



HAL
open science

Vécu, motivations et ressentis des patientes consultant un médecin généraliste en cabinet de ville pour la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU)

Valérie Hegesippe

► To cite this version:

Valérie Hegesippe. Vécu, motivations et ressentis des patientes consultant un médecin généraliste en cabinet de ville pour la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615836

HAL Id: dumas-01615836

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615836>

Submitted on 12 Oct 2017

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 155

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE- spécialité médecine
générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Valérie HEGESIPPE ép. TANDIA
Née le 07 septembre 1985, à POINTE-A-PITRE

Le Lundi 02 octobre 2017

**Vécu, motivations et ressentis des patientes consultant un médecin
généraliste en cabinet de ville pour la pose d'un dispositif intra-utérin
(DIU).**

**Etude qualitative de 11 femmes en milieu semi rural du Sud-Gironde entre
août 2016 et février 2017.**

Directrice de thèse

Madame le docteur Catherine DUPONT-BISCAYE

Monsieur le professeur Dominique DALLAYPrésident
Monsieur le professeur Jean-Philippe JOSEPHRapporteur
Madame le docteur Hélène TISSOTJury
Monsieur le professeur William DURIEUXJury

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Dominique DALLAY,
Gynécologue obstétricien,
Chef de service de l'unité de gynécologie du centre hospitalier universitaire de Bordeaux,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de nous accorder votre écoute et votre temps.

A madame le docteur Hélène TISSOT,
Gynécologue obstétricienne,
Cheffe de service de l'unité de gynécologie du centre hospitalier de Langon,

Merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury, de bien vouloir donner de votre temps pour ce travail.

A monsieur le professeur Jean-Philippe JOSEPH,
Médecin généraliste,
Directeur du Département de médecine générale de Bordeaux, coordonnateur du DES de médecine générale,

Merci du temps passé et du regard porté sur mon étude.

A monsieur le professeur William DURIEUX,
Médecin généraliste,
Directeur adjoint du département de médecine générale de Bordeaux,

Merci d'avoir accepté de rejoindre le jury et de vous intéresser à mon travail.

A madame le docteur Catherine DUPONT-BISCAYE,
Médecin généraliste,

Cathy, merci pour avoir accepté de me soutenir dans ce travail, merci aussi pour ta gentillesse et ta bienveillance dans le quotidien de notre magnifique profession. La porte sera ouverte en Guadeloupe, quand le froid aura raison de toi.

A monsieur le docteur Philippe CORMIER,
Gynécologue obstétricien,
Ancien chef de service de la maternité de Langon

Directeur du département d'information médicale du centre hospitalier de Langon,

Merci pour ces précieux temps d'échanges, autour de mon thème. Merci pour l'aide de recherche précieuse que vous avez été et pour le partage de votre expérience.

A monsieur le professeur Philippe CASTERA,
Médecin généraliste,

Merci pour m'avoir permis de rassembler mes idées et de cerner mon sujet de thèse.

A monsieur le professeur Roger SALAMON,
Professeur de santé publique,

Créateur de l'institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de Bordeaux,

Merci pour avoir pu échanger sur des approches différentes des statistiques dans une étude qualitative.

A madame le docteur Shérazade KINOUBI,
Médecin généraliste,
Cheffe de clinique en médecine générale,

Merci pour votre regard en matière d'étude qualitative et pour votre aide à la déclaration du travail au comité d'éthique.

A madame le docteur Quiterie LAGRAULA,
Médecin généraliste,

Quiterie, merci pour tous les bons moments passés à rigoler autour d'une pause déjeuner, toujours plus courte, merci pour ta gentillesse et tes attentions. Merci pour ta préoccupation quant aux avancées de ma thèse et à l'aide fournie.

A Céline LAJZEROWICZ,

Nous nous connaissons peu et nous sommes bien retrouvées autour de la même problématique, de travail. Merci pour m'avoir donné le coup de pouce attendu, à un moment moins facile du travail de thèse.

A Gwenaëlle,

Merci pour m'avoir consacré du temps, mais aussi d'excellents conseils avec ton œil de sociologue.

**A monsieur le docteur Daniel JOUILLE,
Médecin généraliste retraité,**

Merci de votre exceptionnelle bienveillance et affection, vous êtes un médecin et un homme exceptionnel. Je ne pourrai pas oublier vos histoires sur les colposcopies à l'ancienne avec votre lampe frontale !

**A monsieur le docteur Michel LAMARLERE,
Médecin généraliste,**

Merci de m'avoir transmis ton savoir en ostéopathie et de m'avoir lancée à la pose du DIU, à la fin de l'internat !

A ma mère,

Merci d'avoir permis que je sois ici aujourd'hui. Merci du soutien que tu m'apportes et d'être toujours là quand j'en ai besoin.

Je t'aime.

A mon cher et tendre père,

Merci d'être toi, de m'épauler depuis toujours, de me faire confiance et de me témoigner ton amour au quotidien. Ta fille qui t'aime.

A mes amies, pauline, émilie, addie, julie, flore, kushmee,

Mon petit chicken carbonisé et ma mimi, que dire que vous ne sachiez déjà ?

Addie merci, pour ton anglais impeccable.

Merci pour tout je vous aime !

A mon époux,

A mon tendre époux. Merci d'être là au quotidien, de traverser avec moi une nouvelle étape importante de ma vie. Nous vivons une année riche en émotions, quelque chose me dit que ce n'est pas fini.

Je t'aime mon cœur.

ABREVIATIONS

Par ordre d'apparition dans le texte :

DIU : dispositif intra-utérin

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

COCON : Cohorte sur la CONtraception

FECOND : étude française, Fécondité-Contraception-dysfonctions sexuelles.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

CUB : communauté urbaine de Bordeaux

IST : infections sexuellement transmissibles

LNG : lévonorgestrel

HAS : haute autorité de santé

MACSF : mutuelle d'assurance du corps de santé français

NICE: the national institute for health and care excellence

EURAS : European active surveillance study for intra uterine devices

MST : maladies sexuellement transmissibles

GEU : grossesse extra utérine

DMG : département de médecine générale

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

EBM : evidence-based médecine

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CC : communauté de communes

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	12
1 GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION EN FRANCE	12
1.1 Historique	12
1.2 Législation	12
1.3 Efficacité réelle des contraceptifs	13
1.4 Répartition des contraceptifs en France	13
1.5 Lien entre évolution de la contraception et stabilité de l'IVG depuis 1976.....	15
2 LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION PAR LE MEDECIN GENERALISTE	17
3 HISTOIRE DE LA DISPARITION DES GYNECOLOGUES EN VILLE.....	18
4 ETAT DES LIEUX DU SUD-GIRONDE.....	19
4.1 Epidémiologie du territoire.....	19
4.2 Démographie médicale.....	20
4.2.1 Médecine générale.....	20
4.2.2 La gynécologie.....	20
5 CONNAISSANCES SUR LE DIU.....	21
5.1 Caractéristiques du DIU	22
5.2 Méthode d'insertion	24
5.3 Points de vue des médecins sur le DIU	25
5.4 Points de vue des patientes sur le DIU	26
5.5 Réalité du terrain en matière de pose de DIU.....	27
5.5.1 Coût pour le professionnel de santé	27

5.5.2	Responsabilités professionnelles engagées	27
5.5.3	Complications réelles du DIU.....	28
5.5.4	Temps de consultation consacré	29
5.5.5	Fiabilité du geste par le médecin généraliste	29
5.5.6	Evolution de la formation du médecin généraliste en gynécologie.....	29
6	DONNEES INCONNUES ET RENCONTRE AVEC LE SUJET DE THESE.....	30
6.1	Justification.....	30
6.2	Hypothèse de départ.....	32
6.3	Question de recherche.....	32
6.4	Objectifs.....	32
6.5	Résultats attendus.....	33
	MATERIELS ET METHODES.....	34
1	METHODE QUALITATIVE.....	34
2	CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	34
2.1	Sélection et recrutement.....	34
2.2	Recueil des caractéristiques des participantes.....	35
3	RECUEIL DES DONNEES.....	36
3.1	Entretiens individuels.....	36
3.2	Conditions de recueil	36
4	ANALYSE DES DONNEES.....	37
5	DECLARATION DE L'ETUDE.....	38
	RESULTATS.....	39
1	CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	39

2 GUIDE D'ENTRETIEN.....	41
3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	42
3.1 Age.....	44
3.2 Parité	44
3.3 État civil	44
3.4 Catégorie professionnelles	44
3.5 Distance par rapport au cabinet du médecin généraliste.....	44
3.6 Caractéristiques des médecins généralistes.....	45
4 CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS.....	46
5 ANALYSE DES DONNEES.....	48
5.1 Importance du vécu gynécologique des patientes.....	48
5.1.1 Représentations personnelles de la gynécologie.....	48
5.1.1.1 Définition anatomique de la gynécologie.....	49
5.1.1.2 Association de la gynécologie à l'idée d'examen clinique.....	49
5.1.1.3 Association de la gynécologie au médecin spécialiste.....	50
5.1.1.4 Attentes vis-à-vis du suivi gynécologique.....	50
5.1.2 Les fondamentaux pour un bon suivi gynécologique.....	51
5.1.2.1 Un examinateur familial.....	51
5.1.2.2 Influence du sexe du médecin.....	52
5.1.2.3 Une position d'examen préservant la pudeur.....	52
5.1.2.4 Intérêt de l'ergonomie du cabinet.....	53
5.1.2.5 Besoin d'une prise en charge pluriprofessionnelle.....	54
5.1.3 Rôle des affects en gynécologie.....	54
5.1.4 Eléments perturbateurs du suivi gynécologique.....	55
5.1.4.1 Facteurs socio culturels.....	55
5.1.4.2 Défaut de la transmission familiale en gynécologie.....	55
5.1.4.3 Influence de l'entourage.....	57
5.1.4.4 La peur d'avoir mal.....	58
5.1.4.5 La méconnaissance du système de soins.....	58
5.1.5 Difficultés majeures à l'adolescence.....	59
5.1.5.1 Ressentis sur la prévention et l'information.....	60

5.1.6 Evolution du parcours contraceptif	62
5.1.6.1 Evolution des moyens de contraception dans le temps	62
5.1.6.2 L'échec de la contraception	65
5.1.6.3 Inquiétude sur la contraception pendant toute la vie gynécologique	66
5.1.6.4 Influences extérieures intervenant dans le choix du contraceptif....	67
5.1.7 Avis sur les moyens de contraception utilisés.....	68
5.1.7.1 La pilule.....	69
5.1.7.2 Le préservatif.....	71
5.1.7.3 L'implant sous cutané.....	71
5.1.7.4 Les patchs	73
5.1.7.5 Les anneaux.....	73
5.1.7.6 Les ovules antiseptiques.....	73
5.1.7.7 La contraception d'urgence.....	73
5.1.7.8 La stérilisation définitive.....	74
5.1.8 Avis sur le DIU.....	74
5.1.9 Vécus marquant en gynécologie.....	78
5.1.9.1 Le vécu de l'IVG.....	79
5.1.9.2 Vécu du déni de grossesse.....	81
5.1.9.3 Vécu d'atteinte à la pudeur.....	81
5.2 Lien existant avec le spécialiste.....	82
5.2.1 Croyances populaires sur le médecin gynécologue.....	82
5.2.2 Motifs de consultation chez le spécialiste.....	83
5.2.3 Motivations pour aller consulter le gynécologue	84
5.2.4 Echec du contact avec le spécialiste.....	84
5.3 Lien construit avec le médecin généraliste.....	89
5.3.1 Ressentis sur la formation en gynécologie, du médecin généraliste...89	
5.3.2 Influences des opinions du médecin généraliste en gynécologie.....91	
5.3.3 Motivations pour aller consulter le médecin généraliste pour de la	
gynécologie.....91	
5.3.3.1 Confiance construite avec le médecin généraliste.....	91
5.3.3.2 Attentes des femmes vis-à-vis du médecin généraliste en gynécologie	
.....	95
5.3.3.3 Moins de craintes à l'éventualité d'un examen clinique.....	97
5.3.3.4 Conseillé par l'entourage.....	97

5.3.3.5 Un examinateur unique	97
5.3.3.6 Des explications claires.....	97
5.3.3.7 Une proximité avec son médecin généraliste.....	98
5.3.3.8 Qualité empathique du médecin généraliste.....	98
5.3.3.9 Accessibilité du médecin généraliste en cabinet de ville.....	99
5.3.3.10 Délai de rendez-vous chez son médecin généraliste.....	99
5.3.4 Freins à la consultation du médecin généraliste en gynécologie.....	100
5.4 Ressentis sur la pose et le suivi du DIU par le médecin généraliste.....	101
5.4.1 Ressentis sur le DIU en médecine.....	101
5.4.2 Pose du DIU par le médecin généraliste : Facilité du geste/ compétences.....	102
5.4.3 Ressentis pendant la pose du DIU.....	104
5.4.4 Influence du comportement du médecin généraliste sur le ressenti....	105
5.4.5 Informations acquises sur le DIU	106
5.4.6 Ressentis sur le suivi du DIU.....	107
5.4.7 Ressentis sur les médecins généralistes ne posant pas de DIU.....	108
5.4.8 Suggestions d'amélioration des pratiques et regrets dans la prise en charge.....	110
5.5 Lien avec le milieu hospitalier.....	112
5.5.1 Ressentis sur l'hôpital.....	112
5.5.1.1 Importance des procédures administratives.....	112
5.5.1.2 Manque d'humanité du milieu	113
5.5.2 Motifs de consultations à l'hôpital.....	114
5.5.3 Motivations pour aller à l'hôpital.....	115
5.5.4 Freins à la consultation gynécologique hospitalière	116
5.5.4.1 Freins au suivi du DIU à l'hôpital.....	118
5.6 Réflexion sur l'offre de soins en gynécologie et projection sur l'avenir....	120

DISCUSSION.....123

1 POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE.....123

1.1 Points forts.....123

1.2 Limites et biais de l'étude.....124

2 LES RESULTATS.....	125
2.1 Le suivi gynécologique.....	125
2.2 Le relationnel avec les gynécologues.....	127
2.3 Le relationnel avec le médecin généraliste.....	127
2.4 Le DIU et sa gestion par le médecin généraliste.....	128
2.5 Le milieu hospitalier	129
2.6 Elaboration d'une théorie.....	130
3 PERSPECTIVES	130
4 NOUVEAUTES	134
CONCLUSION.....	135
BIBLIOGRAPHIE.....	137
FIGURES ET TABLEAUX.....	142
ANNEXES.....	143
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	155
ABSTRACT/ RESUME.....	156/157

INTRODUCTION

1 GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION EN FRANCE

1.1. Historique de la contraception (1)

1830 : mise au point de la cape cervicale.

1870 : commercialisation des préservatifs masculins.

1906 : vente de spermicides.

1924 : premières méthodes naturelles.

1928 : DIU aux différents métaux.

1960 : mise sur le marché de la première pilule hormonale, arrivée en France en 61.

1961 : premier centre de planification à Grenoble.

1962 : DIU en plastique.

1980 : contraceptif injectable en France.

1998 : préservatifs féminins.

1999 : contraception d'urgence.

2001 : implants contraceptifs.

1.2 Législation (1)

1920 : loi interdisant la contraception et l'avortement en France.

1967 : légalisation de la contraception.

1974 : remboursement de la contraception.

1975 : Simone VEIL obtient la légalisation du droit à l'IVG.

2001 : la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive.

2001 : l'accès des mineurs, aux différentes contraceptions et à l'IVG, sans autorisation parentale.

2009 : loi autorisant l'insertion des dispositifs intra utérins par un généraliste.

1.3 Efficacité réelle des contraceptifs

Selon une revue de la littérature de 1990 à 2008(2), il apparaît que sont plus efficaces (indice de PEARL réel) dans l'ordre :

- La stérilisation définitive féminine,
- Le DIU au lévonorgestrel au même niveau que les implants sous cutanés.
- Viennent ensuite le DIU au cuivre d'une surface supérieure à 300 mm³,
- Ceux inférieurs à 300 mm³,
- Et enfin les méthodes de contraception dites de courte action c'est-à-dire la contraception orale, l'anneau vaginal, le patch et les hormones injectables.
- Les méthodes barrières et naturelles sont les moins efficaces.

Selon l'OMS, en 2011(3) l'indice de PEARL de la pilule sous condition d'une utilisation parfaite sur un an est à 0,3. Celui du DIU à 0,1-1,5.

En utilisation réelle, cet indice est à 8 pour la pilule et de 0,2 à 0,5 pour le DIU. Les autres moyens de contraception ont un indice supérieur à 3 (3).

1.4 Répartition des contraceptifs en France

Malgré ces données la France est victime d'une prescription abusive de pilules hormonales, comme moyen de contraception.

En 2010(4), 90,2% des femmes sexuellement actives ont une contraception.

La pilule représente 56%.

Le DIU, lui ne représente que 26% des contraceptifs utilisés, alors qu'il a une efficacité réelle supérieure (2).

D'après l'étude COCON (5) de l'an 2000 portant sur 2863 femmes, la seule tranche d'âge où le DIU est le premier contraceptif utilisé est celle des 40-44 ans. Il y est présent à hauteur de 29,6%.

Sur une durée d'un an, la probabilité d'arrêt de l'utilisation du DIU due à la méthode elle-même est inférieure à 10%.

Ce taux augmente dans le temps sans atteindre les 30 % à 4 ans.

Pour la même période à un an, la probabilité d'arrêt de la pilule atteint 20% et quasi 50% à 4 ans.

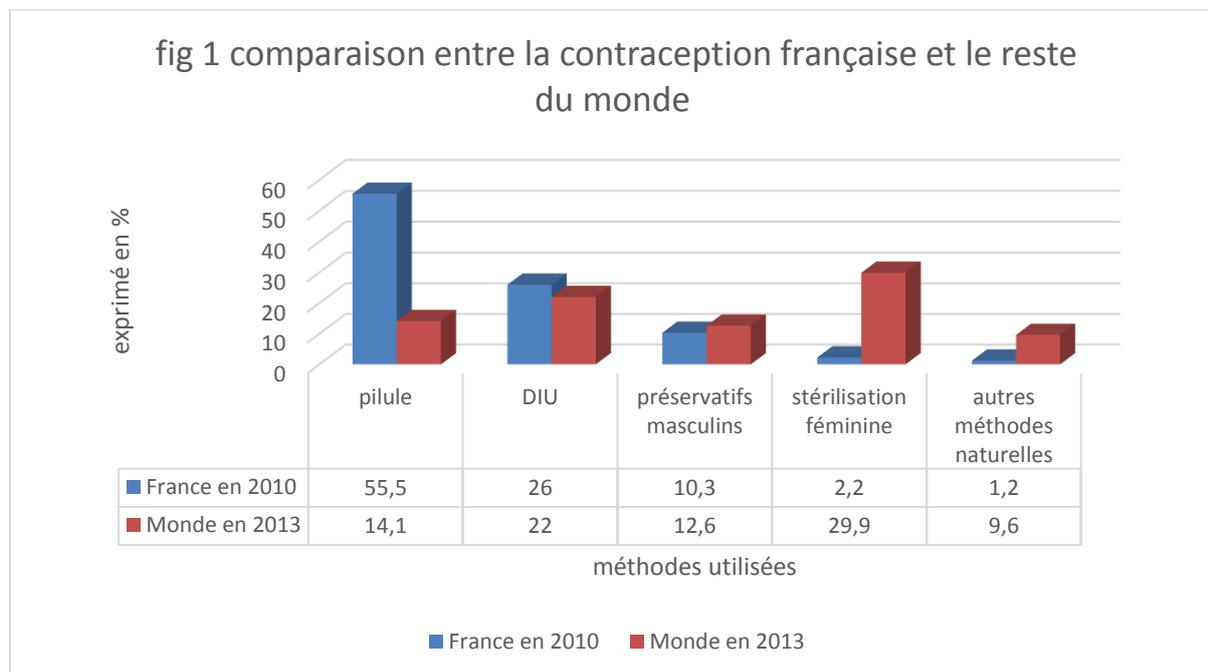
En 2010, l'étude française FECOND a fait apparaître une population de 3563 femmes, de 15 à 49 ans, jugées à risque de grossesses non désirées.

Parmi elles, seulement 21,4% d'entre elles étaient porteuses d'un DIU.

Une inégalité subsistait dans l'âge des utilisatrices de DIU, puisque moins de 1% des femmes d'âges inférieurs à 25 ans étaient concernées par ce dispositif.

L'étude menée en parallèle cette même année, à propos de la prescription des praticiens, a décrit que des femmes suivies par un groupe de médecins généralistes avaient une utilisation quatre fois moins importante du DIU, que celles suivies par des gynécologues.

Comparaison avec les méthodes contraceptives les plus utilisés dans le monde(4,5) :



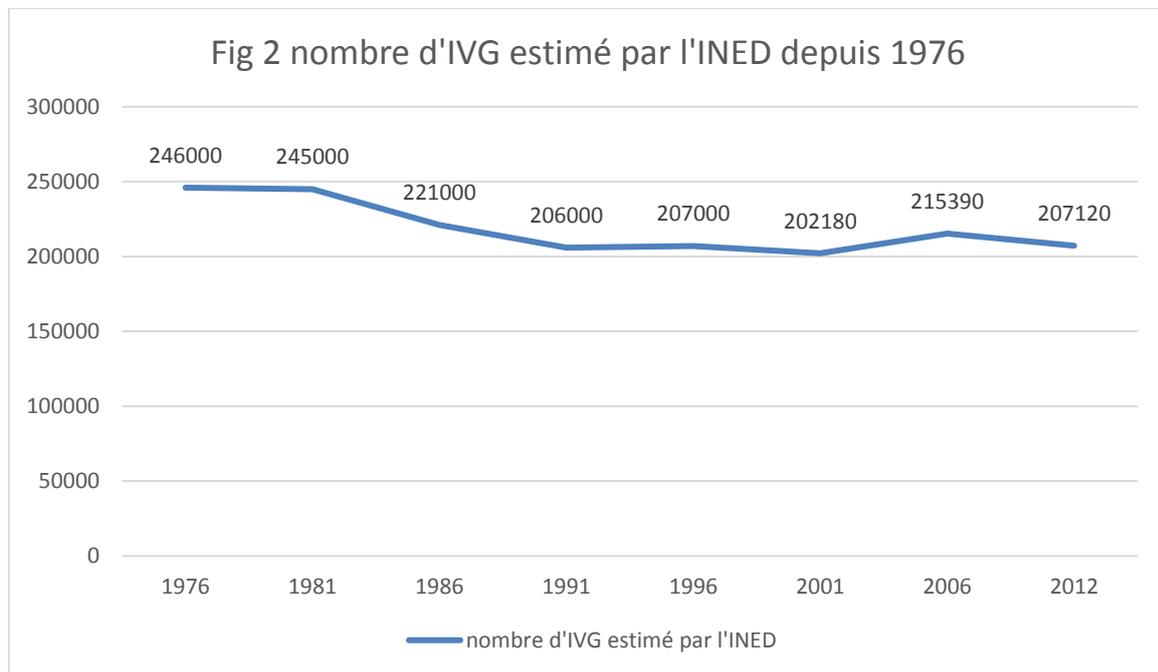
Il apparaît que l'apparente très bonne couverture contraceptive en France contraste avec un des taux de recours à l'IVG les plus élevés parmi les pays d'Europe (6).

1.5 Lien entre évolution de la contraception et stabilité de l'IVG en France depuis 1976

En effet, si les grossesses non prévues ont bien diminué, le nombre d'avortements, lui n'a pas baissé. Les femmes recourent donc plus souvent à l'IVG en cas de grossesse non prévue(5).

Avec le temps moins de femmes y ont recours, mais de façon plus répétée.(7)

Evolution du nombre d'IVG depuis sa légalisation en France :(8)



En 2015, la DREES dénombre 218 100 IVG, pour l'année en France.

Soixante-six pourcents des femmes ayant recours à l'IVG avaient une méthode de contraception.

Les femmes les plus concernées ont entre 20 et 24 ans (27 ,7 IVG pour 1000).

Ce sont donc les mêmes femmes chez qui la proportion de contraception par DIU est la plus faible.

La part de l'IVG instrumentale reste stable à travers le temps, elles représentent 50% des IVG en établissement.

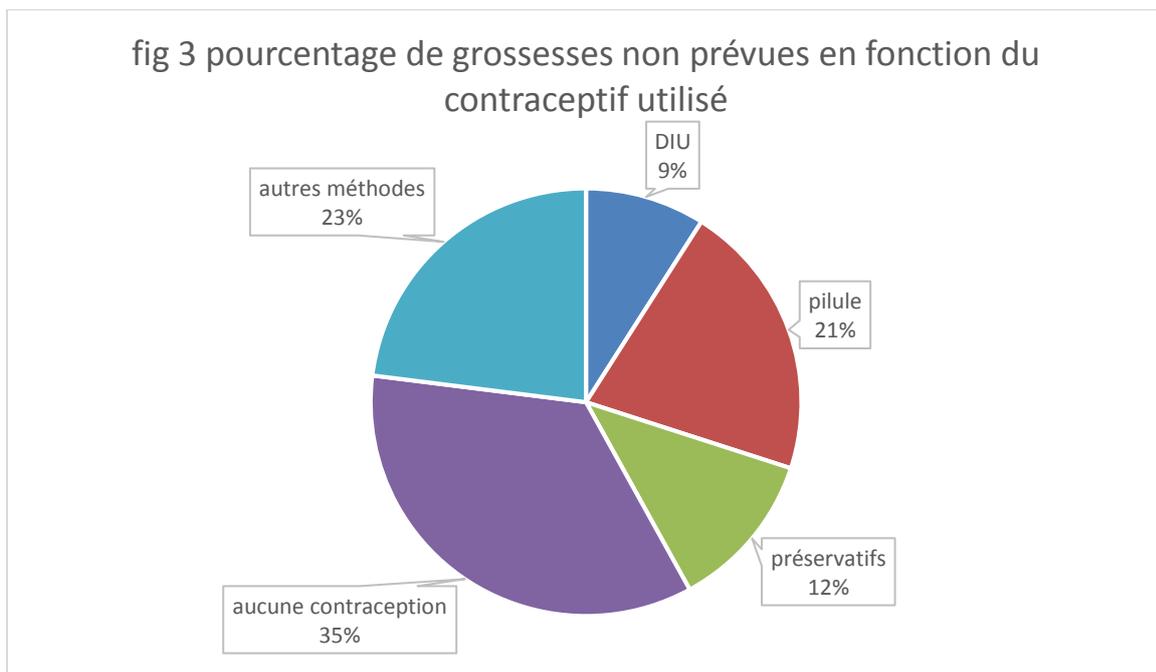
Au total l'IVG, toutes méthodes confondues, coûte environ au moins 70 000 000 d'euros à la France par an.

Il semble également qu'en plus du coût, l'IVG pose le souci d'une mortalité accrue chez les femmes (9). Pour les scientifiques finlandais, le taux de mortalité annuel des femmes ayant avorté, l'année précédant leur étude est de 83,1 décès pour 100 000 (causes non imputables à la grossesse), contre 28,2 pour celles qui ont accouché.

Leurs confrères américains ont trouvé, qu'après un avortement les femmes avaient trois fois plus de risque de mourir, d'une cause circulatoire et cinq fois plus, d'un accident cérébral dans les huit années suivantes.

Dans les faits selon les données gouvernementales en France, le nombre de décès/an liés à L'IVG oscille entre 0 et 2 et est stable depuis quelques années (10).

Etude de l'apparition des grossesses non prévues en fonction du contraceptif utilisé (11):



Neuf pourcents des grossesses non prévues se sont déclarées alors que la femme portait un DIU contre 21% chez celles qui prenaient la pilule.

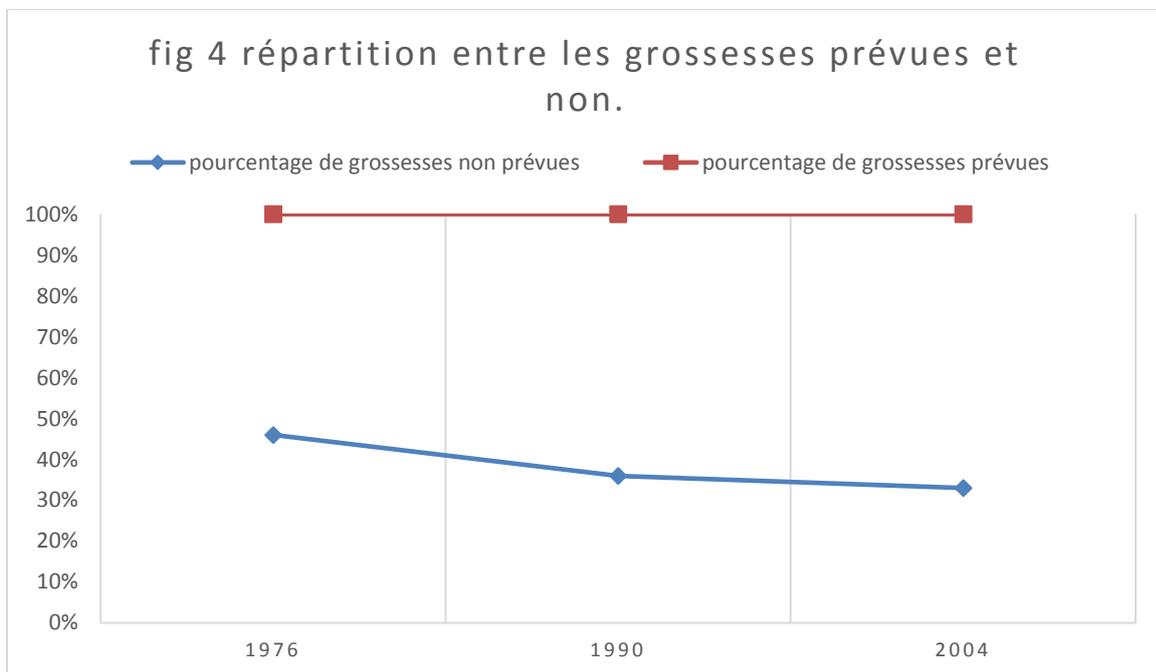
Au total 2/3 des grossesses non prévues sont survenues alors que la femme avait un moyen de contraception.

En 2005, 16,9 % des femmes entre 15 et 44 ans ont eu recours à l'utilisation de la contraception d'urgence.

Les causes d'échec de contraception étaient entre autres, le manque d'information et d'accès aux soins, ainsi que l'inadéquation entre la méthode choisie et le mode de vie.

Les cibles d'action portaient sur l'amélioration de l'observance et la réduction du temps d'arrêt temporaire de contraception.

Évolution du pourcentage de grossesses non prévues dans le temps : (5)



2 LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Selon l'enquête EPILULE menée en 2003, auprès de 208 médecins généralistes en cabinet, du réseau EPI, les généralistes ont prescrit 15 contraceptions orales.

Les médecins femmes prescrivent davantage de contraceptifs que les hommes.

Lors d'une première prescription, ils sont 60,4% à délivrer une information orale. Dans 20% des cas, un support visuel ou des brochures explicatives sont utilisés.

Lors des renouvellements de prescription :

- 48,1% s'informent systématiquement de possibles oublis,
- 35,4% de temps en temps,
- 16,5% le font rarement.

Le rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli est fait :

- Systématiquement par 34%,
- De temps en temps par 51,4%,
- Rarement par 14,6% d'entre eux.

Pour la moitié de leurs patientes (51,3%), ils ont initié la première prescription. Dans 51,9% des cas, la prescription initiale a été réalisée par un gynécologue.

Un tiers des médecins généralistes de cette enquête posent un stérilet (37,7%), mais peu dans une année (3,3 en moyenne).

Pour 70% des médecins qui n'en posent pas, c'est le manque de formation qui est signalé.

La proximité d'un gynécologue semble avoir une influence directe sur les modalités de suivi : plus il est installé loin, plus le généraliste assure la totalité de la prise en charge des femmes.

3 HISTOIRE DE LA DISPARITION DES GYNECOLOGUES EN VILLE (12)

1987 : Suppression du Certificat d'Études Spécialisées et de la formation de Gynécologie Médicale.

1997 : création du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, et pétition demandant : *la restauration d'un diplôme spécifique de Gynécologie Médicale et la garantie du libre accès au gynécologue, sans pénalisation de remboursement par la Sécurité sociale.*

1er février 2003 : Décret créant le Diplôme d'Études Spécialisées de Gynécologie médicale et rétablissant la formation. Seulement 20 postes d'internes ouverts pour la formation de gynécologues médicaux, alors que 130 postes étaient ouverts par an jusqu'en 1986.

19 juin 2004 : accès direct des femmes à leur gynécologue médical, sans pénalisation de remboursement.

2004-2005 : Loi sur l'assurance maladie et convention médicale créant le « *parcours de soins* » : l'accès direct est remis en cause, cependant un décret garantit un "accès direct spécifique" pour la gynécologie médicale.

Juillet 2013 : 41 postes d'internes pour la rentrée 2013.

Juillet 2014 : 48 postes pour la rentrée 2014.

Juillet 2015 : 68 postes sont annoncés pour la rentrée 2015.

Juillet 2016 : 70 postes pour la rentrée 2016.

4 ETAT DES LIEUX DU SUD-GIRONDE

4.1 Épidémiologie du territoire

Le territoire d'étude porte sur le canton du Sud-Gironde, à trente minutes au sud-est de la métropole bordelaise, situé en zone rurale.

Après les premières élections départementales de 2014, **le canton du Sud-Gironde** a été redéfini et compte aujourd'hui **cinquante communes** (Annexes 1,2).

Le bureau centralisateur est la commune de Langon.

Selon les chiffres 2014 de l'INSEE, la population du canton était de 39 445 habitants pour un territoire d'une superficie de 1017,69 km² (densité de 38 habitants/km²).

Ceci représente 2,7% de la population du département de la Gironde.

Ce canton peut donc être comparé à la commune de Talence, de la CUB, qui à elle seule comptait 41 182 habitants pour 8,35km² (densité de 4931 habitants/km²).

En 2007, la population **de femmes de 15-44 ans** vivant au sein du canton du Sud-Gironde est estimée à 6687, soit 20% de sa population totale (13).

4.2 Démographie médicale

4.2.1 Médecine générale

Les cinquante communes du territoire étudié bénéficient de 43 médecins généralistes, installés en cabinet de ville (tableau 1).

Ils sont répartis sur onze de ces communes.

Il n'y a donc pas moins de **39 communes dépourvues de médecins**.

En 2016, La densité de médecins généralistes/population (Annexe 3) est de 100 dans le bassin de vie de Langon (14).

Elle est à 109 en intégrant tout le territoire étudié.

Elle a été évaluée à 298 au niveau national, en 2014.

Sur la zone géographique étudiée ici, ceci constitue donc une **densité forte en généralistes**.

Si on regarde en détails, dix communes du Sud-Gironde sont des déserts médicaux et quatre autres sont en accès difficile à un médecin généraliste.

Les autres ont un accès satisfaisant, abondant ou surabondant (15).

4.2.2 la gynécologie

Le canton du Sud-Gironde n'échappe pas à la tendance nationale.

Concernant, le manque de gynécologues d'une part et d'installations en cabinet de ville d'autre part.

Il existe une gynécologue obstétricale en accès en ville.

Elle partage son temps entre son cabinet de Langon et la maternité de l'hôpital Sud Gironde.

Elle est la seule, exerçant en libéral, dans le canton étudié.

On compte 8 gynécologues hospitaliers à la maternité de Langon, toutes spécialités confondues.

A part la commune de Langon, **toutes les autres communes du territoire étudié sont des déserts médicaux quant à l'offre de médecins gynécologues.**

5 CONNAISSANCES SUR LE DIU

Selon les données du collège national de gynécologie **en l'an 2000, le dispositif intra utérin était au monde la première méthode de contraception réversible utilisée.**

5.1 Caractéristiques du DIU

Les DIU sont des méthodes de contraception de longue durée d'action, de première intention. Ils sont considérés comme très efficaces.

C'est une méthode contraceptive, pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi (16).

Le DIU au cuivre a une action cytotoxique et inflammatoire sur l'endomètre. Il permet donc de neutraliser les gamètes et d'empêcher la nidation.

Il est indiqué dans la contraception d'urgence.

Les données ne montrent pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre de surface > 250 mm² et le DIU au LNG.

Cependant, le DIU au lévonorgestrel reste indiqué en cas de dysménorrhées avec le cuivre.

Les contre-indications à la pose d'un DIU au cuivre sont :

- Les antécédents ou l'existence de pathologies (dont certaines anomalies) utérines ou trophoblastiques ;
- Une pathologie vaginale récente ou en cours, saignements vaginaux/génitaux inexpliqués ;
- Diverses situations à risque infectieux (IST, infection génitale haute [en cours, datant de moins de 3 mois ou récurrente], infection puerpérale en post-partum, avortement septique, valvulopathies, etc.) ;
- L'hypersensibilité à l'un des composants ;
- Une grossesse suspectée ou avérée ;

- Le post-partum (entre 48 h et 4 semaines [d'après l'OMS]).

Il convient d'ajouter, pour le DIU au LNG, les contre-indications, inhérentes à l'utilisation d'un progestatif :

- Les accidents thromboemboliques veineux évolutifs ; exceptés les antécédents d'accidents thromboemboliques artérioveineux
- Les tumeurs sensibles aux progestatifs
- Le cancer du sein et le cancer de l'endomètre
- L'hémorragie génitale non expliquée
- La présence ou les antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés.

L'administration d'antalgiques avant la pose semble d'usage, notamment chez une femme nullipare, dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé.

5.2 Méthode d'insertion

Il s'agit tout d'abord d'éliminer les contre-indications à la pose. Ceci peut être fait lors d'une visite préalable à la pose en elle-même.

Les risques infectieux, de grossesses évolutives et de grossesses extra-utérines et les situations à risque d'IST, seront écartés. (Jeunes femmes de moins de 25 ans, partenaires multiples) (17).

Le DIU au cuivre peut être inséré à tout moment du cycle, il est efficace immédiatement.

Le DIU au LNG doit être inséré, au maximum sept jours après le début des règles. Sinon une contraception supplémentaire doit être prise pendant sept jours après la pose.

La position, la taille, Et la flexion de l'utérus devrait être déterminée par un examen bi manuel (18).

L'insertion d'un DIU nécessite le « respect des conditions d'asepsie » selon les recommandations pour la pratique clinique. Il n'existe pas de preuve que la désinfection cervicale avant l'insertion, quel que soit le produit utilisé, diminue les infections pelviennes.

Une antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée (19). **Tout ce qui est inséré dans la cavité utérine doit rester stérile.** Il est possible de porter des gants stériles pour assurer cette asepsie ou de suivre la procédure « no touch ». Lors de celle-ci, les mains de l'opérateur ne sont pas en contact direct avec le site d'intervention ni avec les surfaces des dispositifs médicaux dans leur zone de contact avec le site d'intervention(20).

Les positions d'examen clinique (21):

- La position gynécologique classique (décubitus dorsal, demi-assise, pieds sur des étriers)
- La position en « M » (décubitus dorsal, cuisses relevées, genoux fléchis, plantes des pieds à plat sur le bord de la table, sans étriers)
- La position en « V » (décubitus dorsal, cuisses à plat sur la table, membres inférieurs tendus)
- La position en diamant, appelée aussi en lotus (décubitus dorsal, cuisses relevées, genoux fléchis, plantes des pieds à plat l'une contre l'autre)
- La position latérale « à l'anglaise » (décubitus latéral gauche, hanche et genou droits fléchis, membre inférieur gauche tendu).

Aucune étude comparative de l'influence des différentes positions gynécologiques sur la pose du DIU n'a été retrouvée.

Une étude a montré que l'examen gynécologique sans étrier diminuait le sentiment de vulnérabilité et l'inconfort des patientes (22).

La méthode classique :

Dans la plupart des cas, une pince de Pozzi doit être appliquée à la lèvre antérieure du col avant l'insertion et un hystéromètre stérile doit être transmis pour s'assurer que le canal peut être négocié. Le DIU doit être inséré et les fils coupés de sorte que 2-3 cm dépassent.

La méthode de la torpille (23) ou méthode directe :

Le tube inserteur, est placé au niveau de l'isthme, dispositif entré et ailettes fermées. Il est tenu fermement de la main gauche.

Le piston est poussé par le pouce droit jusqu'à butée, du fond utérin.

5.3 Points de vue des médecins sur le DIU

Au Royaume-Uni en 2007(24), est apparu le fait que pour diminuer le taux de grossesses non désirées, il serait souhaitable d'augmenter le taux de recours aux méthodes de contraception de longues durées d'action.

Pour comprendre les faits, 321 médecins généralistes ont été interrogés sur l'efficacité, la faisabilité et leurs préférences de prescriptions quant aux différentes méthodes de contraception.

Il apparaît que 80 % d'entre eux étaient conscients du rôle de ces méthodes, dans la prévention de grossesse, chez l'adolescente. Pourtant 47 % avouaient ne pas préférer ces méthodes.

Des lacunes dans leurs compétences et des idées fausses sur les effets indésirables de ces méthodes, semblaient au cœur de leurs préoccupations et de leurs choix de prescriptions.

C'est pourquoi il apparaissait essentiel de promouvoir la formation professionnelle chez ces acteurs.

Le constat est le même du côté de la France.

En 2016, à Lille(25), une enquête sur des médecins généralistes a révélé que les freins principaux étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle.

Le geste semblait inadapté à la pratique libérale car trop long.

Enfin, d'après les généralistes, les patientes étaient réticentes au choix du DIU par crainte de ses effets-indésirables.

Elles étaient également défavorables à la pose par le généraliste, considéré comme peu compétent dans ce domaine, trop proche affectivement ou du fait de son genre masculin.

5.4 Points de vue des patientes sur le DIU

En 2008, au Royaume-Uni, un groupe de patientes consultant au centre de planification pour leurs DIU avait été comparé à un autre groupe consultant le médecin généraliste pour le même motif.

Il apparaissait que 40% en centre de santé contre 6% en ville, utilisaient effectivement un DIU.

Les patientes consultant le médecin généraliste se sentaient moins informées sur ce dispositif que les autres.

50% de toutes les patientes se disaient intéressées par cette contraception mais seulement une minorité connaissait la pratique de pose de DIU de leur médecin généraliste.

Par ailleurs en 2014, une étude européenne portant sur les facteurs décisifs entrant en compte dans le choix des méthodes de contraception de longue durée d'action (injectables, implants sous cutanés et DIU) a été publiée.

Elle portait sur les réponses de 502 femmes âgées de 18 à 30 ans.

Il était mis en évidence que celles-ci trouvaient incitatifs, l'efficacité et la longue durée d'action.

En revanche les facteurs dissuasifs, étaient la peur des aiguilles, de la douleur, la possibilité de saignements et les préoccupations au sujet des risques sur la fertilité.

Au sujet de cette dernière, l'enquête concluait que beaucoup de femmes avaient des croyances inexactes.

Par ailleurs le nombre élevé de ces femmes ayant un avis neutre vis-à-vis de ces méthodes, a permis de mettre en évidence des lacunes dans l'information de ces patientes et notamment sur leurs connaissances concernant les avantages de ces méthodes.

Il apparaissait indispensable donc, de favoriser le conseil et l'éducation sur la contraception.

Afin de comprendre les choix contraceptifs des femmes, E. Baudry interroge 341 patientes d'un cabinet médical de médecine générale de 2008 à 2009 (26). Ses résultats montrent que 70% des patientes ont une contraception orale, dont 92%, déclarent l'oublier 1 à 5 fois dans les 6 mois.

Treize pourcents d'entre elles sont porteuses d'un DIU et elles sont 87,5% à en être satisfaites.

Les femmes sont 47% à considérer qu'elles sont à l'origine de leur choix de contraception et 29% estiment avoir choisi après information de leur médecin, 24 % ont estimé ne pas avoir participé au choix.

Dans leurs motivations de choix, la commodité du moyen de contraception arrive avant sa fiabilité et sa tolérance.

58 patientes se sont plaintes d'un manque d'information autour des contraceptifs.

Il apparaissait que parmi ces femmes, la méthode la plus connue et la plus demandée était la pilule.

Le DIU était considéré comme une méthode d'arrêt ou d'espacement des grossesses.

Il était aussi apparu que 40% des femmes avaient eu recours à l'IVG alors qu'elles prenaient un moyen de contraception.

50% de ces femmes prenaient la pilule. La pilule apparaissait alors en pratique courante la méthode, la moins efficace.

Il apparaissait donc de façon évidente que l'efficacité du contraceptif choisi dépendait de la bonne utilisation et de la bonne observance.

5.5 Réalité du terrain et rectification des fausses croyances du DIU

5.5.1 Coût pour le professionnel de santé

Un coût élevé, a pu être avancé par les omnipraticiens pour justifier d'un frein, à la pose du DIU.

Le matériel spécifique à la pose et au suivi d'un DIU, est finalement restreint :

Compresse stériles

Bétadine gynécologique(19). (Pas de preuve de diminution des infections pelviennes quel que soit le produit utilisé).

Les spéculums et la lampe gynécologique, sont ceux utilisés pour la pratique du reste de la gynécologie.

Une table d'examen classique est suffisante.

La patiente récupère son dispositif en pharmacie (remboursé à 60%), ainsi qu'un matériel de pose à usage unique jetable (non remboursé) :

- Pince de Pozzi
- Ciseau long
- Hystéromètre
- Pince de Cheron

La cotation de pose ou changement d'un DIU, pour le médecin généraliste, n'a pas été modifiée depuis la revalorisation des tarifs de consultation au 1^{er} mai 2017 et vaut 38,40 euro. Son ablation n'est pas rémunérée spécifiquement.

A noter que l'obligation pour le praticien de posséder du matériel d'urgence a été abrogée par la circulaire numéro 8113 du 29 avril 1981.

5.5.2 Responsabilités professionnelles engagées

Parce que les responsabilités engagées et la peur de la perforation utérine, lors de la pose d'un DIU, ont été citées par les médecins ne posant pas de DIU, un point définitif méritait d'être fait.

Selon la citation d'une juriste, de la MACSF, repris dans une thèse de 2010 (27):

« La pose d'un DIU peut être responsable, par ses complications, de plaintes en responsabilité qui incitent à une certaine prudence. Comme tout acte médical, le médecin doit tenir informer la patiente des risques liés à la pose d'un stérilet et lui laisser un délai de réflexion. Un livret explicatif est généralement remis afin de compléter l'information orale. Il devra s'assurer de l'absence de contre-indication et informer la patiente des risques (...) [et effets secondaires]. 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 et classique.

Le médecin peut être responsable, compte tenu de la façon dont il a posé le DIU, de la migration du stérilet, de la perforation utérine, de douleurs, d'une grossesse intempestive et d'une intervention chirurgicale pour retrait du stérilet.

Dans la grande majorité des situations, la migration se fait lors de la pose, 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 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.

La responsabilité ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception. 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 ».

5.5.3 Complications réelles du DIU

Selon le NICE, les données réelles du DIU au cuivre(28) :

- Un taux de grossesse pour les stérilets contenant 380 mm² de cuivre (les plus efficaces) faible : < 20/1 000 sur 5 ans (grade C) ;
- Un risque de règles plus importantes ou de dysménorrhées (grade C).

Le DIU au LNG :

- Un taux de grossesse faible : < 10/1 000 sur 5 ans (grade C) ;
- Un risque de règles irrégulières et de petits saignements durant les six premiers mois après insertion. Les oligo- ménorrhées ou aménorrhées sont vraisemblables à la fin de la première année (grade C).

Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception, suite au retrait du DIU sont plus élevés que pour l'utilisation des seules méthodes barrières, mais semblent comparables à ceux observés pour la contraception orale y compris chez les nullipares.

- Il n'y a pas de preuve d'impact des DIU au cuivre ou au LNG sur le poids (grade C),
- Il existe de faibles changements possibles de l'humeur et de la libido (grade C).
- Il y a plus de risque de développer une acné avec le DIU au LNG, mais peu de femmes arrêtent d'utiliser ce dispositif pour cette raison (grade C).
- Il existe un **risque, de perforation utérine** lors de l'insertion du DIU au cuivre ou au LNG **très faible** (< 1/1 000) (grade D), lié à l'expérience du professionnel (grade D), Il semble que le DIU au LNG présente des risques de perforation utérine supérieurs, au cuivre, mais un indice de PEARL supérieur.(29)

- Il existe un **risque de développement d'une maladie inflammatoire pelvienne** après insertion **très faible** chez les femmes à faible risque de MST (< 1/100) (grade C), Sa survenue étant essentiellement **limitée aux 3 semaines** qui suivent l'insertion.
- Il y a un risque de grossesse ectopique plus faible qu'en l'absence de contraception (grade D), très faible (1/1 000 sur 5 ans) (grade C). La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.
- Il y a un risque d'expulsion du DIU au cuivre ou au LNG possible mais < 1/20 sur 5 ans (grade C).
- Il existe un risque de grossesse sur DIU au cuivre ou au LNG : le risque de grossesse extra utérine est alors de 1/20, à rechercher (grade C).

Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares.

5.5.4 Temps de consultation consacré

Aucune donnée de la science, n'a été retrouvée concernant le temps estimé moyen à consacrer à la pose d'un DIU.

Il est recommandé d'effectuer une consultation avant la pose effective, avec recueil des antécédents, examen gynécologique au spéculum et toucher vaginal.

5.5.5 Fiabilité du geste par le médecin généraliste

Selon une étude française, prospective et multicentrique, observant 300 poses de DIU par 34 médecins généralistes, entre janvier 1991 et mars 1992(30), en cabinet :

La pose et la prise en charge du DIU sont réalisables en médecine omnipratricienne sans être délétères pour les patientes.

En effet, les résultats des délais d'exposition et apparitions de complications, ainsi que les pertes de vue, ont été comparables aux données de la littérature.

On a par ailleurs relevé un indice de Pearl à 0,51%.

5.5.6 Evolution de la formation du médecin généraliste à la pose du DIU

Un temps de travail, par la création d'un laboratoire de gestes techniques offert par le DMG, à Bordeaux, permet de s'exercer sur du matériel d'entraînement, à la pose de DIU, sous couvert d'un encadrement par un enseignant.

Il semble ne pas exister de temps propre à la formation au geste technique de pose, si ce n'est l'intérêt propre du médecin d'aller se former en service hospitalier.

Selon une thèse de médecine de 2012(31), la formation postuniversitaire favorisait 4 fois plus la pratique de la pose de DIU que la formation initiale seule.

Sans formation pratique, ce geste technique n'était pas adopté.

L'expérience de pose de DIU en SASPAS ou en service de gynécologie pendant l'internat ou l'externat semblait favoriser la pose ultérieure au cabinet.

Les formations post universitaires les plus efficaces étaient : l'auto-formation, le compagnonnage.

La pratique de la pose était favorisée en premier par l'expérience en situation réelle puis la simulation sur mannequin gynécologique

Selon S. Boucher, en 2016(32), la pose de DIU est acquise de façon significative uniquement en gynécologie ambulatoire.

6 DONNEES INCONNUES ET RENCONTRE AVEC LE SUJET DE THESE

6.1 Justification

Il semble que la médicalisation de la contraception ait concentré l'attention sur la maîtrise des cycles de la femme.

Aujourd'hui la France, conserve un problème de santé publique, qui est la stagnation de la prévalence d'IVG, contrastant avec une bonne couverture contraceptive de la population féminine.

Nous devons donc remettre en question la stratégie de contraception et la forte proportion de femmes sous pilule hormonale contraceptive.

Le DIU s'affirme en moyen de contraception fiable et de longue durée. Il est recommandé aujourd'hui en première intention (16), mais que très peu représenté dans la contraception française.

L'une des raisons majeures est la disparition des gynécologues pratiquant la pose, non compensée par des médecins généralistes peu friands de ce dispositif.

Travaillant en milieu semi-rural, et dans une zone privée de gynécologues en cabinet j'ai pu recevoir des dizaines de femmes perdues, ne sachant vers qui se retourner.

Elles se plaignaient de délais de rendez-vous trop longs chez les gynécologues mais également de problèmes d'accès en cas de situation d'urgence gynécologique.

Alors qu'il existe quelques données sur les réticences des médecins généralistes face à la pratique du DIU en cabinet ; Explications basées essentiellement, sur la peur des risques liés au DIU, le manque de temps et la prise de responsabilités trop importantes.

Alors que d'autres études menées auprès des patientes les disent mal informées et influencées par des croyances populaires sur le DIU, créant une éviction de ce contraceptif.

Il semble que les femmes ne sont pas non plus satisfaites, de la prise en charge de leurs contraceptifs et de la tolérance de ces traitements.

Par ailleurs une prescription abusive de pilules et un nombre stable d'IVG en France font émerger un souci, dans l'adaptation de la contraception chez les patientes ainsi que dans son utilisation.

Ce schéma de prescription (pilule puis DIU), répond majoritairement à une logique d'efficacité théorique maximale de la contraception.

On devrait prendre en compte la satisfaction et l'adéquation du mode de contraception à son utilisatrice, ce qui en faciliterait l'observance INPES.

Malheureusement, les trajectoires de vie, attentes et motivations des femmes, sont reléguées au second plan.

La lecture de la littérature n'a pas permis de connaître l'opinion des patientes qui ont effectivement eu recours à un médecin généraliste pour leurs DIU.

J'ai alors décidé de faire partie de ceux qui proposeraient un choix complet aux femmes pour leurs contraceptions.

J'ai pu voir la satisfaction des femmes et la reconnaissance, que leur confort soit enfin pris en compte.

Il m'est alors, apparu évident, de donner la parole aux femmes de mon territoire d'exercice, afin de comprendre comment et pourquoi, elles en étaient arrivées à consulter un médecin généraliste pour la pose de leurs DIU et ce qu'elles en pensaient.

Ceci était pour moi la troisième étape de la démarche EBM.

6.2 Hypothèse de départ

L'augmentation de l'utilisation du DIU (s'il peut intervenir en réponse au problème de régulation des grossesses), peut être obtenue par sa promotion en médecine générale, parce que les femmes sont satisfaites de recourir au médecin généraliste pour la pose et le suivi de ce dispositif, et qu'il tient une place de choix, pour les informer.

En effet ce praticien semble plus accessible que les gynécologues et avoir un lien médecin - patientes facilitant la pratique du dispositif.

6.3 Question de recherche

Et si le DIU était une solution à cette défaillance ? et si le premier acteur de soins primaires y avait un rôle principal ? toutes ces questions définissant la question de recherche :

Comment et pourquoi les femmes consultent un médecin généraliste pour la pose de leur DIU, en sont-elles satisfaites ?

6.4 Objectifs

L'objectif principal était de connaître les motivations et ressentis des femmes ayant eu l'expérience de la pose et du suivi de leurs DIU, par un médecin généraliste en cabinet de ville.

Dans **les objectifs secondaires**, il est apparu évident de contextualiser cette pratique, en s'intéressant au vécu gynécologique des femmes afin de connaître leurs parcours.

Compte tenu de ma pratique de la médecine générale en milieu semi-rural et des plaintes incessantes des patientes sur la pénurie de gynécologues libéraux, il semblait intéressant de connaître le ressenti de ces patientes sur la gynécologie en milieu hospitalier.

Il était également intéressant de faire le tour des obstacles à la consultation du médecin gynécologue.

6.5 Résultats attendus

- Comprendre les attentes féminines en matière de maîtrise de la fertilité.
- Comprendre leurs déceptions et leurs difficultés.
- Comprendre les déterminants de la prescription de contraceptifs et l'abondance de prescription de pilules.
- Comprendre leurs parcours jusqu'au DIU.
- Mettre en avant, le lien avec le médecin généraliste.
- Rappporter les attentes des femmes quant au rôle du médecin généraliste dans la promotion du DIU, à efficacité réelle plus importante que le moyen actuel le plus utilisé en France.
- Montrer la réalité de la gestion d'un DIU par un médecin généraliste et encourager la pratique professionnelle.
- Démontrer également le rôle fondamental de l'implication des généralistes, compte tenu des difficultés de consultation des gynécologues, indépendantes de leur volonté.
- Rappporter les ressentis des femmes quant au milieu hospitalier, pour la pratique gynécologique.
- Comprendre les failles de l'hôpital en la matière.
- Promouvoir une pratique en réponse à un problème de santé publique.

MATERIELS ET METHODES

1 METHODE QUALITATIVE

Nous avons choisi la méthode qualitative pour explorer ce sujet afin de confronter nos hypothèses sur une question précise à un comportement observé. Mais aussi en faire émerger de nouvelles.

Nous voulions aborder, les thèmes de ressentis et de motivations, qui sont propices à l'exposé de résultats, sous forme d'une description narrative.

L'objectif était ici, de traduire des émotions, d'interpréter les expériences et le contexte ayant amené à une prise de décision.

Il s'agissait également d'en déduire les conséquences.

C'était la méthode appropriée pour la description de phénomènes sociaux et l'analyse de perspectives individuelles.

2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

2.1 Sélection et recrutement

Le territoire exploré a été défini selon les limites départementales, du canton du Sud-Gironde (Annexe 2).

Tous les médecins généralistes libéraux, installés sur le territoire concerné, ont été appelés, pour connaître, leurs pratiques de pose du dispositif intra-utérin, en cabinet.

S'ils posaient des dispositifs intra-utérins, ils devaient définir une liste exhaustive des patientes concernées par cette pose durant la période d'étude.

Les médecins généralistes avaient deux choix, ils pouvaient contacter leurs patientes personnellement, pour leur demander l'autorisation de transmettre leurs coordonnées téléphoniques, ou nous transmettre directement leurs coordonnées.

Critères d'inclusion : Toutes les patientes ayant eu recours à une consultation de pose, de leurs dispositifs intra-utérins, par un médecin généraliste, en cabinet, à partir du premier janvier 2015 et ce, jusqu'au 31 août 2016, étaient concernées.

Ces patientes, devaient être domiciliées, dans le territoire d'étude, et/ou consulter dans un cabinet en faisant partie.

L'échantillonnage avait pour but, de définir la population concernée, les femmes en âge de procréer consultant pour la pose d'un DIU chez le généraliste.

Parmi toutes ces femmes, l'échantillon a été le plus hétérogène que possible, afin d'obtenir une variation maximale. Cette dernière portait sur le talon sociologique des patientes, leurs âges, catégories socioprofessionnelles, grossesses antérieures, parité, état civil, distance entre le domicile et le cabinet du généraliste.

Le nombre de médecins concernés étant très petit, il était difficile d'obtenir une variation importante, sur leurs propres caractéristiques.

Le premier contact avec les patientes, s'est fait par appel téléphonique ou lors d'une consultation au cabinet médical.

Nous y obtenions d'abord, un accord de principe de participation à l'étude.

Lors du premier contact, le thème général de leurs impressions sur la contraception, a été évoqué aux patientes, pour justifier l'étude.

Les modalités de rencontre pour les entretiens, ont été définies avec les patientes.

2.2 Recueil des caractéristiques des participantes.

Les caractéristiques des patientes étaient recueillies, en début d'entretien.

Elles étaient retranscrites, anonymisées et définissaient l'hétérogénéité de l'échantillon.

Elles portaient sur leurs caractéristiques socio-professionnelles et les données de sexe et tranches d'âges de leurs médecins généralistes.

Le niveau de formation gynécologique des médecins était également demandé, quand il était connu.

3 RECUEIL DE DONNEES

3.1 Entretiens individuels

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour favoriser la libre expression des participantes. Ils étaient individuels pour respecter la sphère intime de la question posée.

La thématique intime nous a fait opter pour la présence d'une enquêtrice seule à chaque entretien.

C'était l'étudiante responsable de la thèse.

3.2 Conditions de recueil

Lors du premier contact avec les patientes, celles-ci devaient choisir le lieu et la date de l'entretien à venir.

Cela permettait de les mettre à l'aise et de mener ces entretiens dans des conditions propices.

Au début de l'entretien du temps supplémentaire avait été prévu pour qu'elles prennent connaissance et qu'elles signent le formulaire de consentement écrit.

Un temps particulier était prévu pour expliquer l'anonymisation des données et la liberté pour elles, de se dégager de l'étude à tout moment et sans explications.

Je me suis présentée, en tant que prétendante au doctorat de médecine générale et leur ai dit quelques mots concernant le déroulement de l'entretien à suivre.

Les entretiens étaient enregistrés par deux moyens distincts et indépendants de transcriptions audios, un dictaphone numérique, ainsi qu'une application sur smartphone.

Pendant l'entretien des notes manuscrites étaient prises reflétant les données non verbales, tels que les expressions du visage et le ressenti global sur l'entretien.

Un guide d'entretien a pu être élaboré à partir des connaissances actuelles sur le sujet et des objectifs précis de la question de recherche.

Il se composait de questions ouvertes auxquelles étaient prévues, quelques questions de relance.

Des hypothèses, ont été faites, afin de pouvoir en dégager de grands thèmes.

En effet, nous avons imaginé que le choix de pose du DIU, par son médecin généraliste et le fait d'y accéder dans un cabinet de ville, avaient pu être influencés par :

- Un vécu gynécologique singulier,
- Des difficultés vis-à-vis des autres moyens de contraception classiquement utilisés en France,
- Un échec ou une difficulté dans la relation avec le gynécologue,
- Un privilège dû à la relation patients-médecin généraliste,
- Des ressentis négatifs, quant au milieu hospitalier ou au contraire positifs, quant au cabinet de ville.

4 ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été informatisé méticuleusement, via une retranscription manuscrite.

J'ai utilisé le logiciel de traitement de texte Word®.

L'analyse était inductive.

Premièrement, un codage manuel a été effectué.

Il était tout d'abord ouvert.

Il permettait à ce niveau de faire plusieurs relectures lentes et précises, de chaque entretien.

J'ai sélectionné des portions de texte, mots, phrases, paragraphes (les verbatims), reflétant une même idée.

Je leur ai créés, dans Word®, des commentaires.

Le commentaire était numéroté, et le texte sélectionné y était traduit en pensées.

Le codage était ainsi obtenu associant un numéro à une idée.

Ces verbatim ont ensuite été regroupés sous forme de catégories et de sous catégories, chacune faisant référence à nos grands thèmes.

Un double codage a ensuite été effectué par la directrice de thèse, afin d'en assurer la fiabilité.

Un codage axial a permis encore de mettre en évidence et de soulever l'influence de chaque catégorie entre elles et entre les différents entretiens.

Cette méthodologie a permis d'aboutir à la création d'une théorisation ancrée ou autrement dit la formulation d'hypothèses.

5 DECLARATION D'ETUDE

Compte tenu des questions intimes posées aux participantes, pouvant soulever des considérations éthiques et conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, une déclaration préalable d'étude a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL (Annexe 4)

RESULTATS

1 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Pour définir l'échantillon de l'étude un territoire a d'abord été circonscrit.

Il s'agissait de la limite géographique du canton du Sud-Gironde constitué de ses cinquante communes (Annexe 1).

Les pages jaunes de l'annuaire m'ont permis d'y répertorier les médecins généralistes installés en libéral.

Trente-neuf communes sont dépourvues de médecins généralistes.

Tableau 1. Répartition des 43 médecins sur 11 communes du territoire

Communes du SUD GIRONDE avec au moins un médecin généraliste	Distance de Langon en kms (Bureau centralisateur)	Nombre de médecins Généralistes installés
Langon	–	13
Toulenne	1,6	3
Sauternes	10	2
Castets en Dorthe	9,6	4
Roaillan	9,2	2
Villandraut	19	1
Uzeste	16	1
Bazas	16	10
Bernos Beaulac	24	1
Captieux	32	1
Grignols	27	5
		43

J'ai appelé chacun des cabinets médicaux et ai posé la question de la pratique de la pose de DIU.

Je me suis présenté comme une étudiante menant une thèse sur les DIU en médecine générale.

Sur les quarante-trois médecins contactés trois médecins ont déclaré poser des DIU en cabinet. Aucun n'avait de formation spécifique en gynécologie.

Il s'agissait d'une part, de deux femmes l'une de plus de 60 ans et l'autre d'une quarantaine d'années. Elles exerçaient au sein du même cabinet de groupe à Langon.

Le troisième était un homme de 64 ans exerçant dans un cabinet de deux médecins à Toulence.

Un quatrième médecin a été inclus. Il s'agissait de moi une femme de 30 ans.

Je travaillais en tant que remplaçante régulière et fixe, de deux cabinets du territoire concerné. Je n'avais aucune formation spécifique en gynécologie.

Un des médecins contactés m'avait fait part d'un projet d'installation d'une consœur, qui en poserait dans les mois à venir, dans la ville de Bernos-Beaulac.

Trois médecins ont déclaré avoir arrêté d'en poser depuis plusieurs années. Ils ont évoqué brièvement, le manque de temps et un geste risqué.

J'ai demandé aux trois médecins « poseurs », de me lister le nombre de patientes vues, pour pose de DIU, dans la période cible.

Un médecin n'avait pas posé de DIU entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 AOÛT 2016. Ses patientes ont été exclues.

Sur les deux médecins restants la femme a posé trois DIU dans la période.

Elle était le médecin traitant à chaque fois.

Il n'existe pas de données sur ses consultations soldées par un échec de pose.

L'homme quant à lui en a posé six. Il ne déclare aucun échec de pose.

Il était également le médecin traitant à chaque fois.

J'ai inclus dans l'étude les patientes que j'ai reçues.

Pour la période concernée, j'ai rencontré quinze femmes pour une consultation de pose d'un DIU.

Elles avaient, soit été adressées par leurs médecins traitants que je remplaçais, ou étaient venues par le bouche-à-oreille.

Au total elles provenaient de quatre patientes différentes.

Deux consultations se sont soldées par un échec de pose.

Dans le canton du Sud-Gironde, 24 patientes ont eu une consultation de pose d'un DIU, dans le cabinet d'un médecin généraliste, sur une période de 20 mois. 22 poses de DIU ont été effectives.

Une fois les patientes listées, deux manières différentes permettaient de les recruter.

Soit, je les voyais en consultation et leur demandais un accord verbal de principe.

Le sujet de la thèse était alors vaguement énoncé, il était dit qu'on parlerait de contraception.

Soit, elles étaient contactées par téléphone.

Nous convenions alors dans tous les cas du lieu et de la date de la future rencontre.

Aucune patiente sollicitée n'a refusé sa participation à l'étude.

Les entretiens ont été menés au fur et à mesure, par ordre chronologique des disponibilités de chacune.

Ils ont été arrêtés, quand aucune nouvelle idée n'apparaissait plus. Cela a défini la saturation des données.

Finalement onze femmes ont été interrogées.

2 GUIDE D'ENTRETIEN

Afin de répondre à la problématique de l'étude le guide d'entretien a été établi selon quatre grands thèmes.

Tout d'abord des questions sur le vécu gynécologique des patientes, puis sur le relationnel de celles-ci avec les professionnels médicaux, les ressentis et motivations de chacune pour la pose et le suivi de leurs DIU par un médecin généraliste en cabinet de ville, et il s'agissait de terminer sur les avis concernant les différences ville/hôpital.

Les deux premiers entretiens ont été les entretiens tests.

Ils ont permis d'adapter les questions du guide et leurs données ont pu être analysées également.

Les modifications du guide au fur et à mesure de l'avancée de l'étude concernaient essentiellement de la reformulation de texte, mais aussi des questions émergentes paraissant importantes pour la question de l'étude.

3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Les 11 patientes interrogées avaient des caractéristiques socio-professionnelles variées ce qui nous a permis d'obtenir un échantillon de bonne qualité, car hétérogène.

Tableau 2. Caractéristiques des patientes.

	AGE (ans)	DATE DE POSE DIU (étudié)	PARITE (GxPx*)	ETAT CIVIL	PROFESSION	Domicile
E1	34	03/08/2016	G2P2	mariée	Professeure de technologie	Equateur (Originaire de 33210 Toulonne)
E2	23	23/09/2015	G0P0	En couple	Ingénieure en logistique	33210 Toulonne (prochainement tokyo)
E3	42	Jamais posé	G3P1	mariée	Chargée d'affaires dans les énergies renouvelables	33210 Sauternes
E4	24	01/04/2016	G1P1	Conc.*	Maman au foyer (a été aide à domicile)	33210 Saint Macaire
E5	19	15/02/2016	G1P0	Céliba- -taire	Etudiante en DUT	Etudiante à Angoulême et parents à Toulonne
E6	49	01/07/2015	G1P1	Conc.	cuisinière	33690 MARIONS
E7	22	09/02/2015	G0P0	En couple	Etudiante en master 2 communication publique et politique	Etudiante à bordeaux, parents à Castets en dorthe.
E8	46	22/07/2015	G5P3	Divor.*	Auxiliaire de vie	33210 Toulonne
E9	37	18/04/2015	G3P3	mariée	Secrétaire médicale dans un cabinet ORL.	33210 Toulonne
E10	25	13/07/2016	G1P1	pacsée	VRP représentant commercial salarié	33210 Sauternes
E11	44	11/05/2016	G1P1	Conc.	Secrétaire artisan serrurier	33210 Toulonne

*La gestité est exprimée en G, c'est-à-dire le nombre de grossesses antérieures et P, le nombre d'enfants nés et vivants.

*conc. : vie en concubinage

*divor. : Divorcée

3.1 Age

L'âge moyen de ces femmes était de 33 ans.

Il est comparable à l'âge médian de cet échantillon qui est de 34 ans.

Les deux tranches d'âges les plus représentées, sont les 20-24 ans et les 35-44 ans.

Chacune 27%, soit un peu plus de la moitié de l'échantillon.

3.2 Parité

L'échantillon analysé était constitué de 3 femmes nullipares 5 primipares et 3 multipares.

3.3 État civil

Toutes les femmes étaient en couple mariée ou non, sauf une, célibataire sans engagement.

3.4 Catégories professionnelles

Il existait également une diversité dans le niveau d'étude.

Cinq femmes exerçaient déjà ou étaient en cours d'étude, pour exercer la fonction de cadre.

Quatre femmes faisaient partie de la catégorie des « employés ».

Une femme était de la catégorie ouvrière/ technicienne.

La dernière était sans emploi.

3.5 Distance par rapport au cabinet du médecin généraliste

Les femmes interrogées venaient toutes du canton du Sud-Gironde.

Elles avaient presque toutes consulté également un médecin de ce canton.

Une seule femme avait consulté dans le canton limitrophe les landes des graves, pour la pose de son DIU.

Neuf femmes vivaient à dix kilomètres au plus du cabinet de leurs médecins généralistes.
Parmi elles, six étaient à moins de cinq kilomètres.

Une femme était expatriée en Amérique du sud. Elle était originaire du Sud-Gironde et y revenait en vacances.

Celle-ci se plaignait de la complexité du suivi dans son pays d'accueil.

Elle souffrait d'un manque de confiance ambiant sur la qualité des médecins, dû à l'absence de formation médicale initiale légalisée ;

E1 : « ... à l'étranger par rapport à en France, c'est là, ce qui manque, c'est euh la confiance qu'on peut avoir dans le corps médical... c'est dû à la formation universitaire qui n'est pas uniformisée euh... c'est dû aussi au fait que les universités délivrent aussi des diplômes non validés par l'état et euh enfin ou pseudo validés... »

La dernière habitait à trente kilomètres du cabinet de son médecin.

3.6 Caractéristiques des médecins généralistes

Dans cette étude qui portait sur le dernier DIU posé, pour chaque femme, par un médecin généraliste on a pu définir, deux profils différents de médecins.

L'un des médecins « poseurs » est un médecin de sexe masculin de 64 ans envisageant la retraite dans un délai proche.

Ce médecin exerçait en association avec un jeune médecin femme, ne pratiquant pas la pose du DIU. Il était installé dans un cabinet à cinq minutes de Langon.

Trois participantes aux entretiens l'ont consulté pour la pose de leurs DIU.

Il était leur médecin traitant.

J'étais le deuxième médecin généraliste, de sexe féminin et âgée de 30 ans.

J'exerçais en tant que remplaçante régulière, dans les cabinets médicaux où j'ai effectué les poses de DIU. Ces cabinets étaient à cinq et dix minutes de Langon.

Ma première pose de DIU incluse à l'étude, a eu lieu sept mois après le début du dit remplacement. Ce qui correspondait également à la fin de mon internat.

Sur les onze femmes interrogées, huit femmes ont choisi de me consulter.

Elles faisaient partie, de trois patientèles médicales différentes.

Leurs médecins traitants étaient donc à chaque fois, des médecins que je remplaçais régulièrement.

Parmi elles une seule avait un médecin traitant qui posait des DIU. C'était un homme.

Les autres avaient des médecins généralistes qui n'en posaient pas.

Aucun de nous n'avait de formation spécifique en gynécologie.

4. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

Période d'inclusion : Les entretiens ont été menés du 23 août 2016 au 1^{er} février 2017.

Le dernier entretien du 01/02/2017, a été mené, pour s'assurer qu'aucune donnée nouvelle n'apparaîtrait.

Les patientes ont pour dix d'entre elles choisies que l'on se rencontre au cabinet même, de leurs médecins traitants.

Les créneaux de rencontres étaient libérés en conséquence et les secrétaires quand il y en avait, étaient prévenues de ne pas déranger.

Autant que possible, des infusions ou un café étaient proposés aux patientes pour obtenir leur bien-être.

Une seule patiente a fait le choix de me rencontrer à l'extérieur.

Nous nous sommes alors vues, dans un café de Langon, à heures creuses, afin de ne pas être dérangées.

Consentement écrit : Quand elles arrivaient, un formulaire de consentement écrit détaillant l'objet précis de l'étude leur était soumis.

Elles devaient le lire attentivement le signer et en garder un exemplaire.

Il expliquait les modalités de l'anonymat et de l'enregistrement audio.

Il leur assurait, de pouvoir se retirer à tout moment de l'étude et sans justification.

Mon identité ainsi que celle de la directrice de thèse y étaient notifiées.

Le travail de thèse en vue de l'obtention du doctorat de médecine générale, y était noté.

Le sujet de la contraception avait l'air de les intéresser toutes.

Elles exprimaient le fait de se sentir concernées.

Une gêne dans les premières minutes a été relevée, juste après la lecture du consentement et au moment où les enregistrements étaient lancés.

Elles peinaient beaucoup à parler à voix haute et j'ai ressenti presque à chaque fois qu'elles étaient perdues dès la première question.

Ce qui a valu d'en modifier la formulation souvent alors que ça ne se reproduisait plus sur les questions d'après.

J'ai alors compris que la question du vécu gynécologique ne faisait pas toujours appel à quelque chose de précis pour elles. Il y avait aussi souvent des mauvais souvenirs associés.

Tableau 3. Durée des entretiens

	Durée des entretiens	Date
E1	1 heure 16 minutes 32 secondes	23/08/2016
E2	52 minutes 40 secondes	23/09/2016
E3	58 minutes 6 secondes	19/10/2016
E4	42 minutes 53 secondes	20/10/2016
E5	1 heure 18 minutes 48 secondes	25/10/2016
E6	40 minutes 29 secondes	27/10/2016
E7	54 minutes 16 secondes	31/10/2016
E8	45 minutes 10 secondes	02/11/2016
E9	44 minutes 30 secondes	09/11/2016
E10	35 minutes 16 secondes	09/11/2016
E11	42 minutes	09/02/2017

La durée moyenne des entretiens, était de 51 minutes et 25 secondes.

Le plus long a duré, 1 heure 18 minutes et 48 secondes.

Le plus court, 35 minutes et 16 secondes.

5 ANALYSE DES DONNEES

5.1 Importance du vécu gynécologique des patientes

5.1.1 Représentations personnelles de la gynécologie

Lorsque l'on commence à évoquer la gynécologie avec les patientes, celles-ci présentent une minute de gêne. Il est délicat pour elles d'en parler (E4,8,6).

Elles s'expriment vite autour du fait que c'est un sujet personnel et intime (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

Il leur faut un peu de temps et puis doucement des idées redondantes semblent émerger.

Dans un premier temps, c'est pour elles, une contrainte obligatoire, cette discipline fait partie du suivi normal de la femme (E4,2,3).

E3 : « je suis obligée d'y aller donc j'y vais, je n'ai pas conscience que c'est quelque chose qui est vraiment important »

Ce n'est pas un domaine que les femmes apprécient effectuer en suivi. (E4,8,1,3).

E1 : « ce n'est jamais une partie de plaisir »

D'ailleurs, elles ne considèrent pas avoir un suivi gynécologique correct. (E1,3,7,8).

Pour autant, elles se rejoignent autour de la représentation psychique d'un domaine médical fermé, obscur, dont l'accès leur semble difficile.

Elles souhaiteraient vivement que cette spécialité soit rendue abordable afin de pouvoir y être familiarisées dès le plus jeune âge.

Cela leur permettrait de dédramatiser et de populariser le recours (E2,8).

A l'âge de l'adolescence, elles ressentent une pression particulière des adultes puis de la société et même de certains interlocuteurs médicaux.

Elles déplorent le fait que la contrainte de la responsabilité de la sexualité et de la contraception, soit appliquée envers la fille uniquement.

Elles pensent le garçon, autant concerné.

Elles notent une exclusion masculine à ce sujet.

Par la suite, elles déplorent, l'absence d'implication du père de famille, dans ces sujets de vie. (E3, 11,2,5,8,7).

Elles se sentent également passives, dans la prise en charge de leur propre suivi gynécologique.

Elles regrettent une carence en explications de leur propre fonctionnement physiologique et des mécanismes de la sexualité de la fécondité et de la contraception.

Elles expriment l'envie d'être plus actrices afin d'optimiser la compréhension de leur propre corps et de pouvoir en maîtriser les aléas (E3,5,7).

Ceci prend une importance capitale quand l'on constate que l'information délivrée est au cœur de leurs représentations en gynécologie.

5.1.1.1 Définition anatomique de la gynécologie

D'abord l'image de leur corps très souvent altérée. Tellement de schémas imaginés et de comparaisons farfelues. Elles décrivent, ces parties invisibles de la femme, leurs jardins secrets où elles ne donnent pas accès à n'importe qui (E5, 11).

Elles se font des idées et concepts élaborés depuis leur apprentissage scolaire de l'appareil génital féminin (E5).

Pour elles la gynécologie c'est l'appareil génital (E5,11,8).

5.1.1.2 Association de la gynécologie à l'idée d'examen clinique

Très vite, le thème de la gynécologie, évoque en elles l'idée de l'examen clinique (E5).

La mise en place du spéculum est pour elles l'introduction d'un corps étranger.

Elles se remémorent l'époque du premier examen gynécologique et avouent avoir redouté cette étape par peur d'avoir mal (E5).

Cette première consultation a donc été reculée pour échapper à l'examen clinique. C'est un temps fortement marqué par un ressenti douloureux. Cette idée est véhiculée par les filles d'une même famille ou entre amies en milieu scolaire.

Le deuxième temps de cet examen clinique est le ressenti de pudeur puisqu'il nécessite de dévoiler sa nudité au praticien (E4, 1,6,7,8,9,11).

5.1.1.3 Association de la gynécologie au médecin spécialiste

Spontanément, elles évoquent ensuite le gynécologue, qui est leur premier contact à la spécialité (E3,1,2, 5,8,9,10,11).

5.1.1.4 Attentes vis-à-vis du suivi gynécologique

Pour les femmes, on consulte en gynécologie pour divers motifs mais ce qui est important en les entendant c'est qu'elles n'identifient jamais de référents dans leurs attentes.

Elles parlent de « on » et peuvent à la fois penser à l'infirmière scolaire, aux médecins, aux parents et même jusqu'au système de prévention et d'information nationale par les publicités de santé (E7,2,1,3).

E3 : « c'est peut-être aussi un travail de groupe et un travail tous ensemble à faire aussi quoi, je ne sais pas si quelqu'un peut avoir le rôle défini pour »

E7 : « je me vois encore des fois, le dimanche appeler le numéro gratuit où on peut poser des questions par rapport aux pilules »

En clair, elles attendent de la prévention des risques, par l'information, du suivi et de la gestion de la sexualité à travers la contraception (E1, 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)

Elles sont finalement assez confuses dans la précision de ces attentes. Leurs propos ne permettent pas de faire émerger, qui, quand, comment.

Le thème dominant reste quand même la sexualité.

La gynécologie est pour elles, l'étape qui va décider de la conformité de leur corps au démarrage de leur vie sexuelle (E5).

Elles évoquent le suivi de grossesse (E4).

Elles font également allusion, au suivi mammaire (E7,11,1).

Elles en attendent également le dépistage par le frottis cervico vaginal (E6,8,3,1).

5.1.2 Les fondamentaux pour un bon suivi gynécologique

Tout d'abord, les femmes ont besoin de bien-être, afin de vivre un bon suivi gynécologique (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

5.1.2.1 Un examinateur familial

Cela commence par le choix de l'examineur qui doit de principe être familial.

Elles auront donc une préférence pour le médecin généraliste de la famille.

Si elles se dirigent vers un spécialiste, c'est le gynécologue de leurs mères ou celui de leurs sœurs (E4,2,5,7,8,9,10).

Pour elles, c'est une sécurité de prise en charge mais aussi une façon de laisser entrer un étranger plus facilement dans leur intimité.

E4 : « [...] le médecin accoucheur de ma mère, et de ma sœur. (Sourires) on l'a eu de famille en famille [...] j'y tenais vraiment à cœur comme ma sœur aussi, parce qu'étant donné qu'on est aussi pudique toutes les trois et bien, le fait d'avoir eu les mêmes renseignements et le médecin accoucheur [...] »

Pour un bon suivi gynécologique, les femmes ont besoin du lien créé avec le médecin et de se sentir unique car ça touche à leur intimité qu'elles souhaitent préserver.

5.1.2.2 Influence du sexe du médecin

La majorité des femmes ne s'oppose pas strictement à ce qu'un homme les examine en gynécologie. Mais elles s'estiment plus à l'aise avec une femme, pour des raisons de pudeur (E5,1,3,11,7,10).

*E1 : « je pense que ça n'intervient pas particulièrement »
« Si j'avais de l'inconnu j'opterais plus pour une femme »
« C'est surtout une question de compétences et de personnalité »*

Peu ont tout de même reconnu préférer les hommes, car elles leur attribuent des qualités de délicatesse et de douceur pendant la pratique des gestes gynécologiques.

Leurs expériences leur permettent de dire, qu'ils se soucient davantage que les femmes, de la douleur des patientes.

Elles justifient ce constat, en imaginant que cela est dû au fait, que justement, ils n'aient pas d'attributs féminins (E4,6).

E4 : « je préfère que ce soit un homme, car euh... même mon médecin accoucheur était un homme car déjà ils sont plus doux et plus expressif. Et je pense que comme ils ne sont pas femme, ils n'ont pas le corps d'une femme (rires), ils prennent plus le temps de bien nous renseigner »

Parfois il est impossible pour elles de se laisser examiner, en gynécologie, par un homme (E8,2,9).

Elles peuvent interrompre le suivi, parce que le médecin le plus accessible au moment donné, est un homme (E8).

5.1.2.3 Une position d'examen préservant la pudeur

En gynécologie, les différentes positions d'examen clinique possibles, sont méconnues.

Elles ont toutes été examinées en décubitus strict, tous praticiens confondus, les pieds dans les étriers ou non (E1,2, 3,4,5,6,7,8,9,10,11).

Elles expriment une pudeur certaine dans cette position et quelques-unes ont évoqué l'envie d'avoir un drap d'examen posé sur les jambes et un endroit bien spécifique pour poser leurs affaires (E1, 9).

Un ouvrage ouvert au grand public a permis à l'une d'entre elles de connaître la position gynécologique en décubitus latéral, il s'avère que cette position pourrait améliorer le ressenti de pudeur (E1).

5.1.2.4 Intérêt de l'ergonomie du cabinet médical

Les femmes ont besoin de bien-être dans le cabinet médical où elles seront examinées. Pour contribuer à son bien-être une d'entre elles a souhaité la diffusion d'un fond sonore musical (E8).

Elles prêtent attention aux conditions d'hygiène (E4,5,8).

Et ont une vision matérielle du cabinet médical, à savoir le fait que le médecin possède un équipement spécifique à la pratique de la gynécologie, celui pour les frottis, des spéculums, celui adapté à la pose du DIU (E5, 4,1).

Mais également que l'espace réservé à l'examen clinique soit efficacement séparé de celui réservé à l'entretien verbal (E1).

E1 : « il y a une séparation chez monsieur L. entre le cabinet et l'examen ... pour moi c'est important. »

Elles apprécient également le réglage d'une température optimale dans la pièce d'examen (E1,8).

Le cabinet doit également pouvoir offrir un calme minimum et elles souhaiteraient ne pas être interrompues par une sonnerie de téléphone (E7,6).

E7 : « j'étais un peu à vif et tout c'est que son téléphone il sonnait, et que L. il est trop peut-être gentil, ou je ne sais pas si c'est de la gentillesse, ou il est trop, je ne sais pas, il répond toujours à son téléphone »

5.1.2.5 Besoin d'une prise en charge pluri professionnelle

Elles souhaiteraient un réseau, un type de transmission d'informations entre le médecin généraliste et le gynécologue pour qu'ils prennent des décisions collégiales, dans le but de leur assurer un meilleur suivi (E5,3).

Elles mettent l'accent sur le besoin de ressentir le médecin assurant leur suivi très disponible, pour aborder ce domaine (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

5.1.3 Rôle des affects en gynécologie

Il apparaît que le conditionnement psychologique, mais aussi le niveau de maturité, influencent la vision des femmes de la gynécologie et donc leurs ressentis (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

E1 : « je pense qu'au fur et à mesure du temps on est plus maître de ce qu'on veut de ce qu'on ne veut pas »

Elles abordent presque systématiquement le vécu d'autrui en particulier celui de leur mère pour exprimer leur propre vécu.

Tout comme si elles faisaient un transfert d'émotions (E1,2,4,5,10).

E5 : « parce qu'en fait mes sœurs et ma mère disent toujours, ça m'a fait mal donc en fait j'ai juste eu cette idée de « ça doit faire mal » »

E1 : « je savais que ça existait par ma mère. »

Cet état psychologique va également avoir une incidence sur le début de leur sexualité et il est nécessaire qu'elles soient dans un bon état d'esprit pour leur premier examen gynécologique (E3,5).

5.1.4 Eléments perturbateurs du suivi gynécologique

5.1.4.1 Influence des facteurs socio culturels

Les évènements de vie agissent en perturbateurs du suivi gynécologique de la femme.

Ainsi une séparation amoureuse peut être un obstacle au suivi et en particulier à l'examen clinique (E5).

E5 : « [...] je sais que ma mère quand elle allait voir un gynécologue, après par exemple son divorce d'avec mon père, il paraît que le gynécologue, les médecins, n'arrivaient pas à juste rentrer l'appareil, parce qu'elle était fermée et c'était juste psychologique en fait. »

Elles peuvent aussi évoquer l'influence de la religion dans une prise de décision importante (E5).

E5 : « [...] ma mère est très croyante et donc pour elle c'est un cadeau de dieu qu'il ne faut pas enlever enfin, certes, même si ça arrive tôt, on prend sur soi on le garde, et après au pire on trouve d'autres solutions »

Ou encore l'influence de la culture et des origines dans le défaut de transmission familiale.

E9 : « Ma mère est d'origine marocaine et du coup quand j'ai été réglée à onze ans, la seule chose qu'on m'est dite c'est « attention avec les garçons » et c'est tout. »

5.1.4.2 Défaut de la transmission familiale en gynécologie

Il apparaît existé une carence énorme en ce qui concerne la transmission familiale en gynécologie (E3,5,6,7,8,9,11).

E3 : « avant d'éduquer nos ados, il faut revoir l'éducation des parents à ce niveau-là quoi et faut arrêter d'éduquer nos ados dans l'interdit, dans la répression, dans la sanction »

Sur ces sujets encore très tabous dans tous les foyers et toutes générations confondues la communication est soit très limitée soit inexistante (E11, 6, 9, 8, 7, 5, 4,3).

E11 : « et bien on ne l'abordait pas du tout ! On ne parlait pas de ça à la maison ! On ne parle de rien en famille ! Maman est quelqu'un qui ne parlait pas beaucoup et j'apprenais les choses quand elles arrivaient. Un jour j'ai saigné, j'étais complètement paniquée et j'ai été voir ma mère elle m'a dit voilà ben c'est ça, bon ben t'as des protections là et puis c'est tout. Et après j'ai eu mes rapports très tard à 18 ans et j'en parlais plutôt entre copines. »

E6 : OH ! non en famille, on en parlait pas c'était tabou !

[...] disons qu'à seize ans, j'avais des problèmes, je souffrais du bas ventre et je n'avais toujours pas mes règles et il a fallu qu'un jour je sois vraiment malade, enfin à ne pas pouvoir me lever du lit, pour que ma mère justement, s'intéresse à la chose et elle m'a envoyée chez le médecin et puis lui justement, m'a envoyée chez le gynéco pensant que c'était les ovaires, n'ayant pas mes règles, autrement jamais elle ne s'était inquiétée de savoir si j'avais mes règles ou pas !

Le rôle du père est très minimaliste puisque la discussion est considérée comme nulle et impossible avec le chef de famille, entièrement à l'écart de ces questions. Il semble qu'il soit vu soit comme un ignorant ou parfois gêné par l'obstacle de pudeur (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

Il s'agit presque d'un sujet féminin puisque même lorsqu'il s'agit des frères, les femmes avouent ne pas avoir ce type de discussion avec eux (E8).

Cette carence est comblée par la communication entre sœurs ou entre amies de l'école (E6, 5,2,11).

La mère a l'air de tenir le rôle principal au sein du noyau familial et assure une information minimum. Elle informe en fait surtout sur les risques liés à la sexualité et donc aux garçons et à la priorité, pour la jeune fille, à donner aux études (E4,5,2,8).

Parfois la mère ouvre grand le dialogue, à ce moment elle constitue un vrai pilier pour les femmes qui affirment pouvoir se tourner vers elle, quand elles ont une question (E1,10, 2,8,3).

E1 : « elle disait « n'y a pas de tabou » quoi, qu'on peut poser des questions »

« Ça m'a aidé énormément, j'ai pu aller voir une gynécologue justement avant mes premiers rapports »

On finit par se rendre compte, que seules des informations négatives sont véhiculées, comme si tout ceci n'était qu'une histoire empreinte de problèmes et les notions de plaisir ne sont jamais évoquées (E5, 11, 8, 9,3).

La mère accompagne souvent sa fille pour le premier examen gynécologique (E2,5,6,7,8,10,11).

C'est ainsi qu'en l'absence de référent identifié, les croyances populaires circulent vite en gynécologie.

Il est donc évident que tout ceci perturbe le suivi gynécologique.

Les femmes ont quasiment toutes fait le constat de ce qui a été leurs propres carences en matière de transmission familiale en gynécologie.

Elles admettent toutes ne pas vouloir, reproduire ce schéma avec leurs enfants.

Elles expliquent mettre un point d'honneur pour que l'on puisse parler de tout à la maison.

Elles projettent, si ce n'est déjà fait pour certaines, d'amener leurs enfants pour une consultation spécifique en ce sens au moment de la pré-puberté (E4,8,9).

5.1.4.3 Influence de l'entourage

En découle donc directement toutes ces croyances populaires issues de l'entourage le plus souvent aussi mal informé.

La mère a une influence importante, elle conseille ou déconseille selon son expérience personnelle. C'est ainsi que seront choisis le praticien et le premier moyen de contraception.

La parole du médecin a une place importante pour les femmes, le plus souvent il choisit seul la contraception qu'il prescrira à sa patiente et qu'elle prendra sans presque jamais de remise en question.

5.1.4.4 La peur d'avoir mal

Là encore un obstacle au suivi, cette peur d'avoir mal.

La gynécologie fait mal.

C'est un ressenti qu'elles conservent toute leur vie et qui est un frein réel au suivi et à l'évolution entre les différentes méthodes contraceptives.

5.1.4.5 La méconnaissance du système de soins

On constate que le système de soins est une grande inconnue pour les femmes.

Certaines évoquent encore l'obligation pour la femme de consulter son médecin traitant avant de pouvoir visiter un gynécologue (E7).

Aucune n'évoque le rôle de la sage-femme dans la contraception.

La formation médicale des omnipraticiens leur est complètement inconnue, elles ignorent l'existence et la qualité de la formation en gynécologie de leur médecin généraliste.

Il existe un groupe qui suppose que des diplômes supplémentaires, doivent être obligatoires, pour qu'un médecin généraliste puisse pratiquer des actes gynécologiques au sein de son cabinet (E1,11,6,7).

Elles pensent que ça ne concerne pas forcément la pose de DIU qui leur semble facile (E1).

L'autre groupe dit au contraire, que tout médecin est probablement apte à poser un DIU et qu'il s'agit probablement d'un choix personnel de leur part d'y adhérer ou non (E2,4,5,8,9,10).

Elles ne ressentent pas le besoin de s'informer sur les acquis du praticien. Elles lui font simplement confiance quand il dit qu'il peut poser des DIU (E2,4,5,6,8,9).

Le centre de planification est souvent évoqué.

Il reste un recours facile, quand les femmes sont isolées.

Elles y pensent à tout âge.

5.1.5 Difficultés majeures à l'adolescence

La période de l'adolescence a pris une place spontanément grande dans tous les entretiens.

Période de confusion et d'ambivalence, où se mêlent l'envie d'être « grands » et la réalité de l'immatunité. (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,11).

C'est un moment où il semble que l'accent est bien mis sur les risques liés à la sexualité, les maladies, les grossesses non désirées. (E1,2,3,5,6,7,8,9,10,11).

Elles identifient surtout les cours de prévention scolaire (E1,2,5).

C'est un moment où pèse une lourde responsabilité sur les épaules de jeunes à la recherche de plaisir et d'interdits et confrontés à des problèmes d'adultes (E3,5,6,7,8).

Elles ont eu un sentiment de solitude. Elles se sont senties jugées, incomprises et parfois honteuses des parents, mais aussi du monde médical (E5,7,3,6,7,8,9,11).

E3 : « on est seul, on est des bébés et tout d'un coup y a un chamboulement et ben il n'y a personne pour nous expliquer et même si t'y penses c'est honteux. Donc euh la solitude je dirais. »

Elles, parce qu'à l'évidence, le rôle des garçons, tout aussi responsables qu'elles, dans ce début de leur vie sexuelle, est très minoré.

A ce sujet, elles appellent à une plus grande implication du sexe opposé et pensent qu'une stratégie d'informations à la population masculine manque (E3,2,11).

Celles étant elles-mêmes mère de garçons parlent de ne pas reproduire ce schéma (E2, 3, 11).

E2 : « c'est un peu un truc mystique aussi, parce que c'est réservé qu'aux femmes et moi je trouve que ce serait une bonne idée que les garçons aient droit aussi à leur rendez-vous d'informations, parce que c'est vrai que voilà, le rapport sexuel ça concerne les deux »

Beaucoup de peur et donc de cachoteries, expliquent que les femmes ne se confient aux adultes, que très rarement aux débuts des rapports sexuels (E3,5,6,7,8,11).

La contraception des premiers rapports est en règle générale le préservatif. Elles confient l'abandon rapide de ce dernier au profit de rien (E5,6,8).

En fait, elles ignorent beaucoup de choses et ne sont pas préparées et finalement c'est souvent un moment de déception et de solitude encore plus grande (E8,5,3,7).

Elles se considèrent à cette époque comme des jeunes indisciplinées et entêtées.

Elles pensent souhaitable que la demande de prise en mains médicale, vienne quand même de l'adolescent et de personne d'autre, car il a besoin selon elles, d'être prêt à la discussion (E2,5,7).

Par ailleurs, il semble qu'il doive décider de l'intervenant adéquat, seul (E5).

Ceci est assez ambivalent puisqu'il existe manifestement un manque réel de confiance de cette population de personnes et de méfiance par rapport au monde adulte.

C'est aussi le moment du premier rapport sexuel qui semble-t-il suit plus une « mode » qu'un réel désir, et les femmes ne s'y sont pas senties prêtes (E8, 5,7).

Il semble que l'image de l'infirmière scolaire à cet âge se rapproche le plus de leurs attentes, disponible dans leur quotidien et proche d'eux (E5,7).

Elle peut être une écoute (E5) ou une accompagnatrice (E7).

Il semble que le milieu médical soit insuffisant dans la prévention de l'adolescent (E1,3).

E1 : « on ressort toujours avec des questions en tête et il faut aller chercher l'information et on n'a pas le temps [...], ça prendrait beaucoup plus de temps surtout à ces âges-là »

5.1.5.1 Ressentis sur la prévention et l'information

Les femmes semblent assez satisfaites des informations de prévention entendues (E2,4,5,8,9,10,11).

Elles évoquent l'émergence de prévention médiatisée et de campagnes télévisées (E6).

Elles prennent le temps de lire les brochures de prévention à leur disposition (E2).

Certaines avouent rechercher l'information sur les sites internet (E2, 1).

Elles prennent de toute évidence des initiatives de recherche d'informations.

E1 : « au niveau de l'offre information sur internet, les sites spécialisés c'est quand même assez, y a quand même beaucoup d'informations »

Elles pensent que le problème n'est pas tant dans le manque d'informations, que dans l'instabilité et l'immatunité de ceux qui l'entendent (E8,5).

Il semble qu'à l'adolescence ce soit un souci de manque de confiance en les adultes (E5) parce que l'information de prévention est dite répétitive.

L'une des femmes évoque comme moyen de prévention, l'instauration d'une contraception obligatoire. Il lui semble que l'âge de quinze ans, serait le moment charnière pour prescrire automatiquement la pilule aux jeunes filles (E8).

Il apparaît que certaines informations données par les formateurs en milieu scolaire soient erronées ou à vérifier en tout cas (E5).

L'initiation à la gynécologie ne se fait pas dans les meilleures conditions. Les sujets de la sexualité et de la contraception restent tabous au sein des familles. La transmission familiale fait défaut et à tendance à porter sur les aspects négatifs de la sexualité. Cette situation, associée à un sentiment d'insuffisance en milieu scolaire, plonge l'adolescente dans un tourment psychologique et des situations de solitude. En même temps, les premiers rapports sexuels débutent chez ces jeunes insouciants et méfiants des informations données par les adultes. L'impression de jugement est un frein à leurs communications. Les croyances populaires en gynécologie et le ressenti douloureux constituent des situations d'échec des consultations de cette population. L'utilisation du préservatif et son abandon rapide ou la mauvaise utilisation de la pilule entraînent l'apparition de risques de maladies et de grossesses non voulues. La pression sur la fille est un fardeau, avec des responsabilités lourdes, l'enjeu est conséquent avec une pression des adultes sur la réussite professionnelle. Le garçon semble tenu à l'écart. Au total, les jeunes s'enferment dans des mensonges et cachoteries et doivent faire face à des situations graves, seuls. Ce vécu marquera pour toujours la suite de leurs vies gynécologiques.

5.1.6 Evolution du parcours contraceptif

5.1.6.1 Evolution des moyens de contraception dans le temps

- La première contraception

Les femmes sont peu à évoquer le préservatif comme premier contraceptif. (E5,8).

Il s'avère que cela est peut-être dû, à un problème générationnel (E3).

E3 : « tout début des années 90 même, un petit peu avant donc pas trop de SIDA, pas trop de prévention sur le préservatif »

La contraception médicamenteuse est presque toujours demandée par la fille et sa mère, au moment des premières règles (E1,2,3,4,5,10).

Elle intervient dans le cadre d'une consultation en faveur du gynécologue, plus que du médecin généraliste (E1,2,5,6,8,9,10,3).

En général, on n'y parle pas de sexualité pour justifier la demande, mais d'un besoin de réguler les cycles ou de régler un problème d'acné (E6,4,11).

Les femmes sont demandeuses et le médecin exécuteur.

Elles parlent de consultation de routine, où l'on évoque simplement et uniquement sans trop d'explications, la prise d'une pilule comme premier moyen de contraception.

Elles ne se souviennent que de très peu d'informations délivrées et aucune n'évoque la discussion sur les autres moyens de contraception.

C'était le « choix unique » (E1,2,5,6,7,8,9,10,11,3).

E2 : « il m'est déjà arrivé d'oublier une pilule et d'avoir des rapports quand même, et j'ai appris bien des années après que l'on n'est pas protégé quand on fait ça. Vous me direz c'est écrit sur la notice, mais bon quand on a que 17 ans, c'est le médecin qui vous donne, qui vous dit rien en plus, euh... vous dites « je ne vais pas lire la notice en plus quoi ». »

Elles arrivent mal informées à cette consultation et choisissent parfois la pilule comme moyen de contraception car elles n'en connaissent pas d'autres et que pour elles c'est une facilité (E2,7,8,3).

E3 : « donc pour nous moi ado, il n'y avait qu'un moyen de contraception c'était la pilule »

Certaines femmes ont dû avoir recours au centre de planification pour leur premier contraceptif, intervenant ici dans un contexte d'interruption totale de communication au sein du foyer (E7,2,3).

E2 : « sa mère ne veut vraiment pas payer le gynécologue [...] elle va au planning familial seule en secret depuis l'âge de ses 15 ans »

Ce recours au centre de planification n'intervient pas toujours d'un bon œil, et des idées négatives et honteuses circulent autour de ce service (E2, 3).

E2 : « quand on vous voit sortir du planning familial, c'est quand même autre chose que quand on vous voit sortir de chez votre médecin généraliste »

- Situations aboutissant à la demande d'une contraception

Les femmes ont eu accès à la contraception pour des raisons diverses.

Comme évoqué précédemment il s'agissait parfois de solutionner des dysménorrhées, ou encore d'autres fois en thérapeutique d'un problème d'acné (E4,6,11).

Quelques fois encore, cette demande intervenait après une prise de conscience d'un risque, peur d'une grossesse non désirée ou grossesse non désirée effective avec recours à l'IVG (E5,8).

Pour le reste, le motif déclaré est le désir d'une contraception efficace au début de la vie sexuelle. (E7,9,10,2,3,1).

- Situations aboutissant au changement de contraception

Ensuite arrivent toutes les situations propices au changement de contraception mise en place.

En premier lieu, les effets secondaires du contraceptif utilisé. En particulier si elles ont dû ressentir de la douleur, des règles hémorragiques ou des troubles de l'humeur.

Il y a aussi une majoration de la pilosité, une hypertension artérielle, une prise de poids (E2, 3,4,5,6,9,10,11).

Ceci reflète l'importance pour ces femmes, de garder le contrôle de leurs corps et de leurs émotions.

Elles déplorent avoir ressenti une période d'attente trop longue, avant que le médecin ne leur change de contraception, et pendant laquelle elles souffraient de tous ces effets.

En second, les contraintes de prise et la multiplication des oublis de prise en ce qui concerne la pilule. (E1,8).

Le moment de la première grossesse est celui que les femmes ont choisi pour se poser la question des autres contraceptifs existants et demander un changement (E6,10,9).

Parfois, les risques liés à la contraception sont responsables de son désir de changement (E7).

E7 : « pourquoi je continuerais à prendre cette pilule, sachant qu'en plus ça a été le moment où tout le monde a commencé à parler des pilules de troisième génération »

Les modifications de la vie sexuelle également peuvent vouloir faire adapter son moyen de contraception (E7,2).

E7 : « le copain que j'ai actuellement à commencer à partir, euh... donc quand il partait c'était pour les études [...] pour une période de quatre à six mois, donc là je me suis dit je ne vois pas pourquoi je m'infligerais ce genre de médicaments »

Quelques fois, au moment de ces changements, elles expriment une période de vide contraceptif, c'est-à-dire la poursuite de rapports sexuels non protégés en attendant le nouveau contraceptif (E5,3,8,6).

L'un des autres moments de modification du contraceptif en cours est l'apparition d'une grossesse non désirée. Le choix se tourne alors vers un moyen de contraception de longue durée d'action (E5,3,6,8).

5.1.6.2 L'échec de la contraception

L'échec de contraception a été défini par l'apparition d'une grossesse, alors que les femmes avaient un contraceptif.

C'est donc une grossesse non désirée qu'elles considèrent comme le risque majeur de la sexualité (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

E9 : « je suis tombée enceinte sous pilule et là j'ai dit non je ne veux plus. »

Cet événement est survenu chez deux d'entre elles, elles étaient utilisatrices de la pilule (E5,9).

L'une avoue avoir arrêté seule sa pilule car elle lui faisait des sauts d'humeur, l'autre affirme alors qu'elle était sous pilule et certifie l'avoir prise à heures régulières sans aucun oubli.

Pour la première, la grossesse s'est soldée par une IVG. Une méthode contraceptive de longue durée par implant hormonal sous cutané lui a été posé après (E5).

L'autre a très rapidement fait une fausse couche spontanée et était plus âgée lors de l'apparition de l'événement (E9).

Aucune des femmes n'a relaté d'échec avec un autre moyen de contraception en place.

5.1.6.3 Inquiétude sur la contraception pendant toute la vie gynécologique

Les femmes veulent le meilleur contraceptif possible. Leur objectif est d'avoir un contraceptif fiable, sans effets secondaires et sans contraintes d'observance.

Les femmes pensent qu'à chaque population cible correspond un type de contraception en particulier.

Par exemple, elles énoncent la notion de niveau de maturité de la patiente, pour lui choisir un moyen de contraception adaptée et juge que la pilule, est par exemple une méthode nécessitant un fort degré de maturité, en conséquence de son exigence de prise (E1,2,7,5,9,10,11).

E1 : « je pense qu'au fur et à mesure du temps on est plus maître de ce qu'on veut de ce qu'on ne veut pas »

Elles utilisent aussi la maturité pour signifier le moment de proposer un DIU.

En somme, il semble qu'elles restent inquiètes tout au long de leur vie gynécologique et quel que soit leur âge et qu'elles souhaitent que les prescripteurs fassent évoluer leurs méthodes contraceptives, en même temps qu'elles-mêmes évoluent (E4,11 ,5,7,1).

E4 : « le fait de changer de contraception assez régulièrement comme ça c'est aussi fatigant... de trouver sa bonne contraception »

Elles expriment toutes un doute persistant face à la gestion de la fécondité.

Généralement il y a une grande confusion dans leur propre schéma de contraception.

Soit un doute sur les méthodes en elles-mêmes, connaissances sur les bons comportements de prise de pilule, actions à éviter quand on est porteuse d'un implant ou DIU (E7,2,5,1).

E7 : « attends mais je ne sais plus, je l'ai prise à telle heure, mais du coup si c'est l'heure mais ça va... en même temps c'est la troisième semaine... vraiment des cauchemars, vraiment des fois des crises d'angoisse, où j'étais là mais qu'est-ce que je fais quoi !? alors je suis à Castets non je peux rien faire, non c'est foutu ! »

Elles émettent des doutes sur la reconnaissance des situations à risque de grossesse.

Mais aussi, elles sont confuses sur la réalité des effets secondaires, les conditions pour pouvoir changer ou bénéficier de tel ou tel autre contraceptif.

E5 : « j'ai arrêté et je pense que c'est psychologique, parce que tout de suite après, j'ai ressenti, j'ai l'impression que je me sentais mieux, parce qu'à mon avis, y avait toujours les effets de la pilule qui marchaient »

Elles manifestent pour toutes ses questions un sentiment de solitude et de manque d'écoute. (E11,3,7,5,6).

Il s'avère qu'elles ont en tête, un schéma idéalisé, de la mère et femme parfaites, avec une contraception parfaite, qui est très éloigné de la réalité de la vie (E5,1,2,4,7).

La femme aurait une vie stable et organisée, avec une gestion militaire de son travail et de ses enfants.

5.1.6.4 Influences extérieures intervenant dans le choix du contraceptif

- Importance de l'avis de l'entourage

Les femmes discutent souvent dans le cadre professionnel, amical et familial de leurs moyens de contraception. Elles se tiennent au courant de ce qui existe. Souvent, elles se fient à la tolérance des autres pour choisir leur moyen de contraception.

Elles sont très influencées par les courants de pensée et l'expérience d'autrui en ce qu'il s'agit de la pose de leur DIU (E1,8,7).

E1 : « si je voulais un dispositif intra utérin hormonal euh j'avais discuté avec ma mère et elle, elle ne me conseillait pas »

L'entourage est aussi celui qui donne son avis sur les éventuels effets indésirables « visibles » de la contraception de la femme.

Il pourra se plaindre des sauts d'humeur sous pilule, comme des fils de DIU mal placés en ce qui concerne le partenaire (E5,10).

- Aspects psychologiques (personnalité de la patiente)

L'aspect psychologique a pris une place importante dans les entretiens (E2,3,5,6,7,8,9,11).

Il a pu conditionner leur bonne disposition ou majorer un stress, dans les moments de gestes médicaux sur leurs corps.

Il est apparu clair que l'état de préoccupation et les antécédents gynécologiques des patientes ont pu intervenir sur la tolérance des contraceptifs (E5).

Très souvent, celles qui se sont plaint vite du DIU, ou de ses effets secondaires, sont aussi celles chez qui, ont déjà été essayé la majorité des autres contraceptifs (E5,10,7).

Leur niveau personnel de pudeur initiale, va orienter leur choix de contraceptif, puis leur comportement au moment de la pose. Ainsi le DIU, nécessitant un examen nu, va être longtemps délaissé chez ces femmes (E8).

Toutes leurs pensées combinées avec celles de l'entourage, créent un véritable amalgame psychologique. Souvent elles sont confuses.

L'une d'entre elles a fini par se poser la question, de l'influence de son état psychologique sur son intolérance à chaque nouveau contraceptif essayé (E5).

E5 : « je n'étais pas prête psychologiquement à avoir une contraception, et tant que je n'avais pas réglé un problème dans ma tête, quoi qu'il arrive mon corps rejetait en fait la contraception »

5.1.7 Avis sur les moyens de contraception utilisés

Les hormones semblent être synonymes d'efficacité, une contraception hormonale semble être préférable (E5,7).

E5 : « ce serait peut-être plus efficace parce que c'est « hormonal » »

Les hormones en revanche sont responsables des effets secondaires (E5,2,4,6,3).

E5 : « le sien est en cuivre, il ne délivre aucune hormone donc c'est vraiment sa personnalité, son humeur, donc c'est vraiment elle qui peut décider »

5.1.7.1 La pilule

La pilule est le premier contact à la contraception de toutes les femmes interrogées.

Les qualités avancées de ce moyen de contraception semblent être sa facilité d'accès et notamment chez les adolescentes qui ont peur du jugement. La pilule peut par exemple être facilement obtenue au centre de planification (E3,7).

C'est le concept qui dérange le moins, à cet âge-là (E5,3,7).

Pourtant la majorité de ces femmes exprime une ambivalence entre la pilule et l'âge adolescent. Elle la justifie, par la contrainte d'une prise régulière contrastant avec l'instabilité de la situation des adolescentes (E7,8,4,1,2,3).

E7 : « je gérais mal le fait de prendre ma pilule, je la prenais en cachette quand j'oubliais, c'était une catastrophe pour la pilule du lendemain »

Cette instabilité existe par la superficialité et l'irrégularité des rapports sexuels à cet âge, les changements de partenaires, l'immaturation liée à l'âge, les déplacements répétés entre le domicile familial et la vie étudiante pour les jeunes femmes (E7, 4,1,2).

E1 : « je buvais beaucoup d'alcool je fumais beaucoup, je savais que la cigarette et l'alcool c'était pas terrible... j'oubliais tout le temps ma pilule et j'avais beaucoup de petits copains différents »

L'une des femmes, suggère que la mère soit responsable, de la surveillance de la bonne prise du comprimé (E8).

Elles évoquent aussi, les dangers du tabagisme et de l'alcool, grandissant chez les adolescentes avec la prise de la pilule (E8,1,3).

La période du post-partum, semble également constituer une période à risques d'oublis, car la nouvelle maman est fatiguée et a beaucoup de choses à gérer (E10).

Elles sont peu à trouver non contraignant, la prise de la pilule et pourtant même celles-là avouent quelques oublis personnels passés (E9, 10,6).

Les inconvénients de ce contraceptif sont pour elles, la contrainte de prise, donc, impliquant un risque majeur d'oubli et donc d'inefficacité. Il y en a d'ailleurs une, qui met l'accent sur l'importance de cette donnée pour souligner que c'est donc un moyen, bien plus efficace en théorie, qu'en réalité, car dans la vraie vie, les conditions de prise sont mauvaises (E5).

E5 : « je ne pense pas que ce soit le plus efficace pour les adolescentes, parce qu'il y a trop d'oubli [...] enfin ce moyen est très performant mais les adolescents en fait ne vont pas l'utiliser à 100% »

Elles sont mécontentes de devoir la prendre à heures régulières, et la prendre de manière continue même si elles restent une longue période sans voir leurs partenaires (E7,2).

Les femmes expriment de nouveau, une ambivalence sur le lien entre une bonne maturité et une bonne prise du contraceptif. D'abord, elles pensent que plus on est mature, plus la prise est sûre, puis elles avouent avoir omis des comprimés à tout âge (E8,4).

Elles énoncent aussi les effets secondaires vécus, de ce dispositif (E4, 5,6,11,3) comme l'acné, l'hypertension, les sauts d'humeur, la prise de poids.

Pour celles qui ont eu des enfants à l'arrêt de la pilule, elles trouvent leur fécondité conservée et sont satisfaites du temps rapide de survenue d'une grossesse (E4, 10).

5.1.7.2 Le préservatif

Il est utilisé en première contraception non avouée à l'entourage, par les adolescents. Il est vite abandonné si une autre contraception s'impose. Les femmes disent ne pas l'avoir utilisé pour l'acte sexuel car aucun des partenaires n'en avaient prévu (E5,7,8).

E5 : « on a pris un préservatif, sauf qu'on l'avait pris au début et peu de temps après on l'avait déjà enlevé et je n'étais pas du tout protégée »

Il est souvent énoncé par la mère brièvement au moment de la puberté, sous l'expression « il faut se protéger ».

Parfois, des relations sexuelles non régulières font de lui, un moyen de contraception adapté (E7).

E7 : « j'ai beau vouloir, fait autre chose mais bon ce n'est pas possible... et je pense que ça me convient, ça nous convient pour l'instant »

5.1.7.3 L'implant sous cutané/ premier choix de contraception de longue durée

Dès lors que le contraceptif nécessite un geste technique, il est vécu comme invasif. Il est également associé à l'étrange idée, de posséder un corps étranger sous la peau. (E5,8).

Il est énoncé en premier, dans la recherche d'une contraception de longue durée. (E4,5).

Il a pu être proposé après une IVG (E5).

E5 : « oui c'était juste après l'avortement, ils m'ont directement posé pour être sûr que j'ai quelque chose »

Il est perçu comme adapté aux personnes instables dans leurs situations, par exemple la population des adolescentes (E8,4, 5).

E8 : « l'implant pour moi serait le plus radical »

Il n'y a pas de prises régulières, ce qui en facilite son utilisation. Il permet donc d'être efficace sans être actif, au quotidien, dans sa contraception. Elles lui attribuent, des vertus libératrices et de béatitude psychologique (E5,8,4).

E4 : « je pense que c'est quand même plus pratique au niveau de l'oubli »

Les femmes le considèrent en accès facile.

Certaines femmes rapportent un avantage attendu, de l'aménorrhée secondaire avec l'implant (E5).

Elles en déplorent certains effets secondaires (E4,5).

E4 : « Car subitement des règles qui dureraient, deux trois semaines, après je n'avais plus rien pendant plusieurs mois et puis ça revenait puis ça repartait »

Ce qu'elles ont redouté, c'est surtout le moment du retrait dont elles avaient entendu dire, qu'il pouvait être difficile (E4,5).

L'une a vécu très perturbant du retrait de son implant, enlevé pour des raisons de métrorragies douloureuses. Le médecin généraliste qu'elle a consulté a présenté de grosses difficultés à l'extraire, il n'y a pas eu de sensations douloureuses, mais le temps passé, les conditions et l'idée de devoir aller au bloc, lui ont provoqué la naissance d'un malaise vagal (E5).

En général ce sont donc surtout des effets indésirables de métrorragies douloureuses qui ont été rapportées. L'une des femmes, avoue avoir persisté avec ce contraceptif, malgré ces inconvénients, car cela nécessitait l'intervention d'un opérateur extérieur pour le retirer (E4).

E4 : « qu'après c'est juste une question de peur... personnelle ! (Rire) »

Moi : peur de quoi ?

JF : de l'enlever !

Moi : parce que quoi ?

JF : parce que le fait de m'ouvrir le bras (rire gêné) pour me le retirer, j'avais peur »

5.1.7.4 Les patchs

Aucune des femmes interrogées n'a utilisé ce moyen de contraception.

5.1.7.5 Les anneaux

Une seule femme interrogée a utilisé les anneaux vaginaux comme moyen de contraception (E7).

Elle explique qu'elle était satisfaite de ne pas avoir de prise quotidienne d'une thérapeutique. Elle a pu en profiter pour décider du moment d'utilisation des anneaux, en fonction des périodes où elle voyait son petit ami.

Elle les a trouvés, faciles d'utilisation, discrets et sans effets secondaires.

Elle les a arrêtés, car trop onéreux pour l'étudiante qu'elle était.

5.1.7.6 Les ovules antiseptiques

En utilisation seul, il y a eu un échec de ce moyen de contraception (E6).

Il avait été mis pour pallier à la mauvaise tolérance de la pilule.

5.1.7.7 La contraception d'urgence

Trois des femmes interrogées ont utilisé la « pilule du lendemain » (E5,7,8).

Il n'y a pas eu de grossesse suite aux rapports à risques en question. C'était la seule et unique fois déclarée par deux d'entre elles (E5,8). Elles y ont eu recours à chaque fois, après un oubli de pilule.

Il arrive qu'elle soit utilisée plusieurs fois par la femme, dans le cadre d'une contraception par préservatif par exemple (E7).

E7 : « ça nous ai déjà arrivé que ça se casse et c'était pas du tout agréable et là j'ai dû prendre plusieurs fois du coup la pilule du lendemain »

L'existence de ce moyen est connue des femmes, sa bonne utilisation est moins certaine.

5.1.7.8 La stérilisation définitive

Quand la femme est sûre d'elle et d'âge mûr, elle peut envisager cette méthode. Le pas est difficile à franchir car il s'agit d'un procédé chirurgical. L'accès est difficile et les gynécologues semblent s'y opposer.

5.1.8 Avis sur le DIU

Le DIU est le moyen de contraception où dans les entretiens, apparaît la notion de volonté et de choix de la patiente avant utilisation (E1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Son utilisation est aussi liée à la notion nouvelle de pudeur, puisqu'il nécessite la pratique d'un geste médical portant atteinte à leur intimité (E8, 9).

Certaines et finalement même les plus jeunes, le considèrent plus adéquat aux patientes d'âge avancé à trente-cinq, quarante ans, sans évoquer la notion de parité. Il semble qu'un bon niveau de maturité soit nécessaire à son acceptation par la femme (E5,8,3,11,10,6).

En général c'est associé à l'idée que la femme ne voudra certainement plus, d'autres enfants (E3,6,8,11).

Mais il peut s'avérer sécurisant chez la jeune fille inobservante (E1).

E1 : « si j'avais pu avoir un stérilet à 18 ans, je pense que c'est le meilleur moyen de contraception de la jeunesse en tout cas pas médicalement parlant, techniquement parlant, dans la vie d'une jeune fille qui oublie sa pilule toutes les 5 minutes »

De même, la pensée commune est que proposé trop jeune, le DIU peut être vécu comme une effraction avec atteinte à la pudeur et que l'idée dissuasive, du corps étranger, déjà compliquée pour elles à tout âge, est renforcée chez l'adolescente (E6,5).

Certaines ont eu un ressenti d'agression vis-à-vis du DIU à cause de ses modes et lieu d'insertion (E4).

E4 : « on est toujours stressée, angoissée, la peur d'avoir mal, que ça soit bien fait »

Les femmes se confient sur les nombreuses croyances populaires circulant dans leur entourage à propos de ce contraceptif (E7,2,3).

E2 : « on nous disait que le stérilet, c'était soit pour les femmes qui ont déjà eu des enfants, soit pour les jeunes filles qui n'étaient pas trop responsables »

« Forcément la publicité n'était pas super, c'était pas hyper engageant, donc une fois qu'on vous dit ça, on se dit bon ben ça ce n'est pas pour moi et on l'efface de son cerveau et euh...donc je pense que chez les jeunes femmes ce n'est pas si populaire que ça »

E7 : « elles disent que juste au cuivre ce n'est pas possible il faut avoir des enfants avant. »

Elles dénoncent également celles des praticiens eux-mêmes. L'éternel avis sur la contre-indication chez les nullipares ou encore une obligation au dispositif hormonal chez la jeune patiente (E7).

E7 : « toutes mes copines ont [...] des gynécologues suivis [...] et tous leur avaient dit que non, que à notre âge, on ne prend pas de stérilet, que ce n'est pas possible. Euh qu'il faut d'abord tomber enceinte et que de toute façon non. »

Le DIU est souvent perçu comme l'alternative aux autres moyens de contraception en échec, puisqu'il apparaît qu'avant d'y arriver, les patientes essaient la plupart des autres moyens de contraception (E5,7,10,4).

S'il est un échec, c'est donc une grande déception pour la femme (E7,3).

E7 : « c'était vraiment une trop grande déception quand j'ai dû l'enlever enfin vraiment, j'étais vraiment triste de l'enlever ! »

Ses avantages énoncés sont son absence de besoin de prise, sa longue durée d'action.

Elles ressentent une liberté dans leur sexualité associée à une efficacité, sans nécessité d'actions particulières de leur part (E1,2,7,5,6,8,11).

Cela peut entraîner une rupture dans le suivi gynécologique de ces femmes (E1,8).

Ainsi qu'à leurs avis, une déresponsabilisation des femmes face à leur sexualité (E3).

E1 : « le problème quand on pose un stérilet à une femme, c'est qu'elle ne va pas revenir pendant 5 ans »

Par ailleurs, le DIU au cuivre leur permet un retour au « naturel » comme elles disent, enfin la possibilité de bannir les hormones beaucoup diabolisées (E2, 5, 7,1).

E7 : « en gros je voulais retourner à l'état le plus naturel possible, avec une contraception ! »

E1 : « j'ai toujours entendu que le stérilet respecte les rythmes des cycles, les rythmes hormonaux »

Avec l'avantage de ne pas altérer la fécondité après son retrait (E1).

En revanche, elles sont unanimes sur les métrorragies douloureuses avec le DIU au cuivre (E5,7,10,4,2).

E7 : « je ne sais pas ce qu'il s'est passé mais j'ai commencé à avoir des saignements incroyables, enfin vraiment j'ai saigné, mais limite j'ai dû m'acheter... j'ai découvert que les femmes enceintes après l'accouchement, enfin elles devaient mettre des serviettes « couches » et j'ai dû m'acheter ça quoi ! »

« Des douleurs mais vraiment des douleurs, c'était des nausées mais limite j'allais vomir, enfin vraiment je me tordais mais c'était incroyable »

Il est parfois la solution en cas de contre-indications à l'utilisation des hormones (E4, 6).

E4 : « oui afin d'éliminer tout risque, enfin d'éliminer non, mais de prendre le moins de risques possibles aux vues de ma maladie »

Quand le DIU hormonal est arrivé rapidement dans le parcours contraceptif, c'était pour des raisons thérapeutiques, dans un contexte de métrorragies douloureuses, ou de contre-indication due aux antécédents (E4, 9).

Certaines femmes trouvent que l'aménorrhée secondairement induite par lui est une délivrance (E8).

D'autres n'envisagent pas ne plus avoir de cycles, car elles ne peuvent pas surveiller l'apparition éventuelle d'une grossesse (E1).

Il est rare qu'elles le pensent mais parfois, ne pas avoir de règles leur semblent « contre nature », comme si la physiologie naturelle de la femme n'était pas respectée.

Le début de la contraception est marqué par le recours au spécialiste, en majorité.

Il est en général celui qui suit déjà, la mère.

Il existe une méconnaissance du système de soins et selon l'environnement familial, la fille consultera soit le centre de planification ou le médecin généraliste.

L'abandon du préservatif est assez rapide. Les périodes de rapports sexuels non protégés se multiplient.

La pilule s'impose comme le premier contraceptif prescrit chez l'adolescente, tous prescripteurs confondus.

Sa prise est sujette à des oublis fréquents et à de nombreux effets secondaires. Avec le recul les femmes interrogées trouvent d'ailleurs ce moyen de contraception inadapté aux adolescentes. Il y a un manque de communication autour des autres moyens de contraception à ce moment.

Il semble que le fait de ne pas avoir à passer par un opérateur extérieur, comme c'est le cas pour l'implant et le DIU, soit un avantage à son abandon précoce et non avoué, lors de la survenue d'effets secondaires.

L'avis de l'entourage mais aussi celui du médecin prescripteur influencent véritablement le choix personnel de chaque patiente dans sa contraception.

Les changements de contraceptifs, sont surtout liés, à l'augmentation du risque de grossesses non désirées. Pour cette raison, le passage aux moyens de contraception de longue durée d'action est vite demandé.

Les effets secondaires hormonaux sont redoutés car souvent vécus, telles que la modification du comportement, les méno-métrorragies, la prise de poids, l'apparition de douleurs pelviennes.

La tendance est aux méthodes « naturelles », pour les patientes, sans hormones.

Le DIU semble être un moyen de contraception de dernier recours, après une

navigation compliquée avec les autres moyens de contraception. Il présente un intérêt au départ avec la possibilité d'échapper aux hormones, grâce au cuivre.

L'un des freins principaux à l'utilisation du DIU semble être l'idée de l'introduction d'un corps étranger intra utérin et de douleurs. Sa limite d'utilisation est surtout dans la perte de vues et le manque de suivi des patientes porteuses d'un DIU.

Il existe encore énormément d'idées reçues sur l'efficacité, la mise en place, les risques et les effets secondaires de tous les contraceptifs. La confusion est grande dans ce domaine. Les conditions psychologiques influencent beaucoup la tolérance des femmes, au moyen utilisé.

5.1.9 Vécu marquant en gynécologie

Les évènements indésirables en gynécologie, infections, métrorragies, douleurs pelviennes constituent une véritable source d'angoisse pour les femmes. Elles ont donc l'impression d'un vécu long de ces inconforts (E5,7,11,4,10).

Par conséquent, elles aimeraient une réponse rapide afin d'être rassurées.

E7 : je demande juste un peu de considération. Parce que, généralement quand j'y vais, [...] c'est une catastrophe autour de moi quand ça m'arrive donc je suis très fataliste [...] j'ai juste besoin qu'on m'écoute un peu et généralement ça va mieux quoi.

Elles ont tendance à extrapoler un peu le récit de ce vécu (E5,7).

E5 : « Ça m'a vraiment fait mal, je ne pouvais même plus marcher quand je l'ai eu en fait »

Il existe des vécus marquants en gynécologie, qu'elles gardent en mémoire longtemps et qui semblent avoir été un tournant dans leurs vies, dans leurs contraceptions, dans leurs comportements et dans leurs suivis gynécologiques.

Ce sont les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, le déni de grossesse, le cancer gynécologique (E5, 9,6,11, 8,3).

5.1.9.1 Le vécu de l'IVG

Trois femmes m'ont raconté leurs vécus d'une grossesse non désirée ayant abouti à une IVG.

L'une d'entre elles qui avait une communication minimale sur la sexualité avec sa mère, s'est tout de même, confié à elle. C'était au moment de l'adolescence et elle n'utilisait pas systématiquement un préservatif.

C'est sa mère qui a pris la décision d'IVG.

Par honte, elles n'en ont parlé à personne d'autres, à part le gynécologue de la mère, qui a procédé à l'acte.

La jeune femme de l'époque, n'a pas ressenti trop d'émotions et n'en veut à personne pour cette interruption de grossesse.

Elle ne décrit pas de troubles liés à cette action. Elle ne semble pas avoir identifié de conséquences psychologiques. Elle pense même l'avoir occulté et en avoir fait un déni (E8).

Une autre jeune femme, également adolescente, s'est confié à sa sœur à la recherche d'aide et de soutien. Le partenaire est resté très extérieur, il semble l'avoir abandonnée, devant leur responsabilité commune. Ils avaient abandonné pilule et préservatifs.

Ils sont restés en couple, mais cela a constitué une réelle cassure.

Cette femme décrit d'abord la tristesse, d'une grossesse non désirée. C'est aussi la panique face à la réalité.

Ensuite, il lui a fallu du temps et beaucoup de réflexion pour aboutir à une décision d'IVG. Elle a craint le jugement du monde adulte et de ses parents notamment.

A l'époque elle explique avoir été sidérée par l'action d'IVG, qui lui a semblé être, la meilleure ou la moins pire des décisions à prendre.

On comprend qu'il existe une conception forte de la famille et des conditions idéales, pour avoir un enfant.

Elle évoque le souhait d'une situation professionnelle stable, notamment.

Elle décrit également une douleur psychique, pendant toutes ces années, un état de stress post traumatique avec des reviviscences incessantes.

Après une longue période de tourment, elle avoue une destruction psychologique se traduisant par une forte culpabilité, une perte de confiance en elle.

Par ailleurs elle a analysé et décrypté des comportements pathologiques liés à ce traumatisme avec des transferts d'affection sur des objets.

Il a été très difficile d'assumer ses choix, la honte étant très envahissante (E5).

La dernière a eu un vécu d'IVG, après la quarantaine. Elle ne croyait plus à sa fécondité, après des difficultés majeures, pour enfanter son seul garçon. Elle ne prenait aucun contraceptif.

L'annonce de cette grossesse a été un choc, et son vécu, un traumatisme.

Elle a ressenti beaucoup de jugement par l'obstétricien en charge de son curetage.

C'était une décision mûrement réfléchie, avec son conjoint. Elle l'assume (E3).

- Accès au domaine médical

La seconde a consulté avec sa grande sœur, au centre de planification. Elle avoue avoir été à celui de la grande ville pour être sûre de ne pas croiser une connaissance, dans l'hôpital trop près de son lieu de vie.

Elle s'est donc rendue au CHU, elle y savait l'accès facile, gratuit et anonyme. Elle a senti ce milieu adapté à une adolescence en détresse (E5).

La femme mûre s'est directement rendue chez son médecin de famille (E3).

- Moyens entrepris pour guérir

L'adolescente isolée, ayant consulté au centre de planification, a eu une guérison très lente.

Elle décrit une délivrance dès que son silence a été rompu.

Elle a d'abord tenté d'ouvrir le dialogue avec l'infirmière scolaire, qu'elle a senti proche des jeunes, accessible et disponible (E5).

Elle avoue avoir eu besoin d'un soutien psychologique important après son IVG. La parole a été pour elle, libératrice et le temps a permis de la favoriser. Puis, elle a pu relativiser, dédramatiser.

- Rôle du conjoint et de l'entourage

La décision d'IVG ne se fait pas en couple. Même s'il y a discussion, la femme reste décisionnaire.

La gestion des événements, est différente selon le conjoint et l'homme sait montrer une apparente indifférence.

C'est une situation conflictuelle, où règne un sentiment d'abandon.

Le besoin du conjoint est très fort, mais des sentiments négatifs et finalement néfastes à la relation sont nourris envers lui.

Finalement les reproches faites arrivent à la déchéance du couple.

Le soutien familial est prépondérant et fondamental.

5.1.9.2 vécu du déni de grossesse

L'un des entretiens a aussi révélé une histoire de déni de grossesse.

La femme interrogée n'avait bénéficié d'aucun dialogue dans la famille sur l'éducation à la sexualité. Elle a vécu un tabou entier à ce sujet.

Il en est ressorti une méconnaissance terrible de son propre corps. A vingt ans, alors qu'elle avait une aménorrhée secondaire, elle avait des rapports sous couvert d'une contraception par ovule antiseptique seul, pensant qu'il lui était impossible de tomber enceinte.

Elle a consulté un jour son médecin généraliste pour des douleurs pelviennes alors que le travail d'accouchement avait commencé.

Son fils est en très bonne santé à ce jour (E6).

Elle s'en est voulu personnellement, n'a jamais exprimé de reproches quant au manque d'informations reçues. Ni à cause du manque de prise en charge et de prévention, de son médecin, ni du manque de communication subi dans la famille.

5.1.9.3 vécu d'atteinte à la pudeur

L'une de nos femmes interrogées, revient sur des faits de tentatives d'attouchement, par son père, qu'elle a très peu connu, il y a environ trente ans. Elle était alors adolescente, elle en a parlé uniquement à sa mère et n'a jamais porté plaintes (E8).

Elle a alors, toute sa vie, été opposé strictement à l'examen gynécologique par un homme, surtout s'il est d'âge mûr.

Elle a négligé son suivi gynécologique longtemps, et n'a jamais tenu ses frottis à jour.

E8 : « Et après je trouve que si, si, c'est important le suivi gynécologique, même si moi sans grossesse à côté, je n'y vais pas ! »

Elle ne s'exprime pas sur des troubles sexuels, mais son expérience a eu une répercussion sur sa fille de sept ans, dit-elle, qui hurle à chaque fois qu'un homme veut l'examiner.

Les multiples effets secondaires et méconnaissances sur la contraception peuvent aboutir à une situation indésirable grave. Ainsi pour les femmes qui ont vécu une IVG, ceci s'avère être un tournant majeur dans leur vie.

Il semble que cela cause des dommages psychologiques sévères et longs responsables de déchirements intra familiaux ou de tension au sein du couple.

L'IVG est un secret auquel sont tenues peu de personnes, faisant partie d'un cercle restreint, et favorisant l'isolement. La femme se présente de nouveau comme la seule responsable et présente un ressenti fort de solitude dans la prise de connaissance de la nouvelle, la prise de décision et la gestion des démarches et des difficultés psychologiques.

Les soutiens familiaux et médicaux sont alors très pauvres du fait de la peur du jugement.

L'IVG est alors vécue comme un échec, de nombreux mécanismes de guérison en découlent et ont abouti à un désir de méthodes contraceptives de longue durée d'action voire irréversibles.

5.2 Lien existant avec le spécialiste

5.2.1 Croyances populaires sur le médecin gynécologue

La consultation chez le gynécologue est associée à un examen gynécologique avec pose de spéculum, quel que soit le motif de consultation (E5).

E5 : « pour moi c'était dans ma tête à cette époque-là je voyais la gynécologie juste comme introduire quelque chose à l'intérieur de soi »

Il y a beaucoup d'avis circulants sur la gynécologie et de « on dit » notamment celui que l'examen gynécologique fait mal (E5,1,6,8).

E5 : « je ne connaissais pas du tout les sensations, mais pour moi dans ma tête, ça devait faire mal »

E1 : « normalement le speculum c'est douloureux »

E8 : « il n'était pas doux, il faisait mal »

5.2.2 Motifs de consultation chez le spécialiste

Les femmes disent penser au gynécologue, pour chaque pathologie ayant attrait à l'appareil génito-urinaire (E5,11,7,9).

Elles avouent vouloir consulter un gynécologue, à l'apparition d'une pathologie ou d'un problème gynécologique (E7, 5,9,1).

E7 : « j'y vais parce que j'ai besoin de quelque chose, pas parce que je dois y aller régulièrement, j'y vais parce que ça ne va pas, j'ai un problème »

Si la pathologie est grave, elles disent avoir une préférence pour s'adresser à lui par rapport au médecin généraliste (E1,9,11).

D'autres, aussi pensent que le rôle premier du gynécologue devrait être, le suivi de la femme enceinte (E8,5).

E8 : « moi je dis que les gynécologues, on devrait s'en servir pour, ben voilà quand on est enceinte pour accoucher »

Au début de la vie sexuelle, elles attendent du gynécologue, qu'il statue sur la conformité de leurs corps avec des rapports sexuels. Notamment par le dépistage d'anomalies anatomiques (E5,11,10).

La consultation du spécialiste est donc facilitée à ce moment et également après le premier rapport sexuel (E5,9,2,7).

Il apparaît important la notion d'envie pour aller consulter un spécialiste, contrastant avec celle de l'obligation (E5, 7, 8).

5.2.3 Motivations pour aller consulter le gynécologue

Les femmes sont motivées pour aller consulter le gynécologue, parce qu'elles lui reconnaissent une spécificité, une fiabilité dans son diagnostic (E7, 9,1)

Cette spécificité se retrouve dans ses équipements (E1)

E1 : « L'avantage c'est qu'on rentre dans un cabinet gynécologique où il ne s'y passe que des actes gynécologiques... donc oui y a la chaise avec les étriers, ça paraît plus gynécologique, l'environnement »

Elles vont facilement le consulter quand il a été le gynécologue de la famille (E2,4,5,7,8,10)

E4 : « le médecin accoucheur de ma mère, et de ma sœur. (Sourires) on l'a eu de famille en famille. »

« j'y tenais vraiment à cœur comme ma sœur aussi, parce qu'étant donné qu'on est aussi pudique toutes les trois »

Elles se retournent vers lui quand elles pensent avoir atteint une limite aux compétences du médecin généraliste (E7,9,1,5)

E7 : « je me suis dit que peut-être que M. L. (le médecin généraliste) avait une vision peut-être, pas restreinte, mais ne connaissait pas peut-être les dernières contraceptions et était moins informé que ce coup-ci, une gynécologue. »

5.2.4 Echec du contact avec le spécialiste

Plusieurs choses sont responsables de l'échec du contact avec le spécialiste, les idées, vraies ou fausses circulantes sur les gynécologues.

Dans une autre mesure, aussi importante, le frein à la consultation chez un spécialiste est le temps d'attente pour un rendez-vous jugé trop long (E8,5,7,11 ,1,2)

E1 : « changer d'avis, avoir des rapports non protégés, laisser tomber (souponner), ne plus aller en rdv, ne pas prendre rdv ! Si le délai est trop long ouais »

Non seulement, comme évoqué précédemment, le vécu gynécologique et les événements souvent inconfortables ou inquiétants donnent aux femmes un ressenti de temps long, mais en plus le rendez-vous pris si longtemps à l'avance est difficile à tenir pour des femmes actives (E2,7,4,3).

E2 : « c'est compliqué de me dire bon ben je sais que ce jeudi dans trois mois je n'aurai rien à faire donc je prends rdv là. »

E4 : « quand il arrive des choses comme ça, on est un peu paniquée et éventuellement de faire son maximum pour nous recevoir dans la journée ! »

E3 : « quand notre corps ne va pas bien, l'esprit ne va pas bien, donc tout est lié et des fois si on reste avec des frustrations ou des non-réponses on va encore plus mal »

Elles reconnaissent que le délai à la campagne est beaucoup plus grand que dans les grandes villes (E9).

Elles expriment également le fait de ne pas pouvoir obtenir de rendez-vous pour leurs urgences (E2, 4,11,5).

E2 : « ce qui m'est arrivé récemment j'ai eu des mycoses vaginales, choses comme ça, pour moi en gynécologie il y a des urgences aussi, des trucs qui ne peuvent pas attendre trois mois et ça me semblait aberrant de devoir attendre, de devoir faire la queue sur des mois pour pouvoir parler à mon gynécologue. »

E4 : « on m'a répondu « si c'est vraiment urgent vous n'avez qu'à aller à l'hôpital ! » »

E11 : « [...] j'ai été déçue parce que justement, j'ai eu un problème un jour, une mastite et j'avais super mal et je ne savais pas pourquoi et j'avais peur du coup j'ai essayé de la voir pendant une semaine entière et les secrétaires me disaient qu'elles lui donnaient le message... elle ne m'a jamais rappelé [...] »

Elles regrettent un manque de disponibilité du praticien (E7,8, 11,1,2).

*E7 : « elle répond comme elle veut j'ai l'impression aussi »
« je trouve que c'est toujours compliqué d'avoir un rendez-vous avec cette femme et du coup je me demande pourquoi j'y retourne ! »*

E1 : « je pense qu'en un quart d'heure c'était fini »

Pour certaines, ce temps d'attente est perdu et sert au profit de la mauvaise information, celle plus rapide, celle moins efficace d'internet et des fausses idées circulantes (E2).

E2 : « je trouve ça dommage, alors mon amie par chance était très éclairée, mais elle n'a pas fait médecine, elle n'est pas gynécologue et voilà le risque c'est d'être mal informée, [...] c'est le fait d'être mal protégée »

Il est question de prendre également en compte la peur de l'inconnu. En effet à la différence du médecin généraliste qu'elles connaissent depuis la petite enfance, la connaissance avec le gynécologue se fait bien plus tard. Cette peur de l'inconnu peut être réhibitoire et les femmes peuvent même se mettre en danger pour y échapper (E2,5,8).

E2 : « une fois, j'étais à l'étranger, j'étais en chine, je m'étais blessé, je devais prendre un rdv chez le médecin, et j'ai vraiment, attendu et pourtant j'allais être remboursée et tout ça, j'ai vraiment attendu l'extrême limite de ma douleur pour y aller, parce que je ne voulais pas, parce que je ne connaissais pas, le médecin qui allait me voir, en plus tout était écrit en chinois j'allais être perdue, j'ai, j'avais peur, c'est bête à dire j'avais peur »

E5 : « ça me conviendrait plus de connaître quelqu'un qui m'a suivie depuis longtemps, me conseiller plutôt qu'un inconnu me conseille ! »

De même, le manque de régularité dans les consultations, ne leur permet pas de tisser des liens particuliers avec leurs médecins gynécologues (E7,10,8,9,3).

E7 : « honnêtement je ne sais plus, enfin j'y vais tellement peu régulièrement que je ne sais plus. »

Elles se sentent parfois jugées (E4,5,8,9,3).

E4 : « pas d'écoute, enfin pour ma part, limite jugée sur certaines choses par exemple un oubli de pilule (imite la gynécologue) « oui ben vous ne devez pas oublier votre pilule » »

E9 : « je n'ai pas besoin de voir un jugement dans les yeux de la personne qui m'examine et c'est l'impression que j'ai eu avec cette dame. »

Elles leur reprochent de ne pas se souvenir d'elles, de consultation en consultation, et de tenir un dossier pauvre en informations sur elles et leurs antécédents. Cette carence dans le relationnel semble un obstacle à la notion de suivi (E7,10,8,9,3,2).

E2 : « si on reprend le terme de suivi, ça veut dire que ben voilà, c'est suivi, à mon sens quand quelqu'un est pas disponible pendant deux mois dès qu'il se passe quelque chose, ce n'est pas un suivi, alors à mon sens le médecin généraliste suit vraiment alors que le gynécologue ne le fait pas »

E3 : « elle m'a suivie pendant ma grossesse, donc c'est quand même neuf mois, ce n'est quand même pas mal ! Bon ça s'est bien passé, je reviens avec mon bébé de deux mois ! « Euh bonjour madame, on se connaît ? » »

Elles dénotent un manque de confiance entre le spécialiste et sa patiente (E7,3,6).

E7 : « il me manquait trois ou quatre euros et j'avais envie de lui dire ben au pire, vous savez que ma mère, elle vient régulièrement, elle va revenir, moi aussi donc ce n'est pas très grave... et non il a fallu attendre que ma mère revienne pour donner le chèque, enfin ce genre de choses qui fait, que j'ai encore moins envie d'y aller. »

E6 : « elles sont prises un peu, pas comme du bétail mais il n'y a pas de relation, il n'y a pas de confiance »

Parfois, elles ont une impression de banalisation de leurs symptômes pendant la consultation du gynécologue, à cause de la routine du professionnel. Elles souffrent d'un manque de communication, d'implication, d'explications et d'informations (E8,11,7,4,2,3).

E11 : « D'ailleurs, c'est ça aussi que je reproche à ma gynécologue, d'avoir renouvelé un peu machinalement ma pilule, pendant toutes ces années, sans me parler, sans rediscuter l'intérêt avec mon âge, j'ai l'impression que pour elle c'est la routine. »

E3 : « « ah ben le cœur ne bat plus ! ah ben c'est fini madame » et j'avais déjà 36 ans, elle m'a annoncé ça comme si de rien, « c'est pas grave vous allez recommencer » »

Elles se plaignent également d'une apparente froideur du gynécologue et d'une grosse prise de distance dans l'échange (E6, 7,4,1,3).

E6 : « elle ne faisait rien pour justement m'apaiser ou me reconforter »

E1 : « la médecin gynécologue ne m'a jamais trop expliqué, je pense et pas très loquace non, très technicienne »

Elles ont aussi pu avoir une mauvaise expérience avec un gynécologue, et avoir développé des réticences à aller en voir un autre. La recherche du bien-être et la confiance n'a jamais abouti (E9, 6,3).

E9 : « ça ne passait pas et j'ai besoin d'avoir confiance et d'être à l'aise.

[...] je n'ai pas besoin de voir un jugement dans les yeux de la personne qui m'examine et c'est l'impression que j'ai eu avec cette dame. »

E6 : « elle n'était pas docile, c'était une dame, je n'appréciais pas je crois que depuis c'est pour ça que j'ai arrêté gynéco quoi ! »

Le médecin spécialiste est spontanément évoqué par les femmes pour parler de gynécologie.

Il est décrit comme un technicien.

Il est presque obligatoirement associé à un examen clinique avec pose de spéculum, pouvant engendrer de la douleur. Cet examen est vécu comme un corps étranger venant s'introduire dans le corps de la femme.

Une peur nourrit d'idées préconçues et de « on dit » se constitue comme un frein à la consultation d'un gynécologue.

Il est consulté lors de la survenue de problèmes liés à l'appareil génital. Il intervient donc principalement après l'apparition de maladies et de grossesses non désirées.

Le ressenti n'est pas très bon et il apparaît primordial qu'il y ait une envie pour aller le consulter.

Il est reconnu pour la fiabilité et la spécificité de son diagnostic et intervient en premier dans des motifs de consultation considérés graves par les patientes.

5.3 Lien construit avec le médecin généraliste

5.3.1 Ressentis sur la formation en gynécologie, du médecin généraliste

Les patientes consultent leurs médecins traitants pour de la gynécologie, soit parce qu'avec le temps, elles abordent tout avec leur médecin généraliste (E7,8,4,3) ;

Ou, parce que le médecin le propose (E11,10,9,6,5) ;

Et/ou, parce qu'elles sont rentrées en échec dans leur tentative de contact avec le spécialiste ou dans leur prise en charge (E2, 1,11,9).

Elles sont ignorantes du cursus médical et des études suivies pour devenir docteur.

Elles ne sont pas prudentes de la formation réelle de ce dernier à la pratique de la gynécologie et ne cherchent pas à le devenir. Elles ne posent pas de questions directes à leurs médecins et ne mènent aucune action pour être renseignées (E6,7,8,9,10,11,4,1,2,3).

E11 : « j'imagine que mon médecin a fait des années en plus pour être spécialisé en gynécologie »

E7 : « s'il peut le faire c'est qu'il est habilité à le faire, enfin il a fait des études de médecine, enfin, ok il ne s'est pas spécialisé dans la gynécologie, après mais enfin s'il peut le faire pourquoi je ne le ferai pas faire par lui »

Ceci diffère dans le reste monde puisque à l'étranger :

E1 : « ce qu'ils font en équateur c'est qu'ils mettent les diplômes dans la salle d'attente ou dans le couloir »

L'expérience réelle n'a donc aucune importance.

Les femmes rencontrées se fient donc plutôt au bouche-à-oreille pour se faire une idée des capacités du médecin.

Elles seraient plus exigeantes sur ses compétences, si elles avaient des maladies graves (E1,3,9,11).

Quelques fois l'âge avancé du médecin les oriente sur son expérience et elles avouent que ça les rassure sur ses compétences (E6).

D'autres fois l'âge n'a aucune importance (E6,3).

Et puis parfois, la jeunesse est gage de formations professionnelles actuelles (E1).

Toutefois si une relation de confiance essentiellement basée ici sur un relationnel rassurant et une disponibilité avec le médecin s'installe, cela peut suffire à ce qu'elles croient en ses compétences.

A ce moment-là, elles ne font aucune distinction entre sa fiabilité et ses capacités pour un suivi gynécologique, et sa compétence à la pratique spécifique du DIU (E7,11,9,2,5,3,1,4,8,10).

E7 : « ... il m'a tout simplement dit que lui, il pouvait faire la pose, et après je ne me suis plus posé la question de pourquoi j'irais voir ailleurs, je me suis dit si L. peut le faire ben je n'irai pas voir le gynécologue, qui ne doit même pas se souvenir de moi, où qui ne m'a vu qu'une fois parce qu'il fallait, »

5.3.2 Influence des opinions du médecin généraliste en gynécologie

Certaines femmes assurent leur suivi gynécologique médical uniquement avec leur médecin généraliste et ce depuis toujours (E4,6).

En tant que médecin généraliste, la parole transmise a une grande portée et est une véritable influence sur les choix des femmes en matière de contraception (E5,7,4,10,1).

E7 : « je ne dirais pas que je le crois plus, que les gynécologues, mais c'est la personne en qui je crois le plus autour de moi par rapport à ce genre d'informations. »

E5 : « ce médecin m'avait dit « moi en tout cas quoiqu'il arrive je ne délivre pas ce genre de contraception parce que je suis contre » et elle m'a expliqué pourquoi elle était contre et du coup ça va guider la femme à s'orienter vers telle ou telle contraception »

E10 : « moi je n'étais pas forcément pour, parce que je me suis dit si je ne supporte pas le premier, je ne vais pas supporter le stérilet à la progestérone et on a dit « si, il faut y aller ! », et on a changé, on a enlevé l'autre pour remettre celui d'après aussitôt. »

E1 : « on est orienté par les opérateurs si c'est bon ou non pour nous »

Elles précisent quand même, que malgré les opinions du médecin sur les différentes contraceptions, il est important qu'il propose un choix à sa patiente (E1,5,7).

E1 : « proposer différents produits au lieu d'en imposer un c'est ce qui est intéressant »

5.3.3 Motivations pour aller consulter le médecin généraliste pour de la gynécologie

5.3.3.1 Confiance construite avec le médecin généraliste

Les femmes font confiance à leur médecin généraliste et c'est un pilier de la relation (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

Elles ont confiance en leurs capacités et compétences en tous domaines et surtout elles expriment la sécurité qu'il connaît ses limites.

C'est important pour elles de sentir qu'il sait céder la place s'il se sent dépassé et à ce moment, elles lui reconnaissent l'humilité et même attendent de lui qu'il les dirige vers le meilleur professionnel capable de résoudre leurs problématiques (E9,1,11).

E11 : « Et puis j'ai confiance en mon médecin et je sais que si elle ne sent pas capable, elle saura me rediriger vers la bonne personne et ça c'est extrêmement important. »

Cette confiance pourrait avoir été nourrie par l'obligation de déclarer un médecin traitant, un médecin unique, un seul et même individu qui assure leur suivi (E3).

Elles ont confiance en leur guérison en allant consulter le médecin généraliste (E2,5,4).

- Fondements

Le médecin généraliste est une personne importante dans la vie de ces femmes car il est amené à les voir elles, et souvent tout le reste de leurs familles, de façon régulière (E8,9,10,5,1,3).

La relation avec lui s'est souvent construite sur des années ce qu'apprécient ces femmes car le praticien acquiert une connaissance globale d'elles en général et de leurs antécédents (E9,7,5,3,1,6,4).

E5 : « pour moi le médecin généraliste, ce serait un plus, dans le suivi gynécologique parce que comme il nous connaît depuis longtemps il peut savoir le pourquoi »

Elles sont satisfaites de la confidentialité de leurs échanges et reconnaissent une sensibilité du médecin généraliste à leur bien-être (E4).

E4 : « Mon médecin c'est mon psychologue, mon gynécologue, mon ostéopathe, c'est tout ! »

- Fragilités

Finalement cette relation unique semble aussi comporter quelques fragilités. En effet pour certaines d'entre elles ce lien et cette connaissance de la famille ont constitué à un instant donné une faille dans le suivi gynécologique (E1,5,10).

Parfois elles sont donc amenées à consulter un autre médecin généraliste et peuvent se réjouir de voir son remplaçant. Elles lui accordent, la même confiance qu'elles ont dans leur propre médecin, mais n'ont pas de gêne (E1,5,10).

E1 : « un médecin généraliste qui m'a suivi depuis que j'ai 5 ans [...] non je ne me voyais pas euh faire un acte gynécologique »

Le fait de suivre une famille pendant des années a pu faire perdre au médecin son objectivité et son rôle « médical » empruntant un habit familial ou amical vécu comme nocif (E5,10).

Elles se sont parfois plaintes d'une forme de paternalisme dangereux et d'un manque de subjectivité (E5,10,1).

E10 : « le docteur P., très vieux jeu, elle m'a vue naître ... on n'a jamais parlé de ça ensemble. »

Il est arrivé qu'elles renoncent à une consultation par peur du jugement du médecin, sur la pathologie gynécologique qui les a amenées et le comportement qu'elles auraient pu avoir (E5,1).

E5 : « je lui avais dit, [...] je l'avais fait sans préservatif, [...] et là elle m'a dit, ben pourtant Alice tu le savais qu'il ne fallait pas le faire sans [...] elle m'a jugé, bon on va faire ça, ça et ça mais bon c'est pas bien quoi [...] je savais que ce n'était pas bien et ça m'a fait mal qu'une adulte, qu'une personne que je connaissais en fait, me juge et puisse me juger après, donc du coup j'ai pas forcément voulu ré avoir cette sensation de jugement donc du coup j'ai préféré garder pour moi. »

E1 : « y a trop de connaissances, de l'affect, alors qu'il n'y en a pas énormément, je ne sais pas, je n'aurais pas été à l'aise. »

Elles expriment donc encore ici une ambivalence entre un désir de proximité avec le médecin et la nécessité d'une distance pour être bien soignées.

Par ailleurs, une autre fragilité de la relation tient sur l'erreur médicale ou l'inadéquation de prise en charge. Si une chose ne leur a pas convenu dans le relationnel ou la prise en charge médicale, il apparaît rapidement une remise en question de cette relation de confiance (E2,1,5).

E2 : « j'étais allée voir ces personnes et plusieurs fois ces personnes se sont trompées et m'ont fait mal et du coup, je n'ai plus voulu revenir, c'était en médecine générale et elle faisait de la gynécologie aussi, pour un frottis je crois, elle s'était trompée [...] ces personnes-là je savais qu'elles étaient disponibles et qu'elles le feraient [...] y avait plus la confiance donc c'était hors de questions [...] »

- Eléments satellites de cette confiance/ importance du lien avec le cabinet de consultation

Certaines femmes semblent sensibles à l'environnement et au cabinet médical.

Quand elles le sont, elles décrivent un milieu familial, assorti d'un environnement rassurant, le même mobilier, la même secrétaire (E2, 5,6,1).

E2 : « : moi j'ai grandi ici, j'ai toujours été là, ce cabinet je le connais, [...] je n'ai pas peur d'aller chez le médecin ici, je me sens bien, j'ai euh voilà je suis en confiance ici parce que je connais, parce que j'ai l'habitude »

E6 : « dans un cabinet médical c'est plus, plus intime plus familial on va dire ! »

E1 : « j'ai vécu 4 ans à PARIS, je n'ai jamais consulté un gynéco ni médecin généraliste à paris, toujours revenir à mon lieu de résidence »

En règle générale, elles n'apportent pas une grande importance au lieu d'examen et beaucoup mettent l'accent sur le fait que le praticien est davantage important que le lieu.

Ainsi pour un praticien choisi et en qui elles ont confiance, les femmes accepteraient de se faire examiner n'importe où.

Elles n'ont alors ni exigence de distance, ni de milieu (E4, 11,1,10).

5.3.3.2 Attentes des femmes vis-à-vis du médecin généraliste, en gynécologie

Les attentes des femmes vis-à-vis du médecin généraliste sont floues et non uniformes.

Le médecin généraliste tient un rôle d'informateur (E6, 4,2,3,8,9).

Pour une même femme, il est dit qu'elle attend de l'information et de la prévention, mais il semble qu'il faille les laisser amorcer la discussion (E5,2,3).

E5 : « avant je n'aurais pas du tout aimé que mon médecin rentre dans mes problèmes, parce que même, je n'en ai pas du tout parlé pour qu'il ne le fasse pas, mais je sais que maintenant [...] si j'avais eu un peu, le suivi, même de mon médecin, qu'il avait pris des initiatives, peut-être que ce serait allé plus vite, peut-être qu'il aurait pu mieux me conseiller »

Elles souhaitent son intervention dès l'adolescence (E7, 8, 9,5,3).

En effet elles ne veulent pas être brusquées. Cependant si le médecin n'ouvre pas la discussion elles le trouvent, désintéressé (E10).

E10 : « [...] elle ne s'en préoccupait pas du tout ».

Il a été évoqué, que les femmes soient sensibilisées, à leurs propres suivis et incitées, à venir d'elles-mêmes, chercher l'information (E3).

E3 : « il faut vraiment que nous en tant que femmes, on s'intéresse à nous aussi, c'est facile de dire, ah mais on ne m'a jamais donné l'info »

Par la suite, elles attendent de leur médecin, qu'il assure un suivi, par la surveillance des frottis et la prescription des contraceptifs (E3,6,1,9,8).

Le médecin généraliste est prescripteur.

Il intervient au début de leurs vies gynécologiques, en renouvellement de prescriptions et peu en prescriptions initiales.

Il est utilisé comme substitut au gynécologue.

Elles expriment un ressenti de prise en charge identique au spécialiste. (E9,5,10,3,4).

Concernant la contraception, d'ailleurs, elles considèrent que le médecin généraliste est le plus à même à la prescrire, puisqu'il possède des détails précis sur leur contexte de vie ainsi que tous leurs antécédents. Elles disent qu'il peut ainsi prescrire un moyen qui leur est plus adapté d'une part et plus spécifique, d'autre part (E2,8,3).

Beaucoup, considèrent normal au minimum, cette prise en charge en gynécologie.

Peu expriment n'être pas choquées et comprennent qu'un médecin généraliste ne pratique pas du tout de gynécologie (E10).

S'il pense avoir atteint ses propres limites, les femmes souhaitent alors, que le médecin sache les rediriger vers le meilleur spécialiste possible (E9, 11,3,1).

Les femmes interrogées ont exprimé l'envie et le besoin que le médecin amorce les conseils de prévention et d'information chez leurs propres enfants.

Elles veulent d'ailleurs amener leurs enfants pour une consultation spéciale à ce sujet dès les premières règles chez les filles (E8, 9).

L'une parle de son garçon, en insistant sur le fait qu'elles pensent avoir mené à bien son apprentissage en matière de contraception et sexualité, elle-même (E3).

Elles peuvent aussi aller le voir, pour ce qu'elles appellent des petites pathologies, infections urinaires, ou encore des mycoses. Il intervient alors souvent en premier recours.

En ce qui concerne les effets indésirables des contraceptifs, elles se dirigent également vers lui.

Il est vu ici, comme un recours médical d'urgence (E4,5,7,8,10,11).

5.3.3.3 Moins de craintes à l'éventualité d'un examen clinique

Parfois consulter un médecin généraliste, est une ruse pour échapper à un examen gynécologique, qu'elles pensent moins systématique chez lui (E5).

E5 : « Je me disais, que je n'étais pas prête, pour que quelqu'un d'autre introduise un objet dans moi et donc je voulais voir un médecin pour avoir une pilule. »

5.3.3.4 Conseillé par l'entourage

Même si certaines femmes se sont spontanément tournées vers le médecin généraliste pour le suivi gynécologique, comme une évidence, d'autres ont été redirigé par l'entourage. C'est un gage de sécurité et de confiance supplémentaire.

E2 : « après c'est ma mère qui m'a dit, moi je ne vais plus chez le gynécologue, je vais chez le médecin généraliste »

Il s'avère que beaucoup d'entre elles, ont mis longtemps à savoir que leur médecin généraliste pratiquait de la gynécologie et elles le déplorent (E1,2,3,5,8,9,10,11).

5.3.3.5 Un examinateur unique

Les femmes apprécient que le médecin, qu'elles voient souvent, soit aussi leurs examinateurs gynécologiques. Elles veulent garder l'exclusivité de leur intimité. Elles n'ont à dévoiler leur nudité qu'à une seule personne et ça les rassure (E7, 4,5,2,6,8).

E4 : « Y a que lui qui me connaît et qui me touche, voilà ! »

5.3.3.6 Des explications claires

Les femmes apprécient la qualité de l'information délivrée par le médecin généraliste. Elles trouvent ses explications étoffées et claires (E8,5,4, 10,3).

Elles encouragent les explications sous forme de dessins, qu'elles comprennent davantage (E5).

E5 : « on n'est pas du tout expert dans ce qui est le corps humain et donc du coup, c'est bien pour moi, je sais très bien que j'aime bien savoir pourquoi mon corps a réagi comme ça »

5.3.3.7 Une proximité avec son médecin généraliste

Le médecin généraliste intervient en confident de ses patientes (E4,6,5).

Elles souhaitent pouvoir parler sans jugement (E5).

E4 : « je sais que je peux aussi lui parler de tout »

E6 : « je ne vais pas dire amical (rires) c'est quand même mon médecin. Oh une bonne entente, bon on a toujours un petit mot pour rire, bon, bon enfant. »

Elles vont aussi le consulter, car elles trouvent qu'il accède plus facilement à leurs demandes (E5).

5.3.3.8 Qualité empathique du médecin généraliste

Les femmes apprécient la qualité d'écoute du médecin généraliste pendant la consultation (E8, 10,4, 7,3,5,2).

Elles le trouvent disponibles pour leurs interrogations (E8, 7, 4,2,10).

Elles s'attachent à sa gentillesse (E4,3).

E4 : « Il a toujours su me rassurer et bien m'informer des choses, et surtout pris le temps »

Parfois il y a même un pouvoir placebo de la consultation de son médecin généraliste (E5).

E5 : « j'ai l'impression qu'après la consultation je vais aller mieux, parce qu'elle m'aura expliqué ce que j'ai eu »

Elles apprécient également, la sensibilité du médecin généraliste au bien-être de sa patiente (E5).

E5 : « j'ai l'impression qu'ils font vraiment attention du coup à notre ressenti, comment on peut se sentir le plus à l'aise possible »

5.3.3.9 Accessibilité du médecin généraliste en cabinet de ville

Le médecin généraliste est le premier accès aux soins (E3).

E3 : « il m'orientera dans la spécialité dans laquelle j'ai besoin d'aller quoi ! Donc c'est un premier palier je pense »

Les femmes apprécient que le cabinet de leurs médecins généralistes soit facilement accessible (E9,5).

E5 : « comme j'habite dans la même ville, c'est beaucoup plus facile c'est juste à côté »

D'autres en revanche, avouent pouvoir faire des kilomètres pour retrouver leurs médecins généralistes habituels (E1,9, 6,4).

E4 : « avant j'habitais Pessac et j'ai toujours suivi mon médecin, donc ça ne me dérangeait pas de faire la route »

5.3.3.10 Délai de rendez-vous chez son médecin généraliste

Aller consulter son médecin généraliste pour une pose de DIU, est motivé par un délai rapide dans l'obtention des rendez-vous (E8, 1,2,4,7,11).

De même les problèmes gynécologiques étant source d'inquiétude pour ces femmes, le médecin généraliste est celui qui répondra le plus vite à leurs requêtes (E7, 4,11).

E7 : « quand j'ai appelé je crois que j'ai demandé le plus vite possible »

Elles expriment le fait qu'à la campagne, elles commencent à ressentir la forte demande de la population, pour obtenir un rendez-vous chez le généraliste (E5).

E5 : « il est souvent occupé mais après c'est normal parce qu'on est à la campagne donc euh... il y a moins de places »

« quand j'appelle le jour même je ne peux jamais l'avoir, mais ça c'est normal mais sinon c'est souvent dans la semaine ou alors la semaine prochaine »

Elles constatent le retard dans ses consultations et s'imaginent que le rendez-vous gynécologique, plus long, n'est peut-être pas signalé par toutes les patientes, au moment de la prise du rendez-vous (E5).

5.3.4 Freins à la consultation du médecin généraliste en gynécologie.

Les femmes confient avoir des réticences à la consultation du médecin généraliste.

Ces réticences sont plus motivées par leurs antécédents personnels et le vécu d'une pathologie grave, cancers gynécologiques dans la famille, frottis pathologiques.

Ces freins se retrouvent donc dans les motivations qu'elles ont, pour aller consulter le spécialiste (E1,9,11).

Par ailleurs, certaines pensent qu'à s'occuper de tout, on s'y perd, et qu'on ne peut pas tout, bien suivre, en même temps (E7, 11).

E7 : « chacun sa place aussi quoi, enfin si y a des gynécologues c'est pas pour rien non plus »

Elles expriment aussi des limites dans leurs connaissances et l'acquisition de nouvelles données et la nécessité de s'actualiser pour bien maîtriser le domaine de la gynécologie (E7).

La patiente construit avec le médecin généraliste des liens forts bien au-delà d'une simple relation médicale ou professionnelle.

Le médecin généraliste rentre dans leur sphères intimes et elles en apprécient la proximité, l'empathie et la disponibilité. C'est donc pour ces raisons que lorsqu'il s'agit de consulter pour des sujets intimes, elles apprécient que ce soit lui et limitent l'intervention d'un étranger sur leurs corps.

Cette relation de confiance à ses limites puisque le lien tissé avec tous les membres de la famille met en péril la notion de secret médical ou d'objectivité du médecin, selon elles. Ainsi les femmes redoutent d'être jugées par leurs médecins généralistes et peuvent s'en éloigner quand elles pensent être victimes d'un événement « honteux ».

De même, si des effets secondaires ou indésirables apparaissent après la prescription de leurs médecins généralistes, c'est à ce moment qu'apparaissent des doutes sur ses capacités et l'envie d'aller consulter le spécialiste.

Il est prescripteur surtout et perçu comme pauvre en examen clinique ce qui rassure les jeunes femmes en gynécologie. A l'opposé du gynécologue, technicien.

Il est le médecin de premier recours et d'urgence notamment grâce à des délais d'attente perçus comme courts corrélés à des motifs de consultations en gynécologie perçus comme importants dans le temps.

Un ensemble d'objets collatéraux participent à cette situation de bien être comme le fait de connaître depuis longtemps le cabinet médical et l'environnement général, les secrétaires...

Il est attendu dans la prévention et l'information mais de façon ambivalente, présent mais pas trop, il se doit de ne pas être intrusif.

5.4 Ressentis sur la pose et le suivi du DIU par le médecin généraliste

5.4.1 Ressentis sur le DIU en médecine

Lors des différents entretiens, il apparaît que les femmes ont totalement intégré le DIU, comme un moyen quelconque de contraception.

Elles évoquent toutes, la croyance populaire principale sur ce sujet, à savoir qu'elles ont une fois entendu dire que le DIU ne concernait pas la nullipare.

Elles même ont parfois partagé cette opinion (E4, 1,3).

E4 : « Pour moi c'était plus réservé aux gens par exemple ayant eu des enfants et ne souhaitant plus en avoir »

A ce sujet elles se mettent d'accord sur le fait que ça a changé et qu'il est possible maintenant de poser ce dispositif a une femme n'ayant jamais eu d'enfants.

Elles se rappellent cependant beaucoup, de certaines de leurs amies, qui se sont vues refuser ce type de contraception chez leurs gynécologues, évoquant cette raison (E1,7).

Elles y associent immédiatement le geste technique mais la plupart le considère comme simple. Certaines en viennent à banaliser la pose (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

Ceci leur permet de dire qu'il est aberrant d'imposer ce geste en milieu spécialisé, puisqu'elle considère le DIU comme une surcharge de travail inutile à gérer pour les gynécologues, qui devraient se consacrer à des choses plus spécifiques (E8,1,2,3,5,6,8,10).

C'est sur ce même argument qu'elles considèrent cette pratique, plus adaptée au milieu en cabinet.

Le rôle de la sage-femme est très méconnu dans la gestion du DIU. Il est probable que les femmes l'ignorent, ou qu'elles ne se sentent pas concernées.

5.4.2 Pose du DIU par le médecin généraliste : Facilité du geste/ compétences

Les femmes s'adressent au médecin généraliste pour la pose de leurs DIU, soit du fait du bouche-à-oreille (E5).

Parce qu'elles ont eu connaissance de cette pratique par un affichage dans la salle d'attente (E8).

Parce qu'elles ont été adressées par un autre confrère généraliste ne pratiquant pas de pose (E10, 11).

En posant par hasard la question à leur médecin généraliste (E1,2,7,9,3).

Parce le médecin leur a proposé (E4,6).

Lorsqu'elles consultent le médecin généraliste pour la pose de leur DIU, les femmes déclarent avoir en lui toute confiance et le considérer apte à ce geste technique. (E8,6,5,1,2,4,6,7,9,10,11).

E8 : « pour moi un généraliste est apte à faire ça »

E6 : « il a peut-être plus d'expérience parce qu'il doit le faire, pas tous les jours, mais régulièrement enfin plus souvent par rapport au médecin généraliste, ça c'est sûr et ce n'est pas pour ça qu'un médecin généraliste est plus maladroit qu'un gynéco »

Ce sentiment perdure après la pose effective. Elles reconnaissent donc à la fois ses capacités et ses compétences.

Elles méconnaissent cependant toutes, la formation réelle de leur médecin en gynécologie et plus particulièrement sur la pratique et l'apprentissage de la technique de pose.

Les dires du médecin concernant sa pratique du DIU, leur suffisent, pour franchir le pas avec lui (E7,6,5,8,9,10,11).

Elles expriment une satisfaction dès les premiers temps de préparation avant la pose, sur les explications proposées (E5).

Elles sont satisfaites de la prise en charge du DIU par le médecin généraliste (E7,8,9,11,6,4,1,10,2).

Elles s'adressent à lui parfois, quand la pose ne peut pas être repoussée, car elles lui connaissent une plus grande disponibilité que les gynécologues (E1,2,8,9).

E1 : « c'est la réactivité c'est-à-dire que dans mon cas où je n'avais pas beaucoup de temps pour faire les deux visites, le fait de ne pas avoir d'attente, d'être prise en charge très rapidement ça a été un des plus grands facteurs. »

Parfois la pose se solde par un échec.

Après trois poses infructueuses, le médecin généraliste, a abandonné la pose du DIU et cette femme avoue ne jamais avoir remis en cause, ses compétences (E3).

Elle n'a pas consulté ailleurs pour ce DIU.

Elle avait subi un curetage l'an passé, après une IVG médicamenteuse insuffisante.

Elle s'est orientée vers la stérilisation définitive

5.4.3 Ressentis pendant la pose du DIU

Les femmes ont en général eu une consultation avant celle de la pose qui leur a permis d'aborder plus sereinement le moment de la pose (E8,5,1,3,9,10,11).

E5 : « j'ai trouvé ça bien comme préparation »

Elles ont même parfois apprécié une prémédication (E1).

La pose est majoritairement un ressenti douloureux et difficile (E10,9,7,6,5,2,3).

Qu'elles soient nullipares ou non, que ce soit leur premier DIU ou un renouvellement, pour certaines d'entre elles, elles en ont mauvais souvenir (E10,5,3).

Elles utilisent en majorité un vocabulaire à connotations négatives et de désagrément pour s'exprimer à ce sujet (E5,2,3).

Un des moments vraiment désagréable et douloureux est la pose du spéculum (E7,5).

E7 : « le « bec », c'était horrible, ça je n'ai pas aimé, c'était euh... trop dur, le plastique au bout du bec c'est trop tranchant »

Il y a aussi le moment du déploiement des ailettes du DIU (E7,5).

Le vécu est douloureux généralement, et pour certaines d'entre elles, elles ont émis un doute, quant à la prise en compte, ou la mesure réelle de l'intensité douloureuse, par le médecin au moment de la pose (E5).

Il peut même arriver qu'il y ait une sensation de malaise vagal suite à la pose (E7).

E7 : « j'ai voulu un peu me lever, et là j'ai cru m'évanouir »

« Quand je suis sortie, je me suis assise par terre, je ne savais pas quoi faire, mon corps n'était vraiment pas bien. L ; a eu peur du coup il est venu dehors avec moi »

« Et pendant une journée je suis restée dormir. »

Peu en ont quand même un souvenir non douloureux (E4,1,3).

E4 : « moi je n'ai eu mal à aucun moment »

Il y a parfois également, eu un léger ressenti de pudeur (E6,9,4).

E4 : « forcément on est toujours un petit peu gêné mais bon maintenant comme il s'est installé de la confiance »

Elles expriment en toute logique, un sentiment de soulagement à la fin du geste.

Elles en gardent malgré tout, principalement, une satisfaction quant au temps consacré à la pose (E1).

Il en ressort un vécu assez propre à chacune, et en adéquation avec leurs personnalités et leurs antécédents divergents.

5.4.4 Influence du comportement du médecin généraliste sur le ressenti

Quand elles parlent du comportement du médecin pendant la pose, on a pu sentir les femmes apaisées ou rassurées (E8, 5,4,2,9,10,11).

En effet, elles ont ressenti un calme et une maîtrise, parfois un encouragement verbal du praticien (E5,1,2).

Ceci a contribué à dédramatiser la pose, à sécuriser les femmes et à ce qu'elles acceptent mieux certains ressentis, notamment ceux de douleur (E5).

Mais aussi un effet anxiolytique (E5,4).

Elles ont pu apprécier un médecin drôle, tendant de détendre l'atmosphère avec quelques plaisanteries (E5,10).

Il a pu être très mal vu, pendant la pose, la disponibilité du médecin aux appels extérieurs (E7).

E7 : « ça sonne et euh... ben il est entrain de te poser le stérilet ou qu'il te met le « bec » et là bon, réponds pas quoi ou laisse sonner ou mets-le en veille »

Parfois aussi le médecin a paru être trop expéditif à la fin de la pose (E7).

E7 : « il aurait pu me garder peut-être un peu plus longtemps avec lui »

Le médecin, avec l'expérience qu'il acquiert, se montre de plus en plus sûr dans ses gestes durant la pose (E6, 5)

E5 : « elle a posé énormément de stérilets, donc elle peut savoir à mon avis la douleur des femmes »

5.4.5 Informations acquises sur le DIU

De cette utilisation du DIU, les femmes en ont majoritairement retenu les fondamentaux.

Elles disent désormais savoir qu'il est possible pour une nullipare de bénéficier de cette contraception (E8,6,2,5,7,1,11).

Par ailleurs elles ont des connaissances réelles et suffisantes sur les conditions de l'insertion, le moment du cycle où on doit procéder à la pose, le matériel utilisé (E10, 9,4,5).

Elles savent énoncer les consignes de surveillance, les premiers cycles après la pose, notamment le toucher vaginal à la recherche des fils. Elles ont donc bien retenu l'information du risque d'expulsion du DIU (E4,5).

Cependant, peu d'entre elles semblent informées ou ont retenu, les informations sur les complications potentielles, risques infectieux et risques de perforation utérine et de migration du dispositif (E4,1).

E4 : « pas grand-chose, parce qu'en réalité, je n'ai jamais cherché à demander ni à savoir pourquoi moi, j'ai eu totalement confiance en mon médecin, donc j'y suis allée »

Certaines relatent les risques persistant de grossesse après insertion (E6).

5.4.6 Ressentis sur le suivi du DIU

Le ressenti douloureux persiste après la pose, de quelques jours à plusieurs mois. Les femmes décrivent des contractions du col et des douleurs pelviennes parfois invalidantes.

Il semble que la plainte principale, soit sur les DIU au cuivre, avec des métrorragies persistantes (E5, 10,8).

E5 : « j'ai mes règles trois semaines dans le mois »

Parfois douloureuses (E8, 5).

E8 : « des douleurs, oui pendant deux jours au moins. Je suis obligée de prendre un doliprane®, enfin un médicament »

E5 : « moi ça m'a fait mal, ça m'a fait affreusement mal du coup les premiers mois, mais je me suis, y a un temps d'adaptation, je dois le respecter et je prends sur moi »

Dans ce cas, elles décrivent le besoin d'une consultation rapidement, avec le médecin généraliste (E5,10,7,6).

D'abord dans le but d'être rassurées, puis elles sentent vite un découragement face à l'utilisation de ce DIU et ont vite demandé à le changer.

Elles estiment cependant ne jamais avoir connu de situation d'urgence avec ce dispositif.

Elles avouent avoir été rassurées par l'échographie de contrôle post pose, pour celles qui en ont eue (E5,10).

Si le médecin s'est vu rassurant et a tenté de les persuader de garder le dispositif, pour celles qui se sont plaintes d'effets secondaires, soit elles ont accepté d'attendre une évolution favorable, soit elles ont remis en question la validité des propos du médecin, en posant la question à un autre médecin par exemple (E5).

L'une d'entre elles, s'est plaint de pesanteurs pelviennes persistantes, de douleurs pendant les rapports et de gêne du conjoint à cause des fils ressentis (E10). Elle a demandé le retrait de son DIU au bout de huit mois.

Celles dont les douleurs se sont arrêtées rapidement, expriment une grande satisfaction et considèrent ce moyen de contraception adapté à elles (E6, 11).

Cependant, très souvent, elles n'ont pas poursuivi les visites de contrôle du dispositif, avec le médecin, par oubli (E6, 5).

Elles possèdent finalement peu de connaissances sur les complications possibles d'un DIU. L'une d'entre elles regrette d'ailleurs, que le médecin généraliste l'ait mal informée sur la possibilité de métrorragies douloureuses (E7).

5.4.7 Ressentis sur les médecins généralistes ne posant pas de DIU

Le besoin d'un examinateur unique et le lien construit dans le temps expliquent que certaines femmes ne s'imaginent pas consulter quelqu'un d'autre que leurs médecins généralistes pour la gynécologie (E5,8,4,6).

E5 : « ça pourrait déjà refroidir certaines personnes »

« si par exemple un médecin généraliste ne peut plus poser de stérilet, je sais bien qu'elle n'en posera jamais de sa vie du coup, qu'elle ne supporterait pas que quelqu'un d'autre la voie »

Pour la contraception, elles s'expriment sur le fait que si elles ne peuvent pas poser de DIU avec leur médecin, alors elles seraient tentées, de conserver des moyens de contraception qu'elles tolèrent mal et moins adaptés, que le DIU (E5).

E5 : « les conséquences, c'est soit elle prend un autre moyen de contraception qui ne lui sera pas adapté, donc peut-être des risques de sauts d'humeur ou alors peut-être comme moi des risques d'hémorragie »

« ou alors si elle ne prend pas d'autres moyens de contraception, ben de ne pas du tout en prendre et du coup un risque de grossesse »

A terme, cela représente pour elles, un risque d'abandon de leurs méthodes contraceptives puis de grossesses non désirées.

Dans le cas où elles nécessitent une consultation rapidement, puisqu'elles trouvent que les spécialistes n'ont pas de créneaux ouverts à leurs urgences, la situation se complique encore :

E4 : « bah récemment j'ai eu un souci enfin le premier de ma pose du stérilet, euh donc la première fois pour moi que j'avais mes règles, j'ai eu des règles très abondantes... mon médecin n'étant pas là et son remplaçant ne pratiquant pas la gynécologie, m'a renvoyée vers un cabinet ou si je ne trouvais pas, aux urgences...

Je n'ai trouvé aucun gynécologue disponible pour me recevoir, donc j'ai dû partir aux urgences ! »

Par ailleurs elles estiment, le délai pour avoir un rendez-vous de pose chez le médecin généraliste plus adapté à la mise en place d'une contraception (E8, 9,2,3).

Elles s'accordent sur trois exemples :

- La jeune fille instable qu'on ne reverra jamais, parce qu'on lui propose un rendez-vous à plusieurs mois,
- La patiente incertaine ou anxieuse, qui va se décourager et finir par annuler sa pose de DIU (E8),
- Ou encore la patiente dont la durée de vie du DIU est à son terme et qu'il doit être changé rapidement (E9).

Le risque principal redouté par les femmes dans le cas où le médecin généraliste ne propose pas ce geste c'est qu'il y ait l'apparition de grossesses non désirées (E2,8).

Ce serait donc un moyen de pallier à la faille de prise en charge du spécialiste à ce niveau.

Finalement, même si le médecin généraliste ne gère pas le DIU, elles avouent surtout important le fait qu'il les écoute et les rassure avant de les orienter vers les services compétents (E11,9,1,3).

Paradoxalement, il leur paraît quand même indispensable que tous proposent un suivi de contraception.

Elles différencient donc bien ici le DIU, des autres moyens de contraception.

Elles considèrent quand même qu'ils doivent garder, la possibilité de choisir de poser des DIU ou non (E8,7,11,1).

E8 : « leur imposer je ne trouve pas ça bien, parce qu'ils font un choix de vie et de métier [...] je ne suis pas d'accord non plus. »

E1 : « ils ne s'en sentent pas capables [...] c'est plutôt honnête »

5.4.8 Suggestions d'amélioration des pratiques et regrets dans la prise en charge

Les femmes reconnaissent qu'il manque de matériels spécifiques de la gynécologie chez le médecin généraliste.

Elles évoquent les étrières, l'absence d'examens complémentaires sur place et notamment de l'échographie.

Cependant elles précisent que ces défauts n'ont en rien altéré leur suivi et leur prise en charge (E4,2).

Par rapport à leur ressenti de pudeur, certaines souhaiteraient l'utilisation d'un drap d'examen recouvrant les parties génitales intimes (E1,9).

E1 : « j'ai trouvé plus agréable la prise en charge en équateur tout simplement parce qu'on porte euh... le patient peut aller se déshabiller dans un petit toilette et euh il y a une blouse à sa disposition »

L'une d'entre elles évoque également la nécessité de ne pas les faire déshabiller entièrement (E1).

Beaucoup d'entre elles regrettent le manque d'informations claires en salle d'attente, concernant la capacité de pose du DIU par le médecin généraliste (E5,1).

E1 : « une information ce serait une affiche qui dit voilà, nous sommes médecins généralistes, nous avons fait telles formations, nous proposons ça »

L'une aimerait même voir affichés les diplômes le prouvant (E1).

E1 : « nous avons une telle spécialisation à l'université bordeaux »

L'une d'entre elles a également, compte tenu de son vécu gynécologique perturbé, trouvé regrettable que son médecin généraliste et les gynécologues consultés n'aient pas dépisté ses troubles psychologiques.

Elles les pensent à l'origine d'effets secondaires répétés, rencontrés avec les différents moyens de contraception utilisés (E5).

Les femmes souhaitent aussi que le médecin soit explicite quant à ses propres limites en matière de gynécologie (E7,1).

Les femmes nous ont fait part des perpétuelles idées reçues qui continuent de circuler et même dans le milieu médical sur les DIU. Il paraît important de noter qu'ils existent encore des confrères expliquant que la nullipare n'a pas le droit au DIU, sinon que oui mais seulement s'il y a une présence d'hormones.

Travailler sur les conditions de pose du DIU est un point essentiel de l'acceptation des patientes de ce dispositif.

En effet, il oblige à un examen médical intime et le geste est associée à un ressenti douloureux.

Elles arrivent donc déjà en consultation de pose en état de stress la plupart du temps. La préparation du geste par des explications claires et même des schémas permet d'aborder les choses plus sereinement.

Enfin la pose aussi douloureuse soit elle, se passe bien avec un opérateur en qui elles ont confiance et qui se place en accompagnateur rassurant et empathique.

Elles lui font confiance jusqu'à l'apparition d'éventuels effets indésirables.

Si le médecin insiste trop à conserver un DIU qu'elles ne tolèrent pas, elles peuvent remettre en doute sa capacité de juge et confronter son avis à celui d'un confrère.

Malheureusement, quand le DIU est bien toléré, il apparaît une rupture dans le suivi gynécologique des femmes découlant du sentiment de liberté qui les anime.

Elles aimeraient bien l'amélioration des pratiques en ce qui concerne leur ressenti de pudeur et une information claire et accessible à tous sur les compétences de chaque médecin généraliste en matière de DIU.

5.5 LIEN AVEC LE MILIEU HOSPITALIER

5.5.1 Ressentis sur l'hôpital

5.5.1.1 Importance des procédures administratives

Le premier ressenti sur l'hôpital est la gêne et le temps consacrés à la partie administrative.

Les femmes sont souvent perdues et trouvent les formalités redondantes et pénibles (E10, 7)

E10 : « déjà je ne sais même pas où aller, j'ai dû demander à l'accueil etc., et puis après... dans une grande salle d'attente, on était une vingtaine à attendre, je ne savais pas dans quel cabinet il fallait aller, il fallait que je me renseigne encore dans un autre service pour me réenregistrer, enfin j'ai pas trop apprécié ».

E7 : « c'est toujours un peu compliqué aussi, y a plein de papiers à faire »

Elles n'apprécient pas non plus la nécessité de multiplier les rendez-vous hospitaliers, pour une seule et même prise en charge, toujours en plusieurs temps, comme si à chaque fois la durée dont on dispose avec le soignant doit expirer rapidement.

5.5.1.2 Manque d'humanité du milieu

A l'unanimité les femmes ont une image repoussante du milieu hospitalier qu'elles trouvent rigide et impersonnel.

Elles trouvent ce lieu hostile, peu chaleureux, peu engageant (E5,2,3).

E2 : « c'est quand même intime c'est quand même une relation de confiance, donc tout ce qui peut mettre en confiance que ce soit le médecin ou l'environnement c'est toujours mieux »

Elles y décrivent des professionnels désincarnés, froids et considèrent qu'il y règne un climat d'agressivité (E5).

Elles y déplorent un manque d'humanité et dénotent des façons « industrielles » de travailler, le sentiment d'être traitées comme du bétail (E6,10,5,3).

*E10 : « et puis l'hôpital c'était vraiment l'usine, personne ne me connaissait. »
« on passait à la chaîne [...] ça c'est pas bien, ça c'est bien, m'a examiné, m'a donné ma pilule et puis c'est tout, je suis partie. Il n'y avait aucun dialogue. »*

*E5 : « c'était dans une salle d'attente où tout le monde se voyait alors certes on avait des numéros même des lettres »
« j'ai l'impression que ces personnes, en tout cas que j'ai eues qui se sont occupées de mon cas, le faisaient parce que c'était leur métier, qu'ils n'avaient pas de passion dans ce qu'ils faisaient »*

E3 : « on est des morceaux de viande »

L'une d'entre elles, nous fait part d'une de ses expériences à l'hôpital pour une demande d'IVG. Elle décrit une absence d'empathie, d'accompagnement, d'explications et de préparation aux gestes et à l'examen clinique.

Elle en a un souvenir d'intrusion (E5).

5.5.2 Motifs de consultations à l'hôpital

Au début de la vie sexuelle, les femmes consultent au centre de planification parce qu'elles n'ont pas ouvert la discussion avec leurs parents.

Elles consultent donc un lieu gratuit pour elles sans nécessité qu'elles soient accompagnées (E5,7,6,4,3).

E4 : « il y a beaucoup de jeunes filles aussi qui se tournent vers le planning familial, parce que justement elles ne veulent pas en discuter avec le gynécologue ou avec le médecin traitant »

« J'ai eu affaires une fois et j'ai trouvé ça génial très à l'écoute »

Le centre de planification n'a pas toujours une bonne image, associé à une population avec une mauvaise situation sociale ou des jeunes filles sans famille (E7,3).

E7 : « c'était trop brusque et je ne me suis pas du tout senti à ma place parce qu'elle m'a fait comprendre que les jeunes filles qui venaient là, c'était des jeunes filles vraiment avec des difficultés »

« c'était une aide d'urgence quoi, enfin j'avais besoin d'en parler, d'être avec quelqu'un qui pouvait être à l'écoute de moi »

« c'était la seule porte pour moi qui était ouverte »

E3 : « un aspect quand même négatif du planning familial »

Le reste de l'hôpital connote l'idée de consultations pour des motifs d'urgence. Pour les femmes c'est cette raison principale qui devrait les amener à penser à aller à l'hôpital. D'ailleurs elles y ont principalement consulté pour ça (E6, 7,4,2).

E7 : « c'est qu'en cas d'extrême urgence du coup que j'irai non ? »

« moi l'hôpital, moins j'y vais, mieux je me porte en fait »

E4 : « mes seules motivations seront en cas d'extrême urgence »

De nouveau, l'idée de l'hôpital apparaît si la prise en charge gynécologique devient trop compliquée pour le médecin généraliste, ou si le recours à ce dernier est impossible.

Par exemple, si le retrait de l'implant sous cutané est impossible en cabinet (E5).

Pour toutes les pathologies graves (E5,6,1,2,3).

E1 : « ça serait peut-être considérer les femmes comme malades, donc peut-être que ça ne me plairait pas »

5.5.3 Motivations pour aller à l'hôpital

Certaines femmes ont consulté à l'hôpital pour de la gynécologie.

Une seule s'est fait poser un DIU en milieu hospitalier, au moment du post-partum (E9).

Une femme dit trouver les délais de consultation à l'hôpital, très rapides, et pense que c'est dû au fait qu'elle soit très souple et disponible, en horaires de semaine (E10).

L'une d'entre elles, confie son désespoir au départ à la retraite de sa gynécologue et comment cela l'a amené à consulter à l'hôpital (E10).

E10 : « [...] jusqu'à ce que le docteur C., parte à la retraite, il y a trois ans il me semble, deux ou trois ans.

Moi : vous avez essayé de la remplacer par un autre gynéco ?

oui j'ai été à Pasteur(l'hôpital du canton), parce qu'à Langon (sous-entendu en ville), plus personne ne prenait [...] »

Elles apprécient la présence et la facilité d'accès à l'examen complémentaire à l'hôpital (E4,3).

Certaines femmes font la priorité du choix du praticien qui doit assurer leur suivi, s'il exerce à l'hôpital, alors elles iront sans souci (E10,11,4,1).

Quand il s'agit d'un examen d'obstétrique, les ressentis sont meilleurs.

Les femmes déclarent fortement apprécier, d'aller à l'hôpital. En effet elles peuvent bénéficier d'une échographie sur place (E10,8,9).

Elles trouvent également le spécialiste plus patient, plus doux, proposant plus d'explications et sentent vraiment leur grossesse considérée. Elles expliquent que le temps de consultation est suffisant pour qu'elles puissent poser toutes leurs questions et trouvent quelqu'un à leur écoute.

E10 : « : ah oui avec mon gynécologue, avec mon obstétricien c'était complètement différent, vraiment on parlait de moi on parlait de tout, enfin il essayait vraiment de connaître mon ressenti [...] il me mettait très, très, à l'aise »

5.5.4 Freins à la consultation gynécologique hospitalière

Le milieu hospitalier est encore une inconnue dans le vécu des femmes (E4).

E4 : « je viens ici c'est un peu familier, c'est comme si voilà, je suis plus à l'aise... le milieu hospitalier c'est vraiment LE milieu hospitalier c'est strict »

L'un des freins à la consultation à l'hôpital exprimé, est le souvenir d'une mauvaise expérience. L'accès à l'hôpital fait peur (E7,5).

Les femmes expriment des réticences également quant à la notion de confidentialité, puisqu'elles se trouvent appariées par motifs de consultation et s'imaginent, que les autres, devinent donc pourquoi elles consultent (E5).

E5 : « ... tout ce qui est confidentialité on peut reconnaître les gens dans la rue, toutes les personnes qui étaient dans la même salle que moi, je savais très bien que c'était pour la même chose que moi ! donc quoiqu'il arrive y avait un jugement »

Une autre raison est qu'en milieu semi-rural, les cercles de connaissances sont élargis et que les femmes craignent d'être aperçues par l'entourage, consultant ou y travaillant (E5,7).

Elles décrivent ainsi une frontière entre l'anonymat appliqué à l'hôpital et la confidentialité réelle (E5,2).

Par ailleurs celles qui ont eu accès aux consultations hospitalières les ont trouvées trop courtes, et ont souffert d'un manque de temps de communication avec le médecin, qu'elles déplorent, ne pas voir souvent (E1,7).

L'un des freins à la consultation est qu'elles ont un ressenti de jugement fort par le personnel soignant en gynécologie lui-même, elles regrettent un comportement hospitalier qu'elles jugent, influencé par un procès existant sur l'inconscience des femmes (E5,3).

Elles pensent aussi que les femmes qui consultent sont victimes d'une image d'irresponsables, surtout les jeunes filles et qu'elles sont mal jugées pour abus de la gratuité et de la facilité des soins dispensés.

Elles désapprouvent également la multiplication des intervenants médicaux s'interposant à la création d'un lien solide, avec le même intervenant et pouvant mettre à mal leur pudeur (E4,8,3).

E4 : « l'inconvénient justement c'est qu'on ne tombe généralement pas souvent, sur la même personne. »

E3 : « ce n'est pas facile d'aller, voilà de, s'allonger sur cette table, de mettre les pieds dans les étriers, à chaque fois une nouvelle personne, c'est pas très facile et puis, la misère c'est qu'elle ne connaît rien de vous quoi ! n'y a pas de dossier qui suit »

Par ailleurs le personnel semble habitué et effectue un travail de routine, elles y ont vécu un déni notamment de leurs douleurs (E5,2).

E5 : « je leur ai dit que ça me faisait mal ils m'ont dit « non, non ça ne fait pas mal » »

Les professionnels y sont vus comme impatientes, énervés, parfois révoltés.

Elles ont pu vivre des examens gynécologiques jugés agressifs (E5).

Les femmes interrogées n'ont jamais vécu de difficultés personnelles, d'accessibilité de l'hôpital, depuis leur lieu de vie, mais elles pensent qu'il doit être difficile voire impossible

pour certaines localités du territoire, dépourvus de réseaux de transports en commun de desservir l'hôpital. Par conséquent, elles regrettent certaines situations de femmes, qu'elles imaginent isolées (E11, 9,7).

E7 : « on va beaucoup plus facilement dans un cabinet qu'à l'hôpital quand même »

Par ailleurs, il apparaît que le milieu hospitalier met la priorité au suivi de grossesse.

Par conséquent, elles ne s'y sentent pas à leur place pour un suivi gynécologique simple.

Elles imaginent de toute façon, ne pas avoir la priorité sur les consultations d'obstétrique et qu'elles perdraient beaucoup de temps. (E8, 6).

E8 : « Parce que moi ma gynéco, c'était à l'hôpital donc à Langon, et c'était trop de temps perdu à attendre, ils ont des urgences, il faut revenir, enfin... »

E6 : « ça doit être à la chaîne puisque le gynéco du coup il doit exercer autre chose, il doit faire de l'obstétrique ou je ne sais trop quoi et euh il y a peut-être moins de contact, pas de contact mais moins d'affinités on va dire »

Elles pensent de toute façon, que les conditions de travail en milieu hospitalier sont trop compliquées.

Elles disent que les praticiens subissent une pression de rentabilité, au détriment de l'écoute et de la disponibilité aux patientes (E9).

5.5.4.1 Freins au suivi du DIU à l'hôpital

Le milieu semble inadéquat à un motif de pose d'un DIU qui est qualifié de geste facile (E8,7,6 ,5,1,2,3) et anodin (E3).

E5 : « mon premier choix ne se tournerait pas vers un milieu hospitalier, euh parce que dans ma tête quand je dois aller à l'hôpital c'est pour quelque chose de grave,

E7 : « pourquoi j'irai à l'hôpital, on dirait que c'est une intervention chirurgicale limite alors que non »

La gestion du DIU, est considérée pour elles, comme une partie banale de la gynécologie. C'est pour elles, une suite logique de la contraception.

Elles trouvent que sa place est plus avec le médecin généraliste et serait une surcharge inutile en milieu hospitalier (E8,5,1,3).

Elles sont plutôt hostiles à l'idée de consulter en milieu hospitalier pour ce dispositif.

E8 : « voilà moi je pense que pour une pose de stérilet à l'hôpital, ça sert à rien, ils ont tellement plus à faire en plus, ils ont le suivi de toutes les femmes enceintes. Y aller pour faire poser un stérilet non je pense que son toubib ça suffit. »

E5 : « je pense aussi qu'il y aurait peut-être énormément de boulot pour les gynécologues et les sages-femmes qui normalement peuvent faire autre chose, une pose de stérilet à mon avis c'est assez facile, que les médecins généralistes peuvent faire et ça serait en gros leur enlever du travail et être plus efficace en gros dans leur métier, dans leur spécialité. »

E2 : « ça ne me viendrait jamais à l'esprit de me dire, je vais aller à l'hôpital pour me faire poser un stérilet »

Le milieu hospitalier est soit méconnu des femmes soit redouté. Elles s'y rendent pour des raisons liées à des pathologies ou motifs graves.

Elles ne s'y sentent pas à l'aise, étrangères même et soulignent la place importante des démarches administratives et la complexité des rendez-vous.

Les délais de rendez-vous sont beaucoup trop longs. Le personnel soignant, est perçu comme froid et parfois agressif.

Elles n'y ressentent pas de bien-être et la confidentialité leur manque, regrettant d'être dans une salle d'attente où l'on peut deviner que la voisine de droite vient elle aussi pour un avortement.

Elles reconnaissent l'avantage de disposer de tout sur place et notamment en matière d'examens complémentaires.

Elles regrettent de n'être que des numéros et ne pensent pas que la contraception ait sa place en milieu hospitalier.

Il en est de même pour la pose de DIU plutôt banalisée par elles qui n'a pas lieu d'être à l'hôpital et où il serait plus judicieux de laisser place aux accouchements et aux cas

opératoires.

Elles ont mis en évidence un gynécologue plus disponible et à l'écoute pendant le suivi de grossesse.

5.6 Réflexion sur l'offre de soins en gynécologie et projection sur l'avenir

Une d'entre elles, a un sentiment de multiplication de spécialistes, elles trouvent qu'il y en a de plus en plus et que le problème se trouve juste, dans le fait qu'ils ne prennent plus de nouvelles patientes (E10).

D'autres s'accordent sur le fait que le milieu hospitalier n'est pas une bonne solution à la disparition des spécialistes en cabinet (E5, E11).

E11 : « certaines femmes isolées ne pourront peut-être pas se rendre à l'hôpital et ça peut être un obstacle à ce qu'elles consultent. »

E5 : « si par exemple les personnes ne veulent pas aller dans les hôpitaux, si y a quelque chose qui les bloquent dans les hôpitaux ou alors qu'ils connaissent les gens, ça peut aussi les refroidir »

D'autres, cependant s'offusquent que l'on demande toujours plus au médecin généraliste, et qu'à tout faire, il y perdra en qualité de prise en charge (E11, 7, 5,1).

E5 : « je pense que peut-être plus de personnes iront voir les médecins généralistes, [...] pour ça »

E11 : « : ben oui mais alors attendez ils ne peuvent pas tout faire non plus, ce ne sont pas des « MICHEL MORIN » !!! moi je pars du principe qu'un carreleur ne peut pas bien faire le carrelage et bien faire la peinture aussi ! s'il fait tout, pour moi c'est impossible qu'il fasse tout bien. »

La majorité pense qu'en même que c'est au médecin généraliste, premier contact en ville avec le mode médical pour elle à pallier au manque d'offre de soins en gynécologie (E9,6,4,2).

E9 : « il y a un manque de médecins, les délais se rallongent, la population augmente [...] Forcément il y a un moment où ça va coïncider ! »

« Personnellement, je trouve que d'avoir une spécialisation en gynéco, ça ouvre déjà une porte à certaines femmes, ben pour toutes les minettes qui veulent avoir la pilule et qui ne sont pas obligées d'attendre six mois, ben parce que les ados enceintes et compagnie, y en a plein et des jeunes. »

E2 : « j'ai trouvé vraiment bien, c'est que voilà la gynécologie, ça devient vraiment accessible et j'aimerais que ça le soit pour tout le monde ! »

Elles considèrent que l'offre de soins doit être améliorée en ville (E7, 5,2).

E7 : « je pense qu'il faut plus de gynécologues accessibles en cabinet en ville qu'à l'hôpital »

E5 : « je pense que tout le monde pourrait avoir le choix, ne pas se dire par défaut je vais voir mon médecin généraliste »

E2 : « à mon sens le système de gynécologues que l'on a aujourd'hui, il n'est pas efficace et pas adapté à la patientèle, [...], ce sont des rendez-vous qu'il faut planifier plusieurs mois à l'avance, c'est pour des gens qui sont déjà réglés comme une horloge [...] j'ai extrêmement de compassion et de pitié pour les jeunes filles perdues, parce que moi je sais que j'ai eu beaucoup de chance »

E2 : « ce ne serait plus quelque chose de mystique et sacrée et si on a besoin, d'aller faire de la gynécologie, on peut aller voir son médecin de famille et voilà, j'espère que cela va se passer comme ça ! J'espère ! »

Il apparaît que les patientes méconnaissent le système de soins en gynécologie.

Elle se sont bien rendues compte, par expérience personnelle, ou selon les dires de l'entourage, de l'appauvrissement des gynécologues et surtout en libéral. Cependant, elles n'ont aucune idée de l'évolution de ce phénomène.

Elles n'évoquent que trop peu, l'accès aux sages-femmes si besoin.

Elles mettent en évidence la saturation des cabinets médicaux, le renoncement pour certaines à l'accès à la contraception et le défaut du choix de son praticien.

Elles redoutent l'obligation de consulter à l'hôpital.

Elles souhaiteraient la généralisation de la pratique de la gynécologie, y compris la pose et le suivi du DIU en cabinet de ville, mais sont conscientes, qu'il en va du droit des médecins à y adhérer.

Elles reconnaissent enfin le fait, qu'ils ne peuvent pas non plus tout faire en médecine générale de ville.

DISCUSSION

1 POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1 Points forts

Le point fort de cette étude est son originalité.

Les défauts des médecins généralistes ont souvent été explorés, mais leurs bonnes pratiques, moins.

De même les freins au DIU ont souvent été étudiés, leurs avantages, moins.

Il était intéressant ici de montrer comment certains médecins généralistes pratiquent la pose du DIU. Ceci, envers et contre tout, toutes les craintes sur des responsabilités engagées face au risque de complications du dispositif.

Il était important de mettre en lumière un tableau noirci de cette partie de la contraception.

C'était également l'occasion de donner la parole à nos patientes, quant à un service médical, qui leur est directement rendu.

De plus ce travail m'a permis de passer du temps avec ces femmes, que l'on côtoie souvent sans imaginer la profondeur de leurs vécus.

Ce travail a également permis de prendre en photo les ressentis et comportements de femmes à un moment donné, dans un contexte donné, sur une action donnée.

Cela a participé à contextualiser le recours au DIU d'une part et celui au médecin généraliste, d'autre part.

L'étude a aussi indirectement, mis en lumière, des failles dans le suivi gynécologique, dans le relationnel avec les spécialistes et des événements de vie forts et marquants.

1.2 Limites et biais de l'étude

Biais de sélection :

Le fait d'interroger des femmes utilisatrices de DIU uniquement a fait pencher la balance vers une insatisfaction globale, des autres moyens de contraception.

Par ailleurs, le fait même de sélectionner des femmes qui ont recours au médecin généraliste pour des pratiques gynécologiques a favorisé l'émergence d'idées négatives sur les spécialistes.

On ne connaît donc pas l'avis des femmes n'utilisant pas de DIU ni celles ayant choisi de se faire suivre uniquement par les spécialistes.

Sujet trop complexe :

La complexité du sujet a peut-être contribué à obtenir des entretiens dispersés. En effet, il s'agissait non seulement de définir un ressenti sur un mode de contraception, mais également le recours à un opérateur et à un lieu, tous deux