son expérience personnelle sur le sujet. Le canevas d'entretiens semi-dirigés utilise des questions ouvertes, ce qui a permis d'obtenir des réponses individualisées. L'ordre des questions pouvait différer d'un entretien à l'autre.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels et non des focus groupes pour que les personnes interviewées ne se sentent pas déstabilisées face à un éventuel manque de connaissance et puissent s'exprimer librement sur le sujet.

2.2 Échantillon/ critère d'inclusion et d'exclusion

La population interrogée a été échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème traité. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : tous médecins thésés installés en Haute-Normandie acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'exclusions étaient : être médecin remplaçant. Les gynécologues et sages-femmes étaient également exclus de l'étude.

Dans le recrutement, ont été sélectionnés des participants présentant des caractéristiques les plus variées possibles.

2.3 Organisation et déroulement des entretiens

Nous avons utilisé un guide d'entretien pour nous permettre de retrouver les principaux thèmes à chaque entretien (cf annexe).

Le guide d'entretien était évolutif : il a été perfectionné au fur et à mesure des entretiens en fonction des réponses des participants et du déroulement des entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont été conduits au cabinet ou au domicile des médecins jusqu'à saturation des données. Après accord des interviewés, tous les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'une application dictaphone sur smartphone et réalisés par l'enquêtrice. Avant chaque entretien, un rappel de l'anonymat garanti a été fait. L'enquêtrice a ensuite expliqué le but exact de l'étude et le déroulement de l'entretien avant de commencer l'enregistrement.

Aucun enquêté n'a été gêné par l'enregistrement. Tous avaient connaissance du statut de l'enquêtrice, interne en médecine générale et du cadre dans lequel cette étude était réalisée, thèse de médecine générale.

Certaines règles ont été appliquées lors de chaque entretien :

- Adopter un ton chaleureux afin de favoriser l'échange et de mettre en confiance
- Éviter de couper la parole et adopter une attitude d'écoute
- Respecter les silences, les réflexions et les hésitations

- Acquiescer d'un hochement de tête lorsque le médecin cherchait une approbation pour ne pas faire dériver l'entretien
- Ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

En fin d'entretien, l'enquêtrice demandait au médecin s'il avait des commentaires supplémentaires avant de conclure.

2.4 Retranscription

La retranscription consiste à restituer intégralement l'entretien. Pour cela, il a fallu:

- Retranscrire ce qui a été dit dans l'interview, mot pour mot, pour ne pas dénaturer l'entretien
- Retranscrire les hésitations, les rires et les pauses
- Retranscrire les aspects non verbaux : gestes et attitudes.

Tous les entretiens ont été anonymisés au moment de la retranscription. La retranscription a été réalisée dans les plus brefs délais après chaque entretien, sur logiciel Word®. Cela a permis d'obtenir une transcription la plus fidèle possible des propos de la personne interrogée. La durée de retranscription des entretiens a été variable et influencée par la durée initiale de l'entretien, la qualité de l'enregistrement et la densité du contenu de chaque entretien. En moyenne, il a fallu entre 4 et 9 heures pour la retranscription de chaque entretien.

2.5 Méthode d'analyse des données

Nous avons effectué une analyse thématique du contenu de chacun des entretiens. C'est un découpage transversal des données, qui ne tient pas compte de l'architecture interne des entretiens. Elle a requis plusieurs étapes successives. Les lectures itératives des entretiens ont permis de cerner les différents thèmes abordés. Puis les thèmes ont été divisés en sous-thèmes en fonction de la catégorie des données qui apparaissaient au fur et à mesure.

Au cours de la lecture des entretiens, nous avons relevé tous les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un nœud (sous-sous-thème). Certains nœuds étaient attendus du fait de la trame de l'entretien, tandis que certains nœuds sont apparus au cours de ce codage. La hiérarchisation en thèmes,

sous-thèmes et sous-sous-thèmes a permis la constitution d'un arbre thématique. Chaque thème pouvait alors être illustré par un ou plusieurs extraits du verbatim qui l'explicitaient le mieux.

Le logiciel QSR NVivo10® a été utilisé pour l'analyse.

3 RÉSULTATS

Cette étude qualitative, par entretiens individuels, a été menée auprès de 12 médecins généralistes installés en Seine-Maritime et dans l'Eure du 1^{er} octobre 2013 au 10 avril 2014.

3.1 Caractéristiques des médecins

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins

Caractéristiques des médecins		
Age des médecins (n=12)	De 31 à 54 ans	Moyenne : 52 ans
F/H	8 Femmes/4 Hommes	67%/33%
Année d'installation	De 1979 à 2011	Moyenne : 1991
Localisation du cabinet	3 zone rurale/ 9 zone urbaine	25%/75%
Maitre de stage	5 Non/ 7 Oui	42%/58%

Caractéristiques de la pratique des participants		
DU de gynécologie (n =12)	8 Non/ 4 Oui	67%/33%
Pose de DIU (n =12)	3 Non/ 9 Oui	25%/75%
Prescription de DIU chez la nullipare (n=12)	2 Non/ 10 Oui	17%/83%
Proposition de DIU en 1 ^{ère} intention aux nullipares (n=12)	6 Non/ 6 Oui	50%/50%
Pose à la nullipare rare (n= 9)	2 Non/ 7 Oui	23%/77%
Pose à la nullipare fréquente (n= 9)	7 Non/ 2 Oui	78%/22%

3.2 Avantages du DIU selon le médecin

3.2.1 Indépendance

Les médecins interrogés remarquaient tous que l'efficacité de ce mode contraceptif ne dépendait pas de l'intervention de la patiente, donc comportait moins de risques d'échec : « *J'ai réalisé qu'un moyen de contraception sûr, qui ne dépendait pas de l'humeur du moment, c'était quand même pas mal !* » (M8). De ce fait, cette méthode était davantage proposée à des patientes oublieuses de leur

pilule, en faisant un critère de recrutement pour certains médecins. : « *Dès qu'il y a des oublis de pilule, ce qui est assez dramatique pour certaines !* » (M8).

3.2.2 Efficacité

Un médecin notait qu'il existait moins de grossesse sous DIU que sous pilule : « *Dans ma clientèle, je n'ai jamais vu de grossesse sous stérilet, alors que j'ai vu un certain nombre de grossesse sous pilule.* » (M8).

3.2.3 Coût

Un médecin mentionnait que le coût du DIU était moins élevé que celui d'une pilule et d'autant plus avantageux en terme d'économie s'il était posé sur une longue durée : « *Un stérilet ça ne coûte rien, donc c'est pas pour l'argent que ça coûte !* » (M8).

3.2.4 Confort

Pour une des médecins, qui avait elle-même testé le DIU comme moyen contraceptif, il représentait un confort et se faisait oublier : « *c'est ça qui est incroyable, c'est comme quand on met son premier tampon, vérifier que vous n'avez pas oublié un tampon à la fin de vos règles ; on se dit, comment on pourrait ne pas s'en apercevoir ? Ben oui, on peut ! C'est pareil [pour] le stérilet.* » (M8).

3.2.5 GEU

Un médecin reconnaissait que le risque de grossesse extra-utérine était rare sous DIU. « *Moi, je leur dis : « de toutes façons vous avez beaucoup plus de chance d'avoir une grossesse extra-utérine sans contraception qu'avec un stérilet »* (M8).

3.2.6 Contraception non hormonale

Le côté non hormonal de cette méthode leur permettait de l'utiliser chez des patientes intolérantes aux méthodes contraceptives hormonales. « *Le profil type, c'est surtout celles qui ne supportent pas la pilule.* » (M10). De plus, avec le rappel des recommandations sur les contraceptions hormonales en 2013, certains médecins étaient plus prudents quant à prescrire des hormones à leur patientes. « *C'est des hormones quand même, donc même s'il faut être prudent et on a raison de le rappeler...* » (M10).

Une médecin trouvait le DIU encore plus adapté à la patiente jeune et nullipare, l'idée étant de ne pas les imprégner trop tôt d'hormones. : « *Non, au*

contraire, je trouve que ce serait mieux, ça laisserait aux organes le temps d'évoluer sans prise d'hormones. » (M4).

3.3 Ambivalence des médecins

Âge à partir duquel on peut poser un DIU

La plupart des médecins répondaient ne pas être freiné par l'âge pour la pose d'un DIU ; cependant, dans la plupart des cas, ils n'avaient jamais eu à se poser la question, car n'avaient jamais été confronté à la demande d'une jeune fille. Une autre répondait d'abord à la question : « êtes-vous freinée par l'âge ? » par la négative, puis après un temps d'hésitation se contredisait quelques phrases plus loin. « ...20 ans. Mais j'étais surprise de sa demande; je lui ai dit : vous êtes sûre ? Moi j'étais hyper réticente et pas moyen de lui faire changer d'avis. » (M3).

Globalement, seuls les médecins qui posaient des DIU régulièrement à des patientes nullipares n'avaient pas ce frein de l'âge. « Ce n'est pas un critère pour moi, je ne me dis pas « Tiens ! Je vais poser un stérilet à quelqu'un de 16 ans1/2 » ... » (M11).

3.4 Déterminants des pratiques de pose de DIU

3.4.1 Déterminants concernant l'apprentissage de la pose de DIU de la part des médecins

Beaucoup de médecins ont commencé à intégrer la pose du DIU dans leur pratique parce qu'ils trouvaient que cet acte faisait partie intégrante des soins que doit prodiguer un médecin généraliste. La demande étant telle et les gynécologues étant plus rares qu'auparavant, certains médecins ont posés des DIU à cause de cette demande. « Ça fait partie du rôle de médecin de proximité. » (M2), « En fait, c'était le besoin » (M10), « je suis en secteur rural avec une très forte demande des patientes. » (M11), « c'est un service rendu à la population. » (M11).

3.4.1.1 Formation durant les études

Certains médecins interrogés ont eu l'occasion de poser des DIU durant leurs études de médecine : « J'en avais posé quand j'étais interne,... » (M12) ; soit en travaillant dans un hôpital de périphérie, ce qui leur donnait l'opportunité de consulter, soit par attrait particulier pour la gynécologie, ce qui faisait faire des heures supplémentaires dans le service comme pour l'un des médecins: « je me suis

auto formée en gynéco en dehors de mes stages en allant hanter les consultations de l'un ou de l'autre, (...) et donc les stérilets... » (M11).

Mais parmi ceux qui ont pu passer dans un service de gynécologie (stage non obligatoire), beaucoup déploraient le manque de formation. *« J'ai fait un an d'internat de médecine générale à l'hôpital de B. (...) Donc je faisais pas mal de gynécologie. Je suis passé aussi trois mois en fin d'externat au CHU dans le service de gynécologie où je n'ai strictement rien appris ! J'ai tout appris dans un petit hôpital périphérique. » (M7), « moi, je crois qu'on n'apprenait rien aux étudiants ; on était en trop, les externes. (...) J'allais en consultation, mais jamais je n'ai pu poser de stérilet. » (M9).*

Aucun médecin n'a appris à poser de DIU chez une patiente nullipare durant ses études, même parmi les médecins les plus attirés par la gynécologie, car cela ne faisait pas partie des pratiques de leurs formateurs : *« ça, par contre, c'est à l'encontre de ce qu'on m'a [enseigné à la Faculté], on était très stérilet [mais] après quand tu as fait tous tes gosses. » (M11).*

3.4.1.2 Formation après les études

3.4.1.2.1 Auprès des confrères

Certains médecins ont profité des connaissances de leur confrères médecins généralistes ou gynécologues associés pour apprendre la pose du DIU une fois leurs études terminées. *« Quand je remplaçais, il y avait un de mes collègues qui en posait. Je lui ai dit « quand tu en poses un, tu m'appelles » (M6), « Non je n'ai pas suivi de formation pour la pose du stérilet ; je suis allée voir le docteur R. à l'hôpital qui m'avait montré comment les poser » (M1), « On s'est motivé, on s'est stimulé, on a pu échanger dans notre difficulté. » (M12).*

3.4.1.2.2 Planning familial

Certains médecins ont appris la pose du DIU au planning familial, mode d'exercice qui leur a permis de trouver une plus grande assurance face à la pose : *« je faisais des vacations au planning familial et du coup c'est là que j'ai attrapé une aisance en gynéco. » (M4), « alors au planning, ça a été une sorte de virage dans ma connaissance et dans ma compétence parce que j'ai découvert la pose... hop quoi !! (...) Donc t'apprends à poser des stérilets en dehors des règles, parce qu'avant de travailler au planning, je regardais ma méthode, je vérifiais le matériel,*

bref, c'était presque un événement quoi ! C'est devenu naturel, c'est devenu un geste courant, donc effectivement ça m'a libéré dans certains cas ... » (M11).

3.4.1.2.3 Auto-apprentissage

Quelques médecins se sont auto-formés à l'apprentissage de la pose du DIU : *« Mais j'ai appris par moi-même » (M9), « je me suis lancée et voilà quoi, c'était de l'auto-formation. » (M11), « C'était de la formation autonome » (M6).*

3.4.1.2.4 Apprentissage chez la nullipare

L'auto-formation via les lectures dans la presse médicale, l'intérêt pour la gynécologie ont incité certains médecins à poser des DIU chez des patientes nullipares. L'entraînement à la pose chez la multipare, l'entraide entre confrères ayant permis de rassurer certains médecins avant de se lancer chez la nullipare. *« Les premiers stérilets sur les nullipares, on les a posés ensemble. (...) Pour se rassurer. » (M12), « Refaire le geste deux, trois fois et puis progressivement sur des femmes qui avaient déjà eu des enfants. Et puis, c'est comme ça que ça a mis deux, trois ans avant que je me dise : je me sens plus à l'aise pour le poser chez une nullipare. » (M12).*

3.4.1.2.5 Faible intérêt du Diplôme Universitaire de gynécologie pour l'apprentissage de la pose du DIU

Certains médecins, ayant validé le DU de gynécologie, pensaient ne pas avoir tiré profit de cette formation pour la pose de DIU : *« je me suis dit : « je vais faire le DU pour,... Mais finalement c'était plus pour avoir une certification de ce que je faisais. » (M5).* À la question est-ce que le DU de gynécologie vous a aidé quant à la pose de DIU, M6 répond : *« Non, parce que j'ai été déçue par le contenu, c'était pour obtenir le droit de faire les IVG en ville ».*

3.4.2 Déterminants concernant les changements de pratiques des médecins par rapport à la pose du DIU

3.4.2.1 Evolution des mentalités et des pratiques des médecins

Certains médecins remarquaient que la polémique concernant les pilules de 3ème et de 4ème génération avait conduit certaines patientes à s'intéresser à des méthodes contraceptives non hormonales. Certains médecins ont ainsi orienté leur information sur la contraception et se sont recentrés sur les recommandations. *« Il y a eu les histoires de pilules de troisième et quatrième générations, donc on a remis*

en cause les médicaments et on recherche des méthodes plus naturelles. (...) Les femmes reviennent à quelque chose sans hormones, donc plus de cuivre que ce que j'aurais pu faire ou pu voir en stage de gynéco par exemple. » (M2), « J'ai pas tant modifié ma pratique ; mais [on remarque] l'influence et la demande d'information des patientes... » (M2), « On va se mettre à faire plus d'actes et à discuter plus du stérilet, dont les femmes avaient peur » (M2), « Je parle plus facilement du stérilet depuis quelques temps. » (M4).

Certains médecins se disaient plus rigoureux quant à leur prescription de contraceptifs : *« Et je pense que nous, dans notre prescription on est beaucoup plus rigoureux ; par exemple : tabac, pilule, etc. donc on est obligé d'avoir une alternative à proposer et du coup on en a beaucoup plus. » (M5).*

D'autres encore expliquaient se tenir à jour sur les recommandations et ont ainsi modifié leur pratique : *« c'est l'évolution des connaissances, les formations, les lectures, depuis 2/3 ans peut-être qu'on dit ça, peut-être 5 ans le temps passe ! » (M7).*

3.4.2.2 Concernant la pose chez la nullipare

Les médecins étaient au courant que la pose du DIU chez la nullipare était possible. La majorité n'était pas contre la pose chez une femme nullipare, disait à leurs patientes que ça se faisait, mais n'allait pas forcément le proposer en première intention ni en parler spontanément à ces patientes. *« Quand j'ai appris qu'on n'avait plus les réticences autour de la nullipare... Maintenant je leur dis que c'est possible » (M4), « j'en posais pas, même si pendant longtemps je savais qu'on pouvait donc je le disais mais je ne le faisais pas, (...), là je suis capable de proposer ce qui est déjà une nuance, donc j'en pose plus puisque c'est moi qui l'ai proposé. » (M6), « j'ai vu que la mentalité changeait vraiment, que ça passait dans les mœurs de beaucoup de gens donc pourquoi pas moi ? » (M6), « Oui, tout à fait, c'est à dire que maintenant si j'ai une demande, je vais le poser. »(M7).*

Les médecins qui en posaient chez la nullipare étaient rassurés par l'absence de problèmes rencontrés lors de la pose : *« c'est peut-être à moi d'aller chercher les questions mais quand je les revois pour la vérification, tout s'est bien passé vraiment ! Elles ne se plaignent de rien ! », « Je suis agréablement surprise que ça se passe bien » (M6).*

L'utilisation des DIU « short » est idéale chez la patiente nullipare mais certains médecins posaient aussi des DIU standards sans soucis de pose. « *Parce qu'on prend des « short » forcément... Bien que j'ai proposé un Mirena® à une nullipare l'autre jour, alors [la pose s'est effectuée]... sans aucun problème.* » (M6).

3.4.2.3 Changement des pratiques chez les jeunes médecins

L'un des médecins notait la difficulté des changements d'habitude dans sa propre pratique. Il pensait qu'un principe inculqué et admis par la masse était difficile à casser, qu'il fallait du temps. Donc à son sens, la prescription du DIU chez la nullipare serait plus facile à pratiquer par les jeunes médecins : « *nous, on a démarré avec l'idée "nullipare on n'en donne pas", (vous) vous n'aurez pas à changer, vous l'aurez déjà dans votre tête, c'est déjà énorme ! Vous arrivez vierge d'un préjugé !* » (M6).

3.4.2.4 Changement de demande des patientes

Selon une grande partie des médecins interrogés, les patientes étaient beaucoup plus demandeuses de méthodes contraceptives non hormonales. « *Les femmes demandent des moyens de contraceptions sans hormones. Et le stérilet en fait partie.* » (M2), « *Il y a les patientes qui demandent plus l'implant et le stérilet ; elles nous le réclament plus.* » (M3) « *Quand je me suis installée, on n'en parlait quasiment pas du stérilet. Déjà, il n'y avait pas de demande de la part des femmes, (...); et puis maintenant, ça a changé : les femmes sont plus demandeuses d'elles-mêmes du fait de la polémique de tous les traitements hormonaux etc.* » (M5), « *...donc la place augmente, parce que les femmes en ont plus envie et que c'est moins tabou, qu'elles en ont parlé entre elles etc.* » (M5).

Un médecin allait même jusqu'à penser que la pilule n'était plus la première contraception demandée : « *De toute façon, la pilule n'est plus la première contraception demandée, ni prescrite ; depuis un an ça y est.* » (M5).

3.4.2.5 Influence des laboratoires pharmaceutiques

Un médecin notait que le passage des laboratoires représentait une aide pour découvrir les différents dispositifs contraceptifs. « *tout le monde critique le passage des labos, mais sur les nouveautés, on ne voit pas forcément tout et c'était pratique qu'ils viennent nous (les) présenter* » (M6).

3.5 Freins des médecins généralistes à la pose du DIU

De nombreux médecins croyaient ne pas avoir de freins quant à la pose du DIU mais en les questionnant, on se rendait compte que la plupart finissaient par exprimer certains freins. Seulement deux des médecins interrogés ne mentionnaient aucun frein personnel à la pose du DIU chez la multipare comme chez la nullipare. « *Je ne pense plus que j'en ai...* » (M6), « *Je serai tenté de dire aucun, pas plus qu'avec les pilules hormis les contre-indications...* » (M7).

3.5.1 Rumeurs

Il persistait de fausses idées chez certains médecins à propos du DIU. Ces idées étaient d'autant plus ancrées quand il existait un cas dans une patientèle d'un confrère pour contredire ce qui n'était pas scientifiquement fondé.

Par exemple, un médecin mentionnait l'effet des anti-inflammatoires qui annuleraient l'efficacité du DIU au cuivre : « *Je suis aussi de la génération où on a appris que les anti-inflammatoires avec les stérilets, ça annulait l'effet du stérilet.* » (M3).

L'idée qu'une GEU antérieure contre-indiquait la pose d'un DIU était également évoquée. « *...Mais [le stérilet], c'est quand même [pour] une femme qui a déjà eu des enfants d'une façon générale et qui n'a pas eu de grossesse extra.* » (M10).

Avoir du matériel de réanimation au cabinet pour pouvoir poser des DIU était une idée critiquée mais très répandue. « *Le mythe : au début quand je me suis installée, il fallait de l'oxygène, il y avait tout ce mythe qui disait que ça pouvait être un acte dangereux* » (M5), « *Il y a eu pendant un moment une obligation d'avoir une perf etc. quand on posait un stérilet. Et dans nos centres de planification, on avait la perf. toute prête à mettre et c'était médico légal.* » (M6) ; « *au départ pour poser un stérilet, il fallait qu'on ait du matériel de réanimation : l'oxygène...* » (M8), « *A un moment donné, il était paru un article comme quoi il fallait une salle à part pour laisser se reposer les patientes. (...) ça m'avait dissuadé de continuer.* » (M10).

3.5.2 Freins selon les caractéristiques propres au DIU

3.5.2.1 Chronophage

Beaucoup de médecins interrogés s'accordaient à dire que la plupart des consultations autour de la contraception étaient des consultations longues, qu'il s'agisse de délivrer des explications à la patiente, ou bien de pratiquer un geste technique. Ceci pouvait représenter un frein pour certains médecins. « *Pour moi, c'est souvent des consultations assez longues.* » (M7), « *parfois, la pose de stérilet c'est pareil : des fois on passe du temps, des fois on se dit : « Tiens ! C'est rentré tout seul.* » (M7), « *Dans une pratique libérale de groupe, on se débrouille tout seul, il faut prévenir les collègues qu'on ne répondra pas s'ils nous appellent, il ne faut nous passer aucun appel de l'extérieur... ça pour moi ça a toujours été un frein.* » (M8)

Frein d'autant plus marqué que les médecins remarquaient que les patientes venaient souvent consulter avec plusieurs motifs. « *Alors La difficulté qu'on a nous également, (...): « je viens parce que j'ai un rhume » et puis à la fin de la consultation « il faut me renouveler la pilule, mais j'ai eu des saignements, et puis en même temps je vous apporte ma radio de ma cheville où je me suis fait une entorse », donc il y a des moments où on est un peu sélectifs.* » (M7).

Ensuite, trouver du temps pour se former une fois installé n'était pas chose facile. « *Et franchement une fois que vous êtes installé, apprendre quelque chose ce n'est pas toujours facile, ou alors il faut avoir un copain gynéco chez qui on va aller passer deux- trois matinées (...), mais je n'ai pas eu cette occasion-là.* » (M9).

Enfin, pour le temps passé à la pose d'un DIU, un médecin trouvait que le geste pouvait être mieux rémunéré. « *La pose de stérilet est un petit peu mieux rémunérée, ça a un petit peu progressé mais c'est pas non plus...!* » (M7).

3.5.2.2 Difficultés et échecs de pose

Quelques médecins évoquaient le fait que la pose d'un DIU n'était pas toujours aisée et que la difficulté était imprévisible malgré l'aspect initial du col. De ce fait la pose d'un DIU était parfois appréhendée. « *On n'est jamais complètement à l'aise.* » (M6), « *Je ne dis pas que j'avais une préparation psychologique mais enfin, je savais que j'allais poser un stérilet, je regardais ma méthode, je vérifiais le matériel, bref ! C'était presque un événement quoi !* » (M11), « *Un stérilet, tu sais jamais, même sur l'aspect extérieur du col, tu as quelquefois des surprises.* » (M11).

Cette appréhension quant à la pose était plus marquée avec le Mirena® qui a un plus gros calibre que le Diu au cuivre. « *J'avais peur parce qu'il est plus gros, plus difficile à mettre* » (M6), « *Le Mirena®, c'est ma hantise de pose* » (M11).

La difficulté de pose de DIU dépendait du profil psychologique de la patiente et de son appréhension. « *Et souvent (ce sont) des femmes qui ont du mal à se faire examiner, à faire un frottis.* » (M7), « *le jour où j'ai voulu l'examiner pour faire un frottis, ça a été une catastrophe, je me suis dit « non il ne faut surtout pas que je lui pose un stérilet »* » (M7).

La difficulté pour le médecin pouvait être d'accepter ce caractère pénible pour la patiente. « *Il faut juste accepter que ça puisse être désagréable pour la patiente.* » (M8).

Enfin quand un médecin a été confronté à un échec de pose, cela le faisait se remettre en question. « *Mais c'est vrai que quand on se heurte à un échec une fois, deux fois, trois fois ! Moi ça m'a beaucoup déstabilisé, (...) on se dit « je ne sais plus, je n'ai plus la main ! »* » (M4).

Nous reviendrons ci-dessous sur les difficultés techniques chez la nullipare.

3.5.2.3 Effets indésirables

L'un des médecins non poseur de DIU craignait les effets indésirables et complications propres au DIU. « *Est-ce qu'on parle des échecs du stérilet ? Les stérilets qui s'évacuent, les stérilets avec grossesse, on n'en parle pas trop.* » (M9). Beaucoup de médecins interrogés craignaient les infections secondaires à la pose du DIU chez la femme jeune et/ou nullipare sans pour autant avoir rencontré de cas dans leur patientèle. « *Mais ce qui est fou, c'est que je n'ai eu aucun cas d'infection* » (M3), « *Parce que ce qui les inquiète, c'est le risque infectieux de la jeune femme (...) s'il y a un antécédent infectieux, on met en jeu la capacité à procréer, on met en jeu la fécondité, ...* » (M5).

3.5.2.4 Freins matériels

L'une des médecins ne posant pas de DIU mais le prescrivant mentionnait deux freins à la pose des DIU en cabinet : le problème de stérilisation. : « *Il y a aussi la stérilisation du matériel qui était un frein.* », et le problème d'organisation du cabinet : « *C'est vrai que la conformation du cabinet s'y prête peu pour avoir un endroit au calme.* » (M8).

3.5.2.5 Risque de délai de pose trop long

L'inconvénient de ce choix contraceptif, mentionné par l'un des médecins poseur était que le DIU était une méthode contraceptive que l'on ne démarrait jamais d'emblée lors d'une première consultation, il fallait attendre que la patiente fasse la démarche de revenir pour la pose et il s'avérait qu'elle revenait parfois trop tard. « *J'ai l'impression que c'est ça qui se passe. Il y a le fait d'aller chez le pharmacien, de revenir... De temps en temps, on voit des femmes arriver pour des IVG, elles ont leur stérilet dans leur sac ; elles attendaient le bon moment pour le faire poser.* » (M4), « *Donc quand elles arrivent, la contraception qu'on a sous la main ça me semble être la pilule. Une fois qu'elles ont la pilule, même si elles ont un projet de stérilet après, elles sont bien sous pilule et finalement elles la gardent. Il me semble que c'est ce qui se passe.* » (M4), « *Je fais des IVG médicamenteuses, quand tu veux poser un stérilet, tu as un délai de 5 semaines ; tu vois plus la patiente, elles viennent pas au rendez vous. En général, je leur propose un implant en leur expliquant que si ça ne va pas, on posera un stérilet, on enlèvera l'implant. Mais il y en a plein qui refusent, qui disent qu'elles viendront.* » (M11).

3.5.3 Freins selon le profil des patientes

3.5.3.1 Freins spécifiques chez la nullipare

La patiente de plus de 35 ans, multipare restait pour les médecins qui ne prescrivait pas de DIU chez la nullipare, le profil de patiente le plus adapté à la pose d'un DIU : « *Pour moi, c'est plutôt une femme qui a passé 35 voire 40 ans, et c'est là où je vois l'utilité. Ou alors chez une femme plus jeune, qui a un enfant ou plusieurs enfants et pour laquelle les moyens contraceptifs actuels ne sont pas valides.* ». (M3), « *Sinon celles qui viennent d'avoir un enfant, qui reviennent dans le post-partum, on en parle de façon systématique. Les femmes de plus de 30 /35 ans, ça c'est sûr ! Mais même les jeunes ! En fait toutes celles qui ont eu un enfant elles sont d'emblée ouvertes à ça.* » (M8), « *mais c'est quand même une femme qui a déjà eu des enfants d'une façon générale...* » (M10).

3.5.3.1.1 Absence de pose de DIU chez la nullipare par certains gynécologues

Certains médecins interrogés relataient que certains de leurs confrères gynécologues étaient contre la pose du DIU chez la nullipare, donc cela ne les encourageait pas à développer cette pratique. « *J'en ai parlé avec les gynécos,*

parce que justement on lit plein de trucs, on ne sait pas ...(...), elles, elles en posent pas chez les nullipares. » (M5), « comme vous le disiez, il y a même des gynécos qui sont contre, donc c'est vachement dur de se faire son idée. » (M6), « Je le faisais pas avant parce que quand les grands chefs vous disent qu'il ne faut pas le faire...». On vit à une époque ... où il faut être dans les règles. » (M7), « Pour moi effectivement, le vrai frein à la pose du stérilet chez les nullipares, ce sont les gynécos. C'est pas un frein qu'on retrouve au B. (ndlr maternité), puisque eux voient les IVG et donc ils ont une idée bien plus claire de ce que ça peut apporter. » (M8), « Alors le frein, c'était de trouver quelqu'un qui veuille bien leur poser. Et là dessus, je suis absolument persuadée que les généralistes sont peut être plus convaincus de ça que les gynécos. » (M8), « Alors les stérilets pour les nullipares, ça fait 7/8 ans que j'en pose à peu près et les stérilets, ça fait une dizaine d'années en tout. Il y a eu une période d'adaptation, ne serait-ce parce que les gynécos n'en posaient quasiment jamais de stérilets pour les nullipares » (M12), « Les gynécos n'en posent pas, dans le discours que j'entends, pas toutes puisque ce sont souvent des femmes, mais c'est souvent une contre indication la nulliparité, pour des raisons de risque d'infection, de risque de maladies sexuellement transmissibles, de mauvaise surveillance de stérilet... des choses qui sont, en plus pas très claires. » (M12).

3.5.3.1.2 Difficulté du changement d'habitude

Parler du DIU aux jeunes femmes nullipares n'était pas dans les habitudes de beaucoup de médecins car pendant longtemps le DIU était proscrit chez ces patientes ; et les médecins reconnaissaient qu'il était difficile de changer les habitudes. *« Avant, je comprenais pas bien pourquoi la réticence mais comme il y avait un consensus professionnel ; je ne voulais pas m'aventurer. » (M4), « Si c'est une adolescente de 14 ans, pas forcément, parce que même si on va y venir après, c'est vrai que moi j'ai pas eu l'habitude de commencer par ça. » (M7), « j'en posais pas, même si pendant longtemps je savais qu'on pouvait, donc je le disais, mais je le faisais pas » (M6), « c'est dur de lutter contre quelque chose qui n'est pas encore passé dans les mœurs de tout le monde et il y a encore beaucoup de médecins qui disent que c'est pas possible donc à partir de là, c'est plus difficile à imposer si vous n'avez pas de bagage ou les diplômes pour vous affirmer vis-à-vis des autres » (M6), « Moi j'ai eu la notion à l'époque qu'il ne fallait pas le faire. Et puis depuis plusieurs années, on dit qu'on peut faire ça chez la nullipare. Bon peut-être ? Mais dans ma*

tête, c'est assez difficile de passer à cette notion-là. » (M9), « C'est jamais très facile, quand on nous a dit pendant des années « il ne faut pas », et après on nous dit « mais si, c'est une erreur que de ne pas le faire. » Se mettre à le faire c'est pas facile, on a l'impression de... je sais pas, ça me fait bizarre. » (M9).

3.5.3.1.3 Risque infectieux

Le risque infectieux suite à une pose de DIU restait la hantise de nombreux médecins. « Je sais que beaucoup de mes collègues chez les jeunes et chez les nullipares mettent souvent une antibiothérapie. » (M12), « après ça dépend de la jeune fille, si on se retrouve avec une infection... (...) C'est pour ça qu'on privilégie le stérilet chez la multipare, elles ont moins de chances d'aller voir ailleurs. » (M1), « Parce que ce qui les inquiète c'est le risque infectieux de la jeune femme instable etc. (...) s'il y a un antécédent infectieux, on met en jeu la capacité à procréer, on met en jeu la fécondité. » (M5), « c'est vrai que c'est un risque auquel on va peut être plus réfléchir chez une nullipare, pas à cause de l'infection en elle même, mais surtout à cause des risques de salpingite chronique et d'obstruction » (M7).

3.5.3.1.4 Maturité sexuelle

Le fait que certaines patientes n'aient pas encore eu de rapports sexuels paraissait être un frein pour évoquer cette méthode contraceptive car de toutes façons elle ne serait pas prescrite ; seuls quelques médecins qui avaient l'habitude d'en poser chez les nullipares pensaient à l'évoquer dès l'adolescence pour ainsi préparer le terrain : « ...faut qu'elles soient tout de même formées » (M6), « Je dis que ça existe, et là en général, celles qui sont intéressées par ça, elles en parlent spontanément. Mais certaines filles de moins de 20 ans, on n'est même pas sûr qu'elles aient eu des rapports. » ; « Il faut qu'elles se sentent à l'aise » (M11), « même avant : 14/15 ans, je leur en parle ... après ce n'est effectivement pas ce qui va être proposé, parce qu'elles n'ont souvent pas eu de rapports » (M12), « Et je pense qu'il faudrait quelqu'un qui ait déjà un rapport à la sexualité. Qui ait déjà un rapport au corps, une vie sexuelle. » (M5), « Si c'est une adolescente de 14 ans pas forcément, (...) je ne pense pas qu'il faille commencer par ça dès le départ à 13 ou 14 ans. » (M7).

3.5.3.1.5 Technicité du geste

Beaucoup appréhendaient le geste de pose chez la nullipare car le col est plus étroit ; certains ont ainsi toujours délégués cette tâche. D'autres sélectionnaient

leur modèle de DIU. « *Mais ça m'est déjà arrivé (...) de faire poser un stérilet à une nullipare par ma collègue. Je l'aurais posé si j'avais eu la technique.* » (M5), « *au niveau technique je pense que ça ne pose pas de gros problèmes, sauf le passage du col qui peut être un peu plus difficile mais oui pourquoi pas.* » (M7), « *Mais par contre je n'ai pas de souvenir de pose difficile chez une nullipare, je ne dis pas que ça n'existe pas, mais je ne me dis pas « c'est une nullipare ça va être terrible ! ».* *Mais je ne poserai pas un Mirena® à une nullipare, je ne l'ai jamais fait !* » (M11), « *c'est sûr que c'est plus facile chez la multipare, ça rentre tout seul, le col est énorme.* » (M3), « *Je pense que je dirai dans un premier temps : « non, non, trouvez une gynéco parce que techniquement c'est un peu plus compliqué, je n'y arrive pas »* » (M4), « *Tu as moins de surprise quand tu as un col qui est bien large, bien ouvert plutôt que lorsque tu te retrouves avec un col de nullipare devant un orifice punctiforme* » (M11), « *Parce que de temps en temps c'est quand même un petit peu plus compliqué.* » (M12).

Cependant les médecins poseurs se rendaient compte que ce n'était pas forcément chez les nullipares que la pose était la plus difficile, mais que la difficulté de pose dépendait de paramètres physiques et psychologiques variables d'une patiente à l'autre et non prévisibles. « *Oui, parfois plus difficile mais parfois c'est comme les autres poses de stérilets, il y a des femmes chez qui c'est extrêmement facile et puis d'autres qui ont un orifice interne du col qui est infranchissable ou difficilement franchissable ; c'est la même difficulté.* » (M12).

3.5.3.1.6 Intrusif

Les médecins avançaient que le côté invasif de la pose du DIU rendait plus difficile son abord avec les plus jeunes femmes qui n'avaient souvent jamais eu d'examen gynécologique. Donc par facilité, le médecin proposait plus facilement une contraception per os. « *Mais chez la nullipare, ça reste quand même la pilule, le première truc facile avant d'être invasif...* » (M6), « *étant donné qu'on a moins de contact physique, d'examen physique gynécologique des filles jeunes et bien on va rester sur ce qu'il y a de plus pratique.* » (M11),

Les médecins imaginaient que c'était la position gynécologique qui freinait les patientes. Il leur fallait procéder par étape pour les rassurer et les mettre en confiance. « *C'est l'intrusion, elles ont peur de l'examen gynécologique déjà.* » (M8), « *Ah non, pas un stérilet !* » *Elles disent ça. Et moi, je ne pense pas que ce soit le*

stérilet, je pense que c'est la pose. Alors après il y en a qui sont extrêmement à l'aise dans leur corps, même toute jeune ! Mais quand même, je me rappelle l'époque où on leur faisait des frottis, il faut plus de temps pour les détendre. Je me dis que maintenant qu'on ne les fait plus, c'est le même problème pour le stérilet. », (M8), *« Moi je me revois à 17 ans, je n'aurais pas aimé qu'on me fasse un frottis tiens ! Donc du coup, ça me pose un problème, je trouve que c'est extrêmement intrusif. »* (M8), *« C'est très difficile d'avoir les pieds dans les étriers, d'être détendue à 17 ans. »* (M8), *« tu connais beaucoup de gamines de 15 ans qui viennent ouvrir les pattes devant toi en disant tout va bien. C'est ma grande fierté au planning d'arriver à faire rigoler les filles pendant l'examen gynécologique. C'est un challenge, ce n'est pas facile ! Anesthésie verbale, mettre à l'aise, aller doucement ; »* (M11).

3.5.3.2 Freins selon d'autres caractéristiques de la patiente

3.5.3.2.1 Risque de durée de pose trop court

Quelques médecins trouvaient dommage de poser un DIU pour une durée courte et de ce fait avaient tendance à favoriser cette prescription à des patientes qui ne voulaient plus d'enfant. *« Je pars du principe que poser un stérilet pour six mois, un an c'est un peu bête et c'est risqué. »* (M1), *« Pour une raison toute simple, c'est pour pas avoir à mettre un stérilet et le retirer un an après ! »* (M7).

3.5.3.2.2 Utérus « contractile »

Un médecin remarquait qu'il fallait sélectionner les patientes et écarter celles pour lesquelles on pensait que le DIU ne conviendrait pas. *« Les filles qui ont des règles hyper-abondantes et des règles douloureuses, je ne conseille pas. Celles qui ont des utérus contractiles, ça ne marchera jamais avec le stérilet. Mais bon, ça n'empêche pas d'en parler, mais on sait que ça ne se passera pas bien. »* (M8).

3.5.3.2.3 Perdues de vue

Le risque de perte de vue est non négligeable car le DIU est tellement confortable qu'il peut se faire oublier au point que certaines patientes oublièrent de se faire suivre. *« Et comme c'est tous les 4 /5 ans, c'est vrai qu'on ne les revoit pas si souvent que ça même si on leur dit qu'on les revoit tous les ans pour contrôler... on ne les revoit pas. Surtout quand ce n'est pas nos patientes. Comme il y en a qui ne viennent que pour de la gynéco, on ne les revoit que 5 ans après. »* (M3), *« Avec le stérilet, c'est tout une procédure quand même : il faut qu'elles prennent rendez-*

vous en début de cycle, il ne faut pas qu'elles oublient de le faire changer au bout de trois ans. Du coup, quand elles ont le stérilet, elles échappent, elles ne reviennent pas pour leur frottis entre deux. » (M4).

3.5.3.2.4 Statut de mineure

La minorité était un frein pour certains médecins qui n'avaient pas l'habitude de poser des DIU chez les plus jeunes femmes (en majorité nullipares). Ils préféraient ne pas insister sur le DIU quand la jeune fille venait réclamer sa pilule. *« J'aimerais mieux qu'elle ait ses 18 ans, je pense que j'aurais du mal avec une mineure ; je ne lui mettrais sûrement pas! » (M5), « Avant 18 ans, je pense que non. » (M7), « je n'en parle jamais aux toutes jeunes filles que je vois la première fois, parce qu'elles ne viennent pas pour ça et puis elles sont quand même vraiment très, très jeunes » (M8).*

3.5.4 Freins selon les caractéristiques propres du médecin

3.5.4.1 Difficultés à aborder le sujet de la sexualité

Un médecin reconnaissait avoir des réticences personnelles à aborder la sexualité avec ses patientes, sujet considéré comme sensible et tabou. Le médecin avait peur de choquer sa patiente avec ses questions intrusives. Sujet d'autant plus difficile à aborder que la patiente était suivie depuis longtemps. *« En plus moi, je ne suis pas à l'aise avec la sexualité mais pas du tout ! Il y a des médecins qui arrivent parfaitement à poser des questions... Moi je trouve ça extrêmement intrusif ! Donc la gynéco pure et dure c'est pas du tout mon style ; les grossesses oui, les maladies pourquoi pas, mais finalement la contraception et la sexualité, c'est sûrement pas ce que je préfère dans la gynéco ; ça doit être ça tient ! L'histoire... » (M8), « Je réalise que finalement, j'ai toujours su que même si je n'étais pas à l'aise avec la sexualité des patients... Quand c'est eux qui m'en parlent ça ne me pose pas de problème mais moi, débarquer avec mes questions alors qu'ils ne m'ont rien demandé, ça ne passe pas du tout ! » (M8).*

3.5.4.2 Statut de médecin homme

Le caractère masculin du médecin freinait certaines patientes pour ce qui concernait la prise en charge de leurs problèmes gynécologiques. Donc certains médecins féminins expliquaient récupérer les patientes de leur confrère et/ou associés pour ce type de prise en charge. *« Je récupère les patientes de mes*

associés parce que ce sont des hommes et que ça a l'air d'arranger tout le monde. » (M8) ; « Donc quand j'ai démarré au départ, j'étais une des rares généralistes femme donc automatiquement on m'a beaucoup interpellée au niveau gynéco. » (M6).

3.5.4.3 Manque de compétences

Certains médecins regrettaient le manque de formation initiale pour la pose de DIU, d'autres remarquaient que pour bien faire et se sentir à l'aise, il fallait pratiquer beaucoup. *« Mais ça m'est déjà arrivé au moment où je n'en faisais pas de faire poser un stérilet à une nullipare par ma collègue. », (M5), « on avait fait peu de gynéco, dans le cursus » (M6), « moi durant mon cursus scolaire, je n'ai fait que de la théorie et j'ai été voir après pour en poser. »(M6), « on propose ce qu'on sait faire. Donc quand on ne sait pas faire, on propose moins. » (M9), « Alors le problème aussi, c'est que pour faire bien, il faut faire beaucoup. Les trucs qu'on fait tout le temps, on le fait très bien. » (M8), « Je pense que ce qu'on n'a pas l'habitude de faire, ça se passe moins bien! » (M8).*

Concernant la nullipare, l'un des médecins reconnaissait être insuffisamment renseigné et donc peu compétent dans ce domaine. *«Non, je suis un peu ignorant sur la chose. Je ne peux pas répondre à ça. Je vous dis ce que j'ai lu sur le sujet en dernier lieu. » (M10).*

3.5.4.4 Volonté de préserver un exercice varié de médecine générale

Certains médecins ont fait le choix de ne pas faire certains actes de gynécologie de peur d'avoir une activité de moins en moins diversifiée et très orientée gynécologie. *« J'ai voulu garder mon métier de généraliste. » (M6), « En revanche, alors que j'ai appris à poser les stérilets, je ne veux pas le faire. (...) Je trouve que je fais assez de gynéco comme ça. » (M8), « et en fait, c'est à l'époque où il n'y avait quasiment que moi comme femme ; j'avais déjà l'impression d'en faire énormément de gynéco ! Je voyais des tas de nanas qui n'étaient pas du tout de ma clientèle» (M8).*

Un autre médecin notait ne pas aimer récupérer des patientes de confrères pour leur poser leur DIU et ainsi passer pour la gynécologue de service. *« J'ai des patientes qui arrivent et ce ne sont pas mes patientes. Leur médecin leur a prescrit un stérilet avec mission de trouver un gynéco, mais comme le gynéco c'est trop loin, elles viennent chez moi; elles savent que j'en pose. (...).J'aime pas beaucoup! Je*

sais, ce n'est pas le sujet mais je veux bien poser des stérilets à mes patientes. Là je suis un peu prise pour un technicien, je n'aime pas mais je le fais quand même. » (M4), « J'ai pas envie de me retrouver gynéco de la commune. Et en même temps j'ai fait médecine générale, c'est pour faire une activité variée. » (M4).

3.5.4.5 Coût

Certaines assurances demandent une majoration en cas de pose de DIU ou autre gestes techniques invasifs par le médecin ; certains n'ont même pas prévenu leur assurance, d'autres sont au courant de surprimes de la part de certaines assurances et ont choisi une assurance qui ne leur faisait pas payer de majoration. Ce surcoût peut apparaître comme un frein pour certains médecins d'autant plus qu'ils trouvent ce geste peu rémunérateur. « Oui, c'est un léger surcoût car on est dans un geste un peu invasif. 40 euros par an, un truc comme ça, mais oui, il y a un surcoût. » (M2), « Alors je ne m'en suis même pas occupé, faudrait peut-être que je les prévienne mais enfin, si, je leur ai dit que je faisais les IVG médicamenteuses donc c'est pas plus risqué je pense. » (M5), « Alors évidemment ça demande du temps, c'est pas très bien rémunéré finalement, au regard du temps passé et de l'éventuel risque, ca c'est encore autre chose... Je pense que ça durera aussi tant que les assurances ne nous tomberons pas dessus en mettant des tarifs prohibitifs. » (M7), « mon assureur m'a dit, « non pas de problème » et après tu as des assurances qui te donnent des surprimes, ben faut changer ! Moi je n'ai pas de surprimes ! » (M11).

3.5.4.6 Judiciarisation de la médecine

Les plaintes en médecine ne sont pas rares et la judiciarisation de la médecine influence de plus en plus les pratiques de certains médecins. La peur de la plainte suite à un geste technique invasif peut donc freiner quelques médecins. « On est dans une société, c'est peut être bien aussi, de précaution ultime, il faut tout dire avant. Si on oublie un truc et que ça arrive, on va au tribunal. Ce n'est pas facile... » (M9), « Donc si on dit à la femme : « je vous pose un stérilet », Est-ce qu'on lui donne un papier sur lequel on écrit, il peut se passer ci ou ça ! On devrait leur faire lire avant et elles reviennent après, après avoir compris ce qui se passait. » (M9), « et en plus il y a le juridique qui est intervenu petit à petit, donc je crois que c'est dans la tête de tous les médecins, ça a transformé mon exercice. » (M10), « Il y a

des choses que je ne fais plus parce qu'il y a des gens plus compétents et peut être mieux protégés que nous de ce point de vue là. » (M10).

3.6 Freins de la patiente au choix du DIU rapportés par le médecin

3.6.1 Méconnaissance et peur du DIU

Les médecins remarquaient tout de même beaucoup d'appréhension vis-à-vis de la pose du DIU car ce moyen contraceptif restait peu connu de la part de certaines patientes. *« Pas mal ne sont pas franchement réticentes mais un peu ignorantes et en recul » (M7).*

3.6.1.1 Taille du DIU

La plupart des patientes s'imaginaient un objet de grande taille et craignaient la douleur occasionnée par la pose. Le médecin devait travailler à rassurer et informer ses patientes. *« Elles regardent, elles disent toujours « ah j'aurais pas cru que c'était aussi petit ! » C'est souvent la phrase... » (M6), «elles imaginent toujours une espèce de gros cadre métallique faisant 20 cm de long et quand on leur montre, à chaque fois c'est « ah, c'est si petit ! ». » (M7), « Donc moi, je leur mets un stérilet dans la main, parce qu'en fait je me suis rendue compte qu'elles n'ont jamais vu ce que c'était, elles s'imaginent que c'est gros comme un tampon, je ne sais même pas ! » (M8).*

3.6.1.2 Gêne du partenaire

Les médecins remarquaient que certaines patientes craignaient la gêne occasionnée lors des rapports en partie parce qu'elles se représentaient mal l'anatomie féminine. *« En leur montrant une image, pas de soucis. Voilà les rapports, ça se passe là, le stérilet c'est au-dessus. » (M5), « les réticences qu'il peut y avoir, c'est tout ce qui traîne sur ce que ressentent les hommes avec les stérilets. » (M8), « ...que l'homme va sentir !!! » (M2), « la question qu'elles posent aussi : (...) « est-ce que mon partenaire va sentir ? ». » (M4), « C'est quelquefois plus par rapport aux femmes maghrébines elles ont toujours peur que le mari sente parce que souvent, elles le posent en douce. » (M6).*

3.6.1.3 Idées reçues : caractère abortif, cancer

Certaines patientes pensaient que la non évacuation des règles était nocive pour l'utérus. *« Et avec le Mirena®, le manque de règles ; c'est encore ancré dans la tête des gens que le fait de ne pas avoir de règles peut donner des cancers. » (M1).*

3.6.1.4 Corps étranger

Certains médecins expliquaient que beaucoup de femmes éprouvaient un blocage à l'idée d'avoir un corps étranger dans leur organisme; et souvent retrouvait chez ces patientes le même frein pour le Nexplanon®. « *Ensuite l'idée d'avoir un corps étranger, un plastique dans l'utérus, un bout de plastique.* »(M2), « *je suis toujours étonnée que les femmes voient ça comme une horreur, je vois qu'il y a beaucoup de femmes qui ont une impression de corps étranger.* » (M4), « *En fait celles qui ne perçoivent pas bien le stérilet, elles ne perçoivent pas bien l'implant non plus. Je crois que c'est le corps étranger qu'elles ne supportent pas ; que ce soit l'implant ou le stérilet.* » (M5), « *Sauf les gens qui viennent en disant : « oh moi non un corps étranger, c'est pas possible ! » » (M5).*

3.6.1.5 Peur de la douleur lors de la pose

Les médecins remarquaient une certaine appréhension de la douleur quant à la pose du DIU. « *La peur aussi d'avoir mal lors de la pose ; on apprenait durant mon externat : avec une Pince Pozzi. Probablement une invention d'un mec. (Rires)* » (M2), « *la question qu'elles posent aussi : « est-ce que ça fait mal quand on pose ? » » (M4).*

3.6.2 Craintes des effets secondaires et des échecs du DIU

3.6.2.1 Grossesses sous DIU

La peur des grossesses sous DIU restait très présente chez les patientes selon les médecins. « *Non, c'est plutôt la peur d'avoir une grossesse sous stérilet qui ressort.* »(M2), « *Oui, il y a des réticences, c'est les grossesses extra ou les grossesses sous stérilets.* » (M6).

3.6.2.2 Infections sous DIU

Un médecin rapportait les craintes des infections de la part des patientes. « *Elle m'a parlé de risque infectieux.* » (M6).

3.6.2.3 Placement/Peur de perdre le DIU

Les médecins relataient des craintes de perte de DIU. « *Il y a quand même le truc : « il paraît qu'on peut les perdre ». Moi j'ai toujours pensé que des stérilets perdus, c'était des stérilets mal posés.* » (M8).

D'autres patientes craignaient qu'il soit mal placé. *« Je me demande, si c'est pas un motif d'angoisse qui revient souvent, à cause de l'incertitude du placement du stérilet. »* (M9).

3.6.2.4 Douleur

La peur des douleurs engendrées par le DIU restait présente selon un médecin. *« Et des douleurs aussi parfois, les patientes se plaignent de douleur. »* (M1).

3.6.2.5 Aménorrhée

Beaucoup de femmes ne toléraient pas le fait de ne plus avoir de règles selon certains médecins. *« Des femmes qui sont terrorisées à l'idée de ne plus avoir de règles. »* (M7), *« et sinon on sait plus où on en est, parce qu'il y en a qui n'ont pas de règles et ça les bloque un peu parce qu'elles ont toujours les jetons que... »* (M9).

3.6.2.6 Anémies

Les anémies engendrées par le DIU au cuivre pouvaient conduire à des obligations de retraits. *« J'ai eu un problème avec l'une d'elle, qui a eu une anémie à 5 g avec son cuivre ! »* (M3), *« règles hémorragiques sous stérilet au cuivre, qui souvent avaient des règles abondantes, »* (M7).

3.6.3 Perte de l'autocontrôle

Un médecin avait l'impression que le port d'un DIU empêchait les patientes d'être autonome quant à leur désir de procréer, alors qu'avec la pilule elles pouvaient l'arrêter quand elles le désiraient. Ce frein peut être inconscient. *« Il y a les femmes qui sont bien, qui sont très attentives, qui font très attention à prendre leur pilule tous les jours ; ça ne les gêne absolument pas et puis elles ont l'impression probablement d'avoir un contrôle plus important sur leur moyen de contraception. »* (M12).

3.7 Déterminants des choix des patientes

3.7.1 Informations données par le médecin

Les médecins expliquaient que beaucoup de patientes avaient déjà leur propre idée sur la contraception, puis en premier ou en dernier recours elles se tournaient vers eux pour une écoute, une demande d'information et une aide quant au choix de leur contraception. Certaines jeunes femmes venaient de plus en plus avec l'idée de se faire prescrire un DIU, la plupart le réclamant après un certain

temps de réflexion. « Et puis, à un moment donné, c'est elles qui en parlent, on arrive là-dessus, on a banalisé un petit peu les choses » (M6), « Moi je leur laisse le temps, c'est à dire qu'on en parle, s'il le faut on laisse passer 6 mois, 1 an, mais faut vraiment que ça soit leur décision et en général quand on fait ça, enfin moi dans mon expérience ça se passe bien. » (M7), « Souvent ça se faisait comme ça, c'est-à-dire que moi, j'en parlais et puis elles me disaient, je vais réfléchir et elles finissaient quasiment toujours par le poser, bon parfois ça prenait un an, un an et demi. » (M8), « peut être parce que sans m'en rendre compte, même dans les premières contraceptions qui sont quand même plus souvent des pilules œstroprogestatives, j'ai tendance à leur présenter tous les moyens de contraception, donc c'est vrai qu'il y a eu une information au départ quand elles avaient 15/16 ans et quand elles se sentent suffisamment à l'aise à 18 ou 20 ans, la pose du stérilet, elles en ont déjà entendu parler, donc du coup elles en ont discuté, elles ont réfléchi. » (M12), « Voilà ! Il y a eu du travail avant, on en a parlé avant, mais parfois elles arrivent en disant « j'ai réfléchi, je voudrais une contraception et je voudrais un stérilet », ça leur arrive de plus en plus fréquemment » (M12).

Certains médecins trouvaient les patientes plus demandeuses d'information et plus attentives depuis la polémique concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération « D'abord il y a eu cette espèce de campagne un peu foireuse contre la pilule de troisième génération qui a amené une vraie réflexion des femmes sur ça, donc forcément, elles nous écoutent peut-être plus ! Tu vois, moi je n'ai pas changé, mais je pense que j'ai un auditoire qui s'est élargi. » (M11).

Quelques médecins notaient l'importance de présenter aux femmes l'idée d'un schéma contraceptif non figé dans le temps, modifiable dès qu'elles le souhaitaient. « Une jeune femme n'est pas attaché à la même contraception toute sa vie. » (M5), « je pense qu'on a un vieux rapport à la contraception : une contraception : une femme et c'est tout le temps pareil. En fait on peut changer tout le temps. » (M5), « Enfin, il ne faut pas d'a priori en contraception, c'est-à-dire il ne faut pas dire, « ça je ne vais pas utiliser, ça je ne vais pas utiliser » et j'essaye de travailler avec les patientes pour une vision au long cours et de ne pas fermer de portes, » (M11), « moi je compare toujours, c'est une phrase que j'ai souvent avec mes patientes, la contraception est une vitrine de chaussure, c'est pas parce que les chaussures vont à la copine qu'elles te conviendront à toi » (M11), « celles qui te disent « non je veux pas de corps étranger, je veux pas ci, je veux pas ça » tu respectes et tu essayes de

discuter avec elles, de pas les braquer, d'obtenir d'elles une écoute, c'est-à-dire que « attendez, vous allez sortir avec la contraception qui vous va mais là, j'aimerais bien que vous m'écoutez quand même » et puis je leur explique les avantages du stérilet et que un jour peut être... » (M11).

La présentation matérielle du DIU en consultation permettait de casser une représentation de l'objet, faussée la plupart du temps chez les patientes. *« Et donc du coup, une fois qu'on les a laissé tripoter le stérilet, finalement l'appréhension qu'elles pouvaient avoir, ça disparaît tout de suite. »(M8), « Déjà la boîte, justement, je leur dis toujours vous verrez une grosse boîte parce que c'est mon matériel qu'il y a dedans pour le poser, mais en fait le stérilet c'est que ça ! Et je leur montre. » (M6), « Il y a quand même souvent une non connaissance donc j'ai des stérilets à leur montrer en consultation » (M12).*

3.7.2 Sources d'information autre que le médecin

Les médecins remarquaient que beaucoup de femmes se renseignaient sur internet, entendaient parler de l'expérience de leurs proches ou encore à leur insu se laissaient influencer par les médias. Elles se forgeaient leur première idée bien avant de demander un avis médical. *« Et elles vont aller voir leurs copines, aller voir sur Internet, elles vont demander un peu partout avant de revenir me voir » (M1), « Oui, « j'ai une copine qui en a un, qui n'a pas ses règles, il n'y a pas d'hormones, donc c'est génial » Oui il y en a qui demandent. » (M2), « Donc après, elles ont déjà vu, elles savent de quoi on parle, elles en parlent à droite à gauche » (M6), « elles sont allées voir éventuellement sur internet, donc ça a favorisé un délai. » (M12), « Il y a eu une vague contre les pilules de 3^{ème} et de 4^{ème} génération, parce que les médias s'en sont mêlés, si demain on dit du bien ou du mal du stérilet dans les médias, même si c'est déformé, ça aura un impact. On a plus confiance en la télé et la radio qu'en nous médecin. » (M7).*

Les médecins avaient l'impression que les femmes intéressées et demandeuses du DIU étaient d'une catégorie socio culturelle plus favorisée. *« Plus des filles qui lisent un peu, qui ont une idée, ou celles plus cortiquées, tu vois ? Un profil social peut-être un petit peu plus favorisé » (M11), « donc elles ont recherché un autre moyen de contraception, est-ce que c'est des milieux... moi je travaille dans un milieu socio culturel favorisé, je suis sur le plateau est de Rouen, il y a très très peu de CMU. » (M12).*

A contrario, les jeunes femmes chinoises demandaient le DIU très jeunes pour des problèmes de sanction économiques « *À médecin du monde et dans le réseau prostitution, j'ai des contacts avec les femmes chinoises qui elles, à 90% ont un stérilet.* » (M12).

3.7.3 Avantages perçus par les patientes

Certains médecins avaient l'impression qu'il y avait de plus en plus de demandes de pose de DIU par les patientes, en partie à cause de l'émergence de certaines réticences par rapport aux pilules. « *Il y a de plus en plus de demandes* » (M12), « *parce qu'on est confronté de plus en plus à des gens qui ne se sentent plus concernés par la pilule* » (M6).

Certaines femmes, notamment maghrébines, se faisaient poser un DIU en cachette de leur mari, qui permettait de prolonger leurs règles. D'autres ne voulaient pas d'enfant dans le cadre d'un mariage qu'elles n'avaient pas voulu. « *C'est quelquefois plus par rapport aux femmes maghrébines, elles ont toujours peur que le mari sente parce que souvent elles le posent en douce.* » (M6), « *elles sont souvent mariées avec des hommes qu'elles n'aiment pas, c'est souvent des mariages forcés et pendant les règles elles sont tranquilles, il n'y a pas de rapports !* » (M5), « *un mariage forcé, elle ne voulait pas d'enfant avec cet homme là ; il ne voulait pas qu'elle prenne la pilule donc stérilet* » (M5), « *là, il y a la case femme, la case homme et puis on se démerde si le mari veut... puisque nous ne voulons pas, on vient se faire poser un stérilet et on n'en parle à personne.* » (M6).

Les médecins remarquaient que beaucoup de femmes (nullipare ou non) avaient envie d'une contraception non hormonale. « *Les femmes reviennent à quelque chose sans hormones donc plus de cuivre que ce que j'aurais pu faire ou pu voir en stage de gynéco par exemple.* » (M2), « *Bien évidemment, les femmes demandent des moyens de contraceptions sans hormones. Et le stérilet en fait parti.* » (M2).

3.8 Moyens de réassurance autour de la pose

3.8.1 Echographie

Certains médecins faisaient pratiquer des échographies pelviennes pour garantir à leur patiente que le DIU était en place et se rassurer eux-mêmes. Certains avaient abandonné cette pratique systématique avec l'expérience, d'autres n'en ont jamais eu l'utilité. « *Avant, je faisais des échographies de contrôle* » (M1), « *Oui, ça*

garantit à la patiente et à moi que le stérilet est bien posé. » (M2), « Non. Je n'en ai jamais fait systématiquement, j'en ai fait quand la pause s'est passée bizarrement. » (M4), « on vit à l'ère des images et de la technique, on ne fait plus beaucoup de clinique donc il faut des échographies mais c'est pas ma pratique. » (M7), « Jamais ! Enfin si quand j'ai un doute, une hystérométrie un peu courte, un geste qui s'est mal passé. » (M11).

3.8.2 Pince Pozzi

Il existait de plus en plus de réticences de la part des médecins à l'utilisation de la pince Pozzi comme aide à la pose du DIU. Cette pince, traumatisante pour le col, convainquait certains médecins à s'entraîner de plus en plus à la pose de DIU avec une pince en plastique ou sans pince. Ils conservaient la pince Pozzi pour les poses les plus délicates. *« J'en mets rarement, sauf quand il y en a besoin. Chez la nullipare ça peut arriver, mais je raconte des bêtises, ce n'est pas plus que chez la multipare, c'est quand il y a une résistance, l'utérus va obligatoirement partir quand on essaye de l'enfoncer donc on a besoin d'une pince Pozzi. » (M12), « Sur toutes les échographies post pause à 1 mois, sans Pozzi, ils étaient bien posés. » (M2), « Celle en plastique oui. Pas la métallique, je l'utilise de moins en moins. » (M3), « Alors je l'ai utilisée comme on m'a appris, je dirais pendant longtemps, mais c'est vrai qu'à chaque fois c'était avec un petit frisson et j'aimais pas franchement ! Je dois dire que j'ai essayé plusieurs fois depuis sans, ça a bien marché sauf une fois. » (M7), « alors des fois ça peut aller bien même sans pince mais il y a des fois des utérus avec des cols un peu coudés et si on redresse pas le col on passe pas voire des fois on risque même derrière une perforation si on insiste. » (M7).*

3.8.3 Prémédication

Certains médecins prescrivait une prémédication à leur patiente de manière systématique surtout chez la nullipare. Cette prescription pouvait correspondre à des antalgiques, des anxiolytiques ou encore des analogues de prostaglandines prescrits chez la nullipare pour dilater le col. *« Pour les nullipares pour l'instant, oui j'ai la trouille, elles connaissent même pas ce que c'est qu'une contraction musculaire donc elles sont vachement surprises déjà même avec Lamaline® une heure avant et puis un Spasfon lyoc® tout de suite. » (M6), « Spasfon® avant et quand j'arrive pas à franchir je leur donne du Cytotec®, mais je les fait revenir une deuxième fois, elles ont pas systématiquement du Cytotec®. Alors soit localement, soit par la bouche, ça*

dépend un peu. » (M12), « Alors je ne donne pas de prémédication, je leur donne du Spasfon® à prendre dans la salle d'attente une heure avant, je réponds comme ça parce que j'ai entendu dire qu'il était possible de mettre du Cytotec® en intra-vaginal. Mais c'est un truc dont j'ai entendu parler donc j'attends d'en entendre un peu plus parler avant de pratiquer, parce que pour l'instant ça me semble être une indication parallèle, pas forcément étudiée. » (M4), « Alors ça dépend du profil de la femme je peux donner du Cytotec® si c'est une femme qui n'a eu qu'un enfant ou si c'est une femme qui a eu des césariennes. » (M5).

3.8.4 Prélèvement vaginal

La majorité des médecins ne faisaient pas faire de prélèvement vaginal systématique à leur patiente avant la pose d'un DIU. D'autres étaient plus rassurées en en faisant faire un. D'autres encore qui en prescrivaient en début d'activité, dénigraient de plus en plus cette pratique car connaissaient mieux leurs patientes et n'avaient jamais eu de complications particulières. « Je les faisais à une époque, maintenant je ne les fais plus ; je connais quand même mes patientes à force, elles viennent me voir régulièrement quand il y a des pertes, donc après je fais des prélèvements dans ces cas-là et donc j'arrive quand même à cerner mes patientes. » (M1), « Avant la pose : j'exige un prélèvement vaginal (PV) de moins de deux semaines et c'est à ce moment qu'on parle du risque infectieux. » (M2), « Ah moi je fais systématiquement un prélèvement même si elles disent qu'elles ont le même partenaire !! » (M3), « Ça dépend de ses pratiques sexuelles, si elle a un seul compagnon depuis plusieurs mois. » (M12).

4 DISCUSSION

4.1 Intérêt et originalité de l'étude

Cette étude permettait de dresser un aperçu des différents freins des médecins généralistes à la pose du DIU chez la nullipare.

Une des originalités mais aussi des difficultés de l'étude a été d'interroger des médecins poseurs mais aussi non poseurs de DIU. En effet, les médecins non poseurs de DIU ont mis en avant des freins non mentionnés par les médecins poseurs, cependant ils ont pu se sentir moins à l'aise pour discuter de ce sujet et moins intéressés. Ces entretiens étaient de ce fait moins productifs et plus courts.

Une des difficultés était de trouver des médecins poseurs chez la nullipare. Mais grâce aux médecins membres du département de médecine générale et enseignant à la faculté, cette difficulté a été facilement surmontée.

Ce travail est complémentaire de deux thèses qualitatives et d'une thèse quantitative portant sur la vision du DIU chez la nullipare par les médecins : celle de G. Guilloteau et M. Guillomar en 2012 (Angers) (66) et celle de M. Hess en 2012 (Dijon) (67) prenaient en compte l'avis des médecins généralistes et celui de gynécologues. Celle d'E. Reynier en 2011 (Nantes) était une étude quantitative auprès de médecins généralistes sur le DIU chez la nullipare (68).

Nous avons choisi d'explorer le point de vue des médecins généralistes uniquement ; les gynécologues et les sages-femmes ont été exclus de l'étude car il s'agissait d'une thèse de médecine générale.

Seuls des médecins thésés ont été retenus afin d'avoir des avis basés sur l'expérience et d'éviter les idées préconçues.

La distinction entre nullipare et nulligeste n'a pas été faite.

Toutes les données des verbatims n'ont pas été mentionnées dans les résultats car peu pertinentes par rapport au sujet.

4.2 Critique de la méthode

4.2.1 Les biais

4.2.1.1 Biais de sélection

Dans une étude qualitative l'échantillonnage n'est pas aléatoire, la sélection des médecins s'est faite selon leurs différentes caractéristiques (sexe, âge, origine géographique). Ce type de méthode pourrait sélectionner une certaine catégorie de médecins, la participation à l'entretien pouvant dépendre de l'intérêt que porte le médecin au sujet. Pour limiter ce biais, au moment de la prise des rendez-vous téléphoniques, seul le thème de la thèse était abordé, c'est à dire « la pose du DIU en médecine générale ». Aucune autre information n'était fournie afin de préserver la spontanéité des réponses. Aucun médecin n'ayant refusé l'entretien, il n'y avait pas d'écart entre l'échantillonnage initial et réel. Cependant, comme pour toute thèse qualitative, on ne peut pas faire de généralisation statistique à la population générale car l'échantillon est non représentatif des médecins.

4.2.1.2 Biais de déclaration

La méthode choisie peut provoquer une perte d'information car l'entretien portait sur les souvenirs des médecins généralistes. Certains médecins ont cependant profité de cet entretien pour réfléchir sur leur propre pratique.

4.2.1.3 Biais de l'enquêtrice

Dans un premier temps, conduire un entretien semi-dirigé demande à l'interviewer de maîtriser des techniques méthodologiques et des connaissances en études sociologiques. Or il s'agissait de la première expérience de l'enquêtrice.

Etant interne en médecine générale et ayant un intérêt particulier pour le sujet de la thèse, ma neutralité pouvait être compromise pour mener l'entretien et pour interpréter les résultats. Des éléments en faveur de la pose du DIU chez la nullipare ont pu involontairement être suggérés et ainsi influencer les réponses des médecins interrogés même si aucun rappel concernant les recommandations en matière de contraception n'a été fait en début d'entretien. Mes interventions étaient limitées au maximum pour la même raison.

4.2.2 Limites

- À l'enregistrement : L'autorisation d'enregistrement était demandée avant le début de l'entretien. Cet enregistrement a pu susciter une certaine réserve de la part des médecins interrogés au début mais les médecins se décontractaient au fur et à mesure de l'entretien. Il n'y a eu aucun refus d'enregistrement.
- Lieu : Les médecins interrogés chez eux étaient plus décontractés et avaient la parole plus libre que ceux interrogés au cabinet sur un créneau de consultation, probablement à cause du facteur temps. Les entretiens ont d'ailleurs été plus longs et plus productifs dans ces cas-là mais pouvaient s'éloigner du sujet par moment.

4.2.3 Validité

4.2.3.1 Validité interne

L'enregistrement des entretiens a permis d'effectuer leur retranscription précise, ce qui augmentait la fiabilité de l'analyse des données.

Cette validité est assurée par l'atteinte de la saturation des données.

Par contre, l'analyse du verbatim a été faite par un seul chercheur pour le codage.

4.2.3.2 Validité externe de l'étude:

Il y avait une similitude entre le ressenti des médecins et les recommandations de la HAS. Les données fournies par les médecins généralistes sont superposables à celles issues de notre revue de la littérature. Cependant, il manque à l'étude un regard extérieur à la médecine générale : en complément des généralistes, un codeur gynécologue aurait été particulièrement utile dans cette étude.

4.3 Analyse des résultats

L'objectif de cette étude était de comprendre les freins des médecins généralistes à la prescription du DIU chez la nullipare. D'autre part, cela nous a permis de comprendre leur gestion globale du DIU avec leurs patientes.

Les médecins interrogés étaient poseurs ou non poseurs de DIU donc certains freins évoqués étaient valables pour toute patiente nullipare ou non.

Certains médecins poseurs n'avaient pas forcément conscience de leurs freins concernant la nullipare et les ont identifiés au cours de l'entretien.

Les freins concernant la patiente nullipare étaient plus ou moins reconnus par les médecins.

4.3.1 Difficulté au changement d'habitudes, vers une évolution des mentalités ?

Aucun des médecins interrogés n'a appris à poser de DIU chez la nullipare au cours de son externat. Le recul n'était pas assez grand certainement à l'époque et sa pose n'était pas clairement indiquée chez la nullipare, ou bien au contraire, elle était même déconseillée par certains gynécologues. On était d'autant plus méfiant depuis la polémique du Dalkon Shield® aux Etats unis en 1974. La Food and Drug Administration (FDA) a montré que ce DIU était associé à un grand nombre d'avortements septiques. Il était confectionné de multiples brins et donc favorisait l'ascension des germes dans l'utérus et donc les MIP (69) (les DIU actuels ne sont constitués que d'un ou deux brins). D'autres DIU ont également été retirés du marché. En 1992, la revue « Prescrire » notait que la nulliparité était un facteur de risque de MIP chez les femmes portant un DIU (25). Or, nous l'avons vu plus haut, ce sont l'existence de partenaires multiples, les rapports sexuels non protégés et un âge jeune qui sont les réels risques de MIP.

Depuis des années maintenant sont commercialisés les DIU « short », plus adaptés chez la nullipare. La HAS a fait un rappel en 2004 précisant que la pose de DIU était indiquée chez la nullipare et les études révèlent une balance bénéfices-risques en faveur de sa pose chez ces patientes. Comme nous l'avons vu plus haut, certains médecins ne sont toujours pas au courant que sa pose est possible chez la nullipare.

Dorénavant, la tendance est bel et bien au changement et ce depuis la polémique concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération survenue en novembre 2012.

L'enquête Fécond parle de rupture en matière de prescription de DIU. Notamment chez les nullipares, il apparaît que la réticence des médecins à le prescrire chez elles diminuerait. Les prescriptions de DIU chez les 20-29ans ont augmenté entre 2010 et 2013 et chez les 25-29 ans, cette évolution se voit parmi les nullipares. Il n'y a par

contre pas d'évolution de cet usage chez les moins de 20 ans ni chez les nullipares de 20-24 ans (38).

Ceci est en corrélation avec les tendances de certains médecins interrogés qui ne prescrivent pas de DIU aux femmes jeunes ou alors plutôt en deuxième intention. L'âge jeune étant souvent un frein pour eux. Nous reviendrons à la problématique de l'âge plus loin.

Parmi nos médecins interrogés, tous savaient avec plus ou moins de certitudes que le DIU se posait chez la nullipare (ce caractère n'était pas un critère d'inclusion à notre étude, mais le fait de ne pas savoir que ce mode contraceptif était possible chez la nullipare aurait pu limiter le recueil d'information). Même si cette indication était connue pour la nullipare, il n'était pas automatiquement proposé en consultation aux jeunes femmes. Les réticences tendaient à s'atténuer concernant la nullipare mais la contraception orale restait ce qu'il y avait de plus facile à prescrire, de plus usuel. Une des médecins pensait que cette idée de pose de DIU chez la nullipare serait plus naturelle chez les nouvelles générations. *« J'ai vu que la mentalité changeait vraiment, que ça passait dans les mœurs de beaucoup de gens, donc pourquoi pas moi ? »* (M6), *« nous, on a démarré avec l'idée "nullipare on n'en donne pas", (vous) vous n'aurez pas à changer, vous l'aurez déjà dans votre tête, c'est déjà énorme ! »* (M6). En effet, quand on entend dire pendant des années que ce procédé n'est pas possible, que l'idée est assimilée et qu'ensuite on affirme l'inverse, même avec preuve à l'appui, le changement d'attitude n'est pas évident à opérer. *« Mais dans ma tête c'est assez difficile de passer à cette notion-là. »* (M9). Il serait intéressant d'explorer les différences de mentalité et de connaissances en matière de pose de DIU selon les générations de médecins.

Ce changement d'habitude et de pratiques semblait plus aisé quand il était effectué à plusieurs, avec l'aide de confrère. *« Les premiers stérilets sur les nullipares, on les a posé ensemble. Pour plus de confort, pour se rassurer. »* (M12). Nos médecins interrogés avaient eu connaissance d'une indication à la pose du DIU chez la nullipare parce qu'ils se tenaient à jour concernant les recommandations, qu'ils s'intéressaient à la gynécologie et qu'ils étaient sollicités par leurs patientes.

Les médecins interrogés disaient bien s'être recentrés sur les recommandations depuis la polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération de part les sollicitations et le besoin d'informations de leurs patientes (38). *« Et je pense que nous, dans notre*

prescription on est beaucoup plus rigoureux » (M5). Une femme sur cinq a changé de contraception après le débat médiatique ce qui révèle bien une demande d'information par les patientes. Les médecins notaient que les femmes demandaient plus de renseignements sur le DIU d'une manière générale. « Parce qu'on va se mettre à faire plus d'actes et à discuter plus du stérilet dont les femmes avaient peur » (M2), « les femmes sont plus demandeuses, du fait de la polémique de tous les traitements hormonaux etc. » (M5).

Il serait intéressant en 2014 de mener une étude quantitative pour évaluer si davantage de médecins savent que la pose du DIU chez la nullipare est possible et indiquée, ou encore si le nombre de médecins poseurs chez la nullipare en première intention a augmenté.

4.3.2 Principales appréhensions des médecins au sujet de la nullipare

4.3.2.1 Risque infectieux

Il est important d'insister davantage sur ce frein car il l'est à juste titre. En effet, comme nous l'avons détaillé plus haut, les jeunes nullipares sont plus à risque de porter, même de façon asymptomatique, des germes sexuellement transmissibles et donc de développer des maladies inflammatoires pelviennes. Ce risque est lié aux rapports sexuels non protégés et aux partenaires multiples et non pas au fait de poser un DIU. Cependant cette distinction n'est pas enseignée de la sorte aux étudiants en médecine : en effet, dans nos livres d'apprentissage de gynécologie datant de 2006, figurait dans la rubrique « effets secondaires des stérilets » en première ligne le risque de « salpingite ». Cet effet secondaire est même classé parmi les « effets secondaires tardifs », alors que l'on a vu que le risque infectieux était augmenté de manière significative uniquement dans les trois semaines suivant la pose (1,5,25). Une fois en place, le DIU n'augmente pas le risque de MIP (47).

Certains médecins interrogés ne posaient pas le DIU en première intention chez la nullipare par crainte de ce risque.

Il serait judicieux de rappeler systématiquement aux patientes l'intérêt du préservatif (seules 59% des adolescentes utilisaient le préservatif en 2010 lors de rapports sexuels (37)) mais aussi de repérer les patientes à risques de MIP et de généraliser le dépistage systématique de *Chlamydiae* avant toute pose de DIU chez la jeune femme nullipare à risque, comme le suggère la HAS. Nombreux médecins

interrogés pensaient connaître suffisamment leurs patientes pour décider s'il leur faisait faire un prélèvement vaginal à la recherche de germes sexuellement transmissibles.

Concernant ce risque infectieux, plusieurs études ont montré que le DIU au LNG était associé à un taux plus bas de MIP que le DIU au cuivre ce qui pourrait s'expliquer par son action sur la glaire cervicale et par la diminution des saignements (27,47).

4.3.2.2 *Peur des difficultés techniques*

Dans notre enquête, certains médecins interrogés craignaient des difficultés techniques suspectées pour la pose du DIU et ce d'autant plus chez la nullipare. M11 parle même de « préparation psychologique » avant une pose de DIU. Cependant les médecins habitués à en poser chez la nullipare reconnaissent que la difficulté de pose de DIU n'était pas forcément liée à la parité (ou plutôt au type de col, car un col de patiente césarisée a le même aspect qu'un col de nullipare) mais parfois à l'état de stress de la patiente. Un col « spasmé » étant impossible à franchir que la patiente soit multi- ou nullipare. Tous les médecins poseurs avaient déjà connu des échecs de pose de DIU, mais pas forcément chez des patientes nullipares. *« Oui parfois plus difficile, mais parfois c'est comme les autres poses de stérilets, il y a des femmes chez qui c'est extrêmement facile et puis d'autres qui ont un orifice interne du col qui est infranchissable, ou difficilement franchissable ; c'est la même difficulté. »* (M12). L'étude de Suhonen en 2004 révélait que le taux de douleur modérée à sévère à l'insertion du DIU au LNG chez des patientes nullipares était de 60%, ce qui était plus haut que chez des femmes multipares. Par contre, les médecins trouvaient que l'insertion avait été difficile dans 15% des cas, ce qui équivalait aux taux chez la multipare retrouvés dans d'autres études, les insertions de DIU au cuivre étant plus aisées que celles des DIU au LNG (27).

Le fait d'avoir connu un échec pouvait décourager les médecins de continuer à poser des DIU. A contrario, le fait de multiplier les poses de DIU réussies encourageait les médecins. *« Je suis agréablement surprise que ça se passe bien »* (M6).

Le fait de pratiquer la gynécologie au planning familial était un atout pour s'entraîner à en poser beaucoup et être plus à l'aise. *« Je faisais des vacations au planning familial et du coup c'est là que j'ai attrapé une aisance en gynéco. »* (M4).

Dans la thèse d'Alice de Verbizier, parmi les caractéristiques socioprofessionnelles, la seule qui semblait avoir une influence significative sur le fait de poser des DIU était l'ancienneté d'exercice (70). Plus les médecins exerçaient depuis longtemps, plus ils posaient les DIU qu'ils prescrivaient ; ce qui montre bien que l'habitude de pratiquer ce geste technique permet d'acquérir en habileté et incite à continuer sa pratique.

D'autant plus que de par les difficultés techniques pouvant être rencontrées, l'acte technique pouvait sembler chronophage à certains médecins; il y a le temps de préparation du matériel, le temps d'installation de la patiente, le temps de pose...

Sur le plan pratique, les médecins montraient de plus en plus de réticences à utiliser la pince Pozzi et préféraient la pose sans pince ou avec une pince en plastique. « *Je l'ai utilisée comme on m'a appris, je dirais pendant longtemps, mais c'est vrai qu'à chaque fois c'était avec un petit frisson et je n'aimais pas franchement ! Je dois dire que j'ai essayé plusieurs fois depuis sans, ça a bien marché sauf une fois.* » (M7). Aucun médecin n'a évoqué la méthode « torpille ».

Certains médecins donnaient une prémédication par Misoprostol®, un analogue de prostaglandine afin de dilater l'orifice du col. Mais ce médicament entraîne aussi des contractions de l'utérus donc son usage ne diminuerait en rien les douleurs liées à la pose (19,22).

4.3.2.3 Problème médico-légal

La minorité des patientes était un frein pour certains médecins. En effet, on peut imaginer que pour un médecin de sexe masculin, se retrouver seule avec une jeune femme mineure en consultation pour une pose de DIU pouvait avoir un caractère gênant et surtout dangereux.

La peur de la plainte est de plus en plus présente en médecine générale. Quelques médecins la redoutaient, que ce soit pour le problème de minorité ou encore pour de potentielles complications survenues au décours d'une pose de DIU. C'est pourquoi certains médecins optaient pour l'échographie de contrôle après une pose de DIU afin de rassurer leurs patientes et de se rassurer eux-mêmes.

Autre aspect, non mentionné dans l'étude, qui pourrait freiner certains généralistes à la pose du DIU chez la nullipare, est le fait que les directives de pose

de DIU figurant dans les notices, ne mentionnent l'indication de pose que pour la multipare (51).

4.3.2.4 Idées répandues

Certains médecins interrogés ont mentionné une obligation ancienne de posséder du matériel de réanimation au cabinet médical pour poser des DIU, à l'époque où ils s'étaient installés, il y a une trentaine d'années. Nous n'avons pas retrouvé de recommandations particulières de la loi à ce sujet. Par contre, la circulaire n°8113 du 29 avril 1981 déclarait que la pose de DIU était un acte médical qui ne nécessitait pas l'application de règles particulières. Cette notion était connue des médecins interrogés. Cette idée qu'il faille posséder du matériel de réanimation quand on effectuait une pose de DIU, bien que n'étant plus fondée, a circulé et freiné certains médecins à une époque pour se décider à poser des DIU. De ce fait, n'ayant jamais pris le parti de poser des DIU, ils ne se voient pas changer maintenant leurs habitudes.

L'idée que les anti-inflammatoires annuleraient l'efficacité des DIU a été mentionnée par l'un des médecins. La revue *Prescrire* rappelle en 2006 et en 2012 que AINS et DIU était un faux problème (15,16).

Enfin le mythe selon lequel le DIU ne peut être posé chez des femmes qui ont des antécédents de GEU a été mentionné. L'OMS spécifie clairement dans son « guide essentiel OMS de planification familiale 2009 » qu'il n'existe aucune restriction d'utilisation du DIU dans cette situation (10). A noter pour rappel que la fréquence des GEU est plus faible chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception.

Dans d'autres études, certains médecins mentionnent la crainte de stérilité chez la nullipare sous DIU, argument que nous ne retrouvons pas dans notre étude de la part de nos médecins interrogés. Nombreuses études ont désormais montré que le DIU ne rendait pas stérile, mais que c'était la présence de germes sexuellement transmissibles qui étaient associés à ce risque (71).

4.3.3 Relation patiente/médecin

4.3.3.1 Médecin homme/ médecin femme, influence ?

L'ensemble des médecins interrogés pensait que les femmes médecins étaient plus amenées à pratiquer la gynécologie que les hommes. Certaines des femmes

médecins interrogées se voyaient adresser les patientes de leurs confrères masculins pour s'occuper de la prise en charge gynécologique.

Concernant le DIU, certains médecins pensaient que les patientes allaient préférentiellement voir des femmes que des hommes pour la pose d'un DIU.

Dans la thèse quantitative d'Alice de Verbizier en 2011 sur le DIU en médecine générale, parmi les caractéristiques socioprofessionnelles, la seule qui semblait avoir une influence significative sur le fait de prescrire des DIU était le sexe du médecin. Les femmes étaient de plus grandes prescriptrices de DIU que leurs collègues masculins. Le fait d'être une femme influençait positivement la prescription de DIU (70). Une étude américaine retrouvait également que les femmes médecins prescrivaient plus le DIU que leurs confrères masculins mais pas chez les adolescentes (35). On peut supposer que certains médecins hommes considèrent que les femmes médecins sont plus à même de comprendre et donc de s'occuper de tout ce qui relève de la gynécologie.

D'autre part, une des femmes médecin interrogée notait le côté confortable du DIU car elle avait elle-même testé ce moyen contraceptif. De ce fait, ceci pourrait être un facteur favorisant : si une femme médecin fait elle-même l'expérience du DIU et qu'elle n'a aucun désagrément au décours, elle aura tendance à davantage le conseiller et le prescrire. D'autre part, les patientes peuvent être d'autant plus convaincues si leur médecin traitant lui-même a expérimenté la méthode qu'il leur promeut. L'étude qualitative de M. K. BROWN qui cherchait à identifier les conseils dont ont besoin les adolescentes utilisatrices de DIU, révélait que certaines jeunes nullipares préféraient avoir l'avis personnel du médecin sur ce mode contraceptif, qu'elles recevaient leurs conseils comme ceux d'un ami ; cela les rassurait de se sentir proches de leur médecin et cela les mettait davantage en confiance (72).

4.3.3.2 Difficultés à aborder la sexualité avec les patientes

Une des médecins reconnaissait que le plus difficile pour elle était d'aborder la sexualité avec ses patients, sujet d'autant plus tabou que les patients étaient suivis depuis longtemps. Elle notait que c'était son frein principal à la pose du DIU. Nous n'avons pas retrouvé ce frein dans les différentes études quantitatives au sujet des freins des médecins à la prescription du DIU chez la nullipare.

Les patientes doivent pouvoir se sentir en confiance avec leur médecin et sentir qu'il peut être une oreille attentive pour tous les sujets les concernant aussi intimes

soient-ils. De même que les médecins doivent se sentir suffisamment à l'aise pour aller rechercher les informations quand le patient ne se livre pas assez.

4.3.3.3 *Education précoce des jeunes filles à la contraception*

Quelques médecins interrogés étaient ambivalents, ils disaient ne pas être gênés par le jeune âge de la patiente ou leur nulliparité quand il était question de parler de DIU. Puis, on se rendait compte que ceux-là mêmes n'évoquaient pas le DIU aux jeunes femmes nullipares en première intention et ne le présentaient pas parmi l'ensemble du panel contraceptif. Nous retrouvons ce paradoxe dans la thèse d'E. Reynier (68). Cette ambivalence des médecins montre que d'un côté ils se mettent à jour sur les recommandations et de l'autre, ils ont du mal à s'affranchir de certaines idées reçues ancrées dans leurs habitudes de penser et d'exercer.

Le fait de présenter le DIU aux adolescentes, qui pour la plupart n'avaient pas encore eu de relations sexuelles, pouvait sembler déplacé par les médecins. Ils craignaient de mettre les patientes mal à l'aise. « *Elles n'ont pas toujours eu des rapports, il faut qu'elles se sentent à l'aise* » (M11). D'autant plus que cette méthode contraceptive ne serait pas prescrite d'emblée.

La plupart des médecins interrogés, notamment féminins, se mettaient à la place des jeunes patientes et trouvaient cette méthode contraceptive intrusive pour leur jeune âge. Les médecins s'imaginaient que se mettre nue devant eux pouvait les gêner et de ce fait n'osaient pas leur proposer ce moyen contraceptif. « *C'est très difficile d'avoir les pieds dans les étriers, d'être détendue à 17 ans.* » (M8), « *Je me revois à 17 ans, j'aurais bien aimé qu'on me fasse un frottis! C'est ça qui me pose problème, je trouve que c'est extrêmement intrusif.* » (M8), « *étant donné qu'on fait moins d'examen physique gynécologique des filles jeunes et bien on va rester sur ce qu'il y a de plus pratique.* » (M11). Les réticences supposées des patientes étaient donc un frein pour les médecins.

Par contre, les médecins qui avaient pour habitude de poser des DIU chez la nullipare, remarquaient que le fait d'évoquer cette contraception très tôt aux patientes favorisait le fait qu'elles s'y intéressaient ultérieurement et revenaient vers eux pour recevoir davantage d'informations. « *A un moment donné, ce sont elles qui en parlent, on arrive là-dessus, on a banalisé un petit peu les choses* » (M6).

Les médecins qui avaient l'habitude de poser des DIU aux jeunes femmes nullipares, le leur présentaient de manière systématique, dès le début de

l'adolescence lors d'une première consultation dédiée à la contraception. Malheureusement ce n'est pas une tranche de la population qui est amenée à consulter souvent. Il semblerait important de divulguer une information adaptée dans les collèges-lycées ou dans les médias pour informer les jeunes filles de manière précoce sur les différents moyens contraceptifs. En effet comme le souligne P. Gilbert dans sa thèse, selon les gynécologues, les méconnaissances des jeunes filles et de leurs mères concernant le DIU représenteraient un des principaux freins (73). Des études citées plus haut montrent que 50% à 70% des jeunes filles n'ont jamais entendu parler du DIU et que beaucoup ne savent pas que le DIU se place dans l'utérus (50-53).

Un autre problème pour la patiente est le fait de devoir se déplacer pour venir en consultation après une prescription de DIU. Les patientes peuvent être perdues de vue, revenir trop tard pour la pose parce qu'elles ont débuté une grossesse. De ce fait, la contraception orale pouvait sembler plus pratique pour les médecins. Il semblerait judicieux de prescrire une contraception orale systématique le temps de pouvoir poser le DIU.

D'autres encore, une fois qu'elles avaient leur DIU en place, oubliaient de venir une fois par an pour leur suivi gynécologique.

L'éducation des patientes à la contraception est compliquée mais combien importante. Les médecins doivent pouvoir être soutenus et entourés, car il existe de nombreuses notions à faire passer auprès des jeunes femmes ; combien de femmes ne s'imaginent pas à quel point le DIU est petit, ou encore s'imaginent que le DIU est posé dans le vagin car elles ont une mauvaise représentation de l'anatomie féminine. Les infirmières scolaires, les campagnes de prévention dans les écoles peuvent permettre de sensibiliser les jeunes filles à la contraception. Le site « choisir sa contraception » est adapté à tout public et explique de manière détaillée les modalités d'action de chaque méthode contraceptive. Autre point alarmant, non évoqué par les médecins interrogés mais soulevé par l'étude Fécond, certaines femmes délaissent la pilule pour se tourner vers des méthodes dites naturelles (méthode Billings, méthode Ogino-Knauss, méthode des températures, méthode du coït interrompu) efficaces seulement à 74%(38). Ceci est probablement lié au fait que les femmes ne se vantent pas en consultation d'utiliser ce mode contraceptif et d'autres parts, elles n'ont pas besoin d'ordonnances de la part du médecin pour

pouvoir les utiliser. Il serait intéressant de suivre l'évolution de cet usage dans les années à venir et de suivre en parallèle l'évolution du taux d'IVG.

D'autre part, il est important de dire aux patientes qu'un schéma contraceptif n'est pas figé dans le temps et que selon son mode de vie, une patiente peut décider à tout moment de changer de contraception. « *La contraception est une vitrine de chaussures : ce n'est pas parce que les chaussures sont jolies et qu'elles ne font pas mal aux pieds et ce n'est pas parce qu'elles vont à la copine, qu'elles te conviendront à toi* » (M11).

4.3.3.4 *Réticences des patientes par rapport aux hormones*

Les médecins notaient la demande croissante d'informations des patientes en matière de contraception. « *Elles nous écoutent peut-être plus ! Je n'ai pas changé, mais je pense que j'ai un auditoire qui s'est élargit.* » (M11). Selon l'enquête Fécond de 2013, les patientes sont plus demandeuses de méthodes contraceptives sans hormones. Le recours à la pilule a diminué passant de 50% en 2010 à 41% en 2013 et semble liée à la polémique des pilules de troisième et quatrième génération, survenue suite à la plainte d'une patiente ayant subi un AVC sous pilule (38).

Une étude menée à Liège en 2007 montrait que les femmes sous contraceptif oraux, présentent des taux sanguins de lipides oxydés plus élevés que ceux des femmes n'en prenant pas, ceci étant lié à un phénomène inflammatoire induit par les estrogènes. Or, l'oxydation des lipides est un mécanisme impliqué dans le développement des thromboses veineuses. Cet effet pro-oxydant ne s'observe pas par contre chez les femmes utilisant des DIU au cuivre (74).

Les médecins se demandaient si les femmes demandeuses du DIU n'étaient pas d'une certaine catégorie sociale plus diplômées, ce qui se vérifiait dans certaines études (38).

4.3.3.5 *Freins selon le profil des patientes*

Certains médecins étaient contre la pose du DIU chez certaines de leurs patientes. Notamment celles qui ne pensaient pas le garder plus d'un an par exemple.

D'autres encore jugeaient que le profil de certaines de leurs patientes leur laissait suspecter qu'elles risquaient de ne pas tolérer le DIU.

Il est important de rappeler que le meilleur moyen contraceptif pour une patiente est celui qu'elle aura choisi (5).

4.3.4 Relation médecins généralistes, gynécologues

Il n'était pas mentionné une seule fois dans les entretiens que les patientes préféraient voir un gynécologue plutôt qu'un médecin généraliste.

Dans notre enquête, certains médecins interrogés avaient l'impression que la réticence concernant la pose du DIU chez les nullipares était plus forte de la part de certains de leurs correspondants gynécologues. « *Il y a même des gynécos qui sont contre, donc c'est vachement dur de se faire son idée.* » (M6), « *Je suis absolument persuadée que les généralistes finalement, sont peut être plus convaincus de ça que les gynécos.* » (M8). Cette impression était retrouvée par F. GARNIER dans sa thèse (62). A la revue de la littérature, on constatait que cette impression était faussée probablement parce que les médecins interrogés considéraient que le DIU était autorisé chez la nullipare alors que la majorité des médecins (gynécologues et médecins généralistes confondus) ne sont pas d'accord ou pas au courant de ça.

Une étude de grande ampleur entreprise à travers 15 pays d'Amérique et d'Europe montrait que les gynécologues obstétriciens ainsi que les sages-femmes connaissaient la catégorie OMS du DIU chez la nullipare plus fréquemment que les généralistes (63). A l'échelle de la France, l'étude de C. Moreau reprenant les données de 2 enquêtes Fécond menées auprès des médecins et de la population en 2010-2011 relatait que les femmes suivies par des gynécologues avaient plus de chances de se voir prescrire un DIU que celles suivies par un médecin généraliste. S'agissant des femmes nullipares, 70% des gynécologues et 85% des médecins généralistes considéraient le DIU comme « totalement contre-indiqué » ou « plutôt contre-indiqué » et seulement 18% des gynécologues et 8% des généralistes le considéraient comme indiqué chez ces patientes (75).

Concernant leur formation, les médecins interrogés étaient partagés, certains avaient appris à poser des DIU mais jamais chez la nullipare, d'autres déploraient leur manque de formation dans les services de gynécologie. Actuellement, dans les différents lieux de stage, les internes sont encadrés par les gynécologues hospitaliers ou par les co-internes en gynécologie, ils contribuent à l'activité du service à part entière. Ils ont l'opportunité de consulter et donc de voir différents motifs de consultation en gynécologie et notamment de pratiquer des gestes

techniques comme la pose de DIU ou d'implants. Les internes ont également la possibilité de critiquer leur stage ce qui permet, en faisant remonter les informations au département de médecine générale d'apporter des améliorations. Concernant la formation durant l'externat, il semble important de modifier les données de certains ouvrages de références au sujet du DIU chez la nullipare (1).

Par contre, concernant le DU de gynécologie, les médecins interrogés ont trouvé que le DU ne leur avait rien apporté de plus pour leur pratique concernant la pose de DIU, en dehors du fait de pouvoir faire des IVG médicamenteuses en ville.

On peut supposer que la formation des internes en gynécologie et des internes en médecine générale est identique en matière de contraception. Existe-t-il des différences au niveau du cursus concernant l'apprentissage de la prescription de contraceptifs ? Les internes en gynécologie et les gynécologues exerçant au CHU sont probablement davantage confrontés aux patientes ayant des complications suite à une pose de DIU et de ce fait, peuvent en avoir un avis biaisé.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur en santé des jeunes. Il a un rôle majeur de prévention en matière de contraception et de sensibilisation par rapport aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non programmées.

Notre étude s'est intéressée aux freins des médecins généralistes à la prescription du DIU chez la nullipare et aux déterminants de leur gestion du DIU auprès des jeunes nullipares dont les adolescentes.

Elle nous a permis de comprendre pourquoi les médecins prescripteurs et poseurs de DIU ne le présentaient pas systématiquement aux jeunes patientes. Les médecins interrogés ont intégré la possibilité de poser des DIU chez la nullipare. Malgré leurs connaissances en matière de prescription du DIU chez ces patientes, les médecins généralistes gardent une certaine réticence, plus ou moins avouée, à le prescrire en première intention chez la très jeune femme. Réticence d'autant plus justifiée, que certains confrères gynécologues ne prescrivent pas non plus le DIU chez la nullipare. Mais ce paradoxe révèle surtout une difficulté aux changements d'habitudes, car pendant de nombreuses années, les médecins généralistes avaient intégré la notion de contre-indication, presque d'interdit du DIU chez la nullipare. Des changements de pratiques s'amorcent suite à la polémique concernant les pilules de troisième et quatrième génération. Ce qui a permis aux médecins généralistes de se recentrer sur les recommandations, d'autant qu'ils ont perçu une modification de la demande des patientes.

Présenter les différents moyens contraceptifs de manière précoce en début d'adolescence, permettrait de lever plus facilement les « a priori » des jeunes patientes. Les médecins interrogés l'ont confirmé.

Des améliorations pourraient être apportées pour faciliter la pose du DIU, du matériel de pose pourrait être délivré en même temps que le DIU. D'autre part, il serait judicieux de la part des laboratoires, de mentionner sur les notices des DIU leur indication chez la nullipare.

Les méthodes contraceptives non hormonales paraissent de plus en plus demandées. Les médecins doivent prévenir de la moindre efficacité de certaines méthodes naturelles. Le DIU, contraceptif efficace, de longue durée d'action peut être l'alternative appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des gynécologues et obstétriciennes français. Gynécologie Obstétrique. Elsevier Masson, editor. 2006.
2. Winckler M. Contraceptions Mode d'emploi. 3ème Édition. J'ai lu, editor. 2007.
3. Vilain A, Mouquet M. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etude et résultats. 2012;
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Increasing Use of Contraceptive Implants and Intrauterine Devices To Reduce. ACOG. 2009;(450):1–5.
5. AFSSAPS-ANAES-INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
6. A Netter HR. Histoire de la contraception: de l'antiquité à nos jours. Roger Daco. Population (French Edition). 1985.
7. Kunz J. Dispositif intra-utérin libérant du Levonorgestrel - Contraception et indications thérapeutiques. J für Menopause. 2001;8(4):38–48.
8. Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Focus on intrauterine contraception in 15 questions-answers. Gynécologie Obs Fertil [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Feb 18];40(1):37–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030287>
9. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013. Available from: www.has-sante.fr
10. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 4ème édition. OMS, editor. 2009.
11. CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. 2006;2006:59–72.
12. Yen S, Saah T, Hillard PJA. IUDs and Adolescents-An Under-Utilized Opportunity for Pregnancy Prevention. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology; 2010 Jun [cited 2013 Jan 14];23(3):123–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19896396>
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception : Implants and Intrauterine Devices. Am Coll Obstet Gynecol. 2012;120(539):983–8.
14. Deans EI, Grimes D a. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. Contraception [Internet]. Elsevier Inc.; 2008 Jun [cited 2013 Jan

- 8];79(6):418–23. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442775>
15. Prescrire. Interactions médicamenteuses Comprendre et décider Interactions médicamenteuses Comprendre et décider. Prescrire. 2012;32(350):178.
 16. Prescrire. Quels risques d'interaction entre AINS et stérilet ? Prescrire. 2003;23(235):76.
 17. CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 2000;Tome 24:281–306.
 18. Allen RH, Goldberg AB, Grimes D a. Expanding access to intrauterine contraception. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2009 Nov [cited 2012 Dec 22];201(5):456.e1–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19527902>
 19. Ward K, Jacobson JC, Turok DK, Murphy P a. A survey of provider experience with misoprostol to facilitate intrauterine device insertion in nulliparous women. Contraception [Internet]. Elsevier Inc.; 2011 Dec [cited 2013 Jun 17];84(6):594–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22078188>
 20. Santos ARG, Bahamondes MV, Hidalgo MM, Atti A, Bahamondes L, Monteiro I. Pain at insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravida and parous women with and without cesarean section. Contraception [Internet]. Elsevier Inc.; 2013 Jul [cited 2014 Feb 18];88(1):164–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507169>
 21. Marie Josée chouinard. Le stérilet a t il une place chez la nullipare? Le médecin du Québec. 2006;41:73–5.
 22. Edelman AB, Schaefer E, Olson A, Van Houten L, Bednarek P, Leclair C, et al. Effects of prophylactic misoprostol administration prior to intrauterine device insertion in nulliparous women. Contraception [Internet]. Elsevier Inc.; 2011 Sep [cited 2013 May 30];84(3):234–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21843686>
 23. HELMER C. La pose de DIU : méthode directe. 2014.
 24. Prescrire. Insertion méthodique d'un dispositif intra-utérin. Prescrire. 2009;29(305):205.
 25. Noiry J-P. Stérilets en place, cinq ans au moins. Prescrire. 1992;12(124):609.
 26. Prescrire. Pose d'un stérilet: antibioprohylaxie inutile. Prescrire. 2001;21(215):216–7.
 27. Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young

nulliparous women: a comparative study. *Contraception* [Internet]. 2004 May [cited 2014 Feb 19];69(5):407–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15105064>

28. John Guillebaud. *Contraception : Your Questions Answered*. 2008.
29. Speroff L, Darney PD. *A Clinical Guide for Contraception*. 2001.
30. Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obs Gynecol Author Manuscr*. 2011;117(5):1105–13.
31. O'Neil-Callahan M, Peipert F ZQ. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obs Gynecol*. 2013;122(5):1083–91.
32. Prescrire. Éléments de la réglementation française des dispositifs intra-utérins. *Prescrire*. 2009;37(2):206.
33. HAS. Synthèse d'avis de la comission de transparence: JAYDESS. 2013;
34. Faber C. Une balle dans le camp des DIU. *JIM*. 2014;1590563.
35. Ahec C, Diaz VA, Hughes N, Dickerson LM, Wessell AM, Carek PJ. Clinician knowledge about use of Intrauterine Devices in adolescents. 2011;43(6):407–11.
36. INED. *La contraception dans le monde*. 2010.
37. Bajos N, Bohet A, Guen M Le, Moreau C. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Popul société*. 2012;(492):1–4.
38. Bajos N, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France: vers un nouveau moyen contraceptif? *Popul sociétés*. 2014;(511):1–4.
39. MACSF. La pose du stérilet et la responsabilité professionnelle du médecin. *MACSF*. p. 17–9.
40. Davie E, division Enquêtes et études démographiques I. Un premier enfant à 28 ans. 2012;(1419):1–4.
41. P. ALVIN/D. MARCELLI. *Médecine de l'adolescent, collection pour le praticien*. 2ème Editi. Masson, editor. 2005.
42. INED. L'âge au premier rapport sexuel. 2014. p. 2–3.
43. Whitaker AK, Sisco KM, Tomlinson AN, Dude AM, Martins SL. Use of the intrauterine device among adolescent and young adult women in the United States from 2002 to 2010. *J Adolesc Health* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Sep [cited 2014 Feb 19];53(3):401–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23763968>

44. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. *J Adolesc Health* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Apr [cited 2014 Feb 19];52(4 Suppl):S47–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23535057>
45. Beck F, Richard JI. Les comportements de santé des jeunes. *Analyse du baromètre santé 2010*. 2010;145–54.
46. INSEE. Contraception et interruption volontaire de grossesse, insee. 2014. p. 1–2.
47. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Intrauterine Device and Adolescents. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1493–5.
48. Grimes D a. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* [Internet]. 2000 Sep 16;356(9234):1013–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11041414>
49. Alton TM, Brock GN, Yang D, Wilking D a, Hertweck SP, Loveless MB. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012 Jun [cited 2014 Feb 5];25(3):195–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22578480>
50. Marine Lenglet. *Le Dispositif intra utérin une méthode contraceptive envisageable chez les jeunes nullipares.pdf*. Rouen; 2013. p. 1–60.
51. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Jan 21];17(5):340–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22834648>
52. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold M a. Adolescent and young adult women’s knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Jan 14];78(3):211–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692611>
53. Barrett M, Soon R, Whitaker AK, Takekawa S, Kaneshiro B. Awareness and knowledge of the intrauterine device in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology; 2012 Feb [cited 2013 Jan 14];25(1):39–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22051791>
54. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Jan 14];75(6 Suppl):S8–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17531622>

55. Bayer LL, Jensen JT, Li H, Nichols MD, Bednarek PH. Adolescent experience with intrauterine device insertion and use : a retrospective cohort study. *Contraception* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012;86(5):443–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.03.014>
56. Lyus R, Lohr P, Prager S. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Jan 8];81(5):367–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20399942>
57. Otero-Flores JB, Guerrero-Carreño FJ, Vázquez-Estrada L a. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous Mexican women. *Contraception* [Internet]. 2003 Apr [cited 2013 Jan 14];67(4):273–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001078240200519X>
58. Berenson AB. Complications et Poursuite des dispositifs intra-utérins utilisation chez les adolescents commerce assurés. *Obstet Gynecol.* 2013;121(5):9551–958.
59. H Marret, F Golfier, F Vollerin, M-F leGoaziou DR. Dispositif intra-utérin en médecine générale - à propos d'une étude prospective sur 300 poses. *J Gynecol Obs Biol la Reprod.* 1997;
60. Code de la Santé publique article R-318. Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes, section 3: Code de déontologie des sages-femmes, chapitre 7: déontologie, Titre 2: Organisation des professions médicales, Livre 1er: professions médicales, Quatrième partie: professions de santé, Parti. 2014. p. 2–5.
61. code de la santé publique article L4151-1. Chapitre 1er: conditions d'exercice, Titre 5: Profession de sage-femme, Livre 1er: professions médicales, Quatrième partie: professions de santé, partie législative. 2014. p. 8–10.
62. Garnier F, Bilgorajski C. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. *exercer.* 2014;25(111):12–9.
63. Black KI, Lotke P, Lira J, Peers T, Zite NB. Global survey of healthcare practitioners' beliefs and practices around intrauterine contraceptive method use in nulliparous women. *Contraception* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013 Nov [cited 2014 Feb 19];88(5):650–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23871553>
64. Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out? *Can Fam Physician.* 2008;54:560–6.
65. Crystal P Tyler, Maura K Whiteman, Lauren B Zapata KMC. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol.* 2012;119:762–71.

66. Guyomar MGG. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins, en Sarthe et en Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la femme nullipare? Angers; 2012. p. 1–36.
67. Hess M. Le stérilet chez les nullipares a t'il un avenir ? 2014.
68. Reynier E. DIU chez les nullipares: enquête sur les pratiques des médecins gé. Nantes; 2011. p. 1–49.
69. Prescrire. Les affaires. Prescrire. 1989;9(87):302.
70. Verbizier A de. Dispositifs intra-urétins en médecine générale en Lorraine. Nancy; 2011. p. 1–128.
71. David Hubacher, Roger Lara- Ricalde DJT. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New Engl J Med*. 2001;345(8):561–7.
72. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying counseling needs of nulliparous adolescent intrauterine contraceptive users: a qualitative approach. *J Adolesc Health [Internet]*. Elsevier Inc.; 2013 Mar [cited 2014 Feb 18];52(3):293–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299012>
73. Gilbert P. Le stérilet chez les adolescentes. Caen; 2012. p. 1–61.
74. Joël Pincemail. Stress oxydant et Antioxydants. 2013.
75. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception [Internet]*. Elsevier Inc.; 2014 Jan [cited 2014 May 30];89(1):9–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239330>

ANNEXES

Guide d'entretien

Présentation : Âge, année de thèse, lieu d'exercice, date d'installation installé, type d'exercice en particulier, part des actes de gynécologie, statut de maître de stage, formations, lectures.

- 1) Place du DIU dans votre pratique: le prescrivez-vous ? Le posez-vous ?
Quelle est sa place par rapport aux autres moyens contraceptifs ? Si non pourquoi ?
- 2) Point de départ : comment en êtes vous arrivé à le prescrire, à le poser ? Êtes vous à l'aise par rapport à la pose ?
- 3) Que pensez vous du DIU comme moyen contraceptif ? (avez vous une préférence : distinction cuivre/hormonal ?) Que lui trouvez vous comme avantages et inconvénients ?
- 4) A quelle occasion parlez vous du DIU à vos patientes ?
- 5) Parlez vous de tous les moyens contraceptifs et du DIU en particulier à toutes vos patientes? Quelles sont les patientes que vous visez ? cela s'adresse-t-il à la nullipare ? toutes les nullipares ?
Quel est le profil type de patiente selon vous ?
- 6) Comment les patientes, nullipares ou multipares, perçoivent-elles le DIU selon vous ?
Est ce que certaines de vos patientes vous parlent spontanément de cette méthode, quel est leur profil?
- 7) Si une femme nullipare vous demande la pose d'un DIU, que faites-vous ?

- 8) Quelle est votre méthode contraceptive phare chez la jeune femme nullipare? Pourquoi ?
- 9) Avez vous beaucoup de patientes qui on fait des IVG ? Quelle était leur contraception ? Ont-elles changé de contraception par la suite ?
- 10) Est ce que vous pensez que nous nous dirigeons vers un changement de pratique en matière de contraception et de demande ? Pourquoi ?
- 11) Avez vous été amené à modifier vos pratiques en matière de contraception ?
- 12) Existe-t-il des freins selon vous à la pose du DIU?
- 13) Voulez vous ajouter autre chose ?
- 14) Qu'avez vous pensé de cet entretien ?

Classification des indications et contre-indications des méthodes contraceptives selon l'OMS

1	Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'a aucune restriction
2	Etat où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés
3	Etat où les risques avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode contraceptive
4	Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive

RÉSUMÉ

Contexte : Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen contraceptif sûr, efficace, de longue durée d'action, indiqué chez la nullipare.

Objectif : Comprendre les freins des médecins généralistes à la prescription du DIU chez la nullipare et les déterminants de leur attitude concernant l'abord du DIU auprès des jeunes nullipares.

Méthode : Etude qualitative, réalisée auprès de 12 médecins généralistes Haut-Normands, sous forme d'entretiens individuels, entre octobre 2013 et janvier 2014. Analyse après retranscription des enregistrements, sur logiciel Nvivo®.

Résultats : Tous les médecins interrogés savaient que le DIU pouvait être posé chez la jeune nullipare, mais tous ne le prescrivaient pas chez ce type de patiente. Certains s'étaient initiés à la pose chez ces patientes, après leurs études, en apprenant auprès de confrères ou seuls. Ils lui reconnaissaient tous un certain nombre d'avantages : confort, coût, efficacité, caractère non hormonal de la méthode. Les patientes étaient plus demandeuses, notamment depuis la polémique concernant les pilules de troisième et quatrième génération. Les freins des médecins à la pose du DIU pouvaient concerner la pose en elle-même de part ses difficultés techniques, son côté chronophage mais aussi certaines caractéristiques des patientes : majorité non atteinte, risque de perte de vue. Chez la nullipare, les médecins étaient freinés par : la crainte des maladies inflammatoires pelviennes, le caractère intrusif du DIU, la réticence des gynécologues à le prescrire chez ces patientes mais aussi, par une difficulté aux changements d'habitudes. Certains freins étaient propres aux médecins eux-mêmes comme leur statut masculin, leur difficulté à aborder le sujet de la sexualité, la judiciarisation de la médecine et la rémunération de l'acte peu valorisante. Les médecins étaient également confrontés aux appréhensions et aux idées reçues de leurs patientes.

Conclusion : Les médecins avaient intégré la possibilité de poser des DIU chez les nullipares mais tous ne le proposaient pas systématiquement à ces patientes en première intention. Il semblerait important de présenter ce moyen contraceptif aux adolescentes. Un changement dans les habitudes tend à s'opérer mais semble difficile pour certains médecins à cause de la notion ancienne d'interdit de cette pratique.

Keywords : Nulliparous – Intrauterine device – General practitioner – Adolescent

Mots clés : Nullipare – Dispositif intra-utérin – stérilet – médecin généraliste – adolescent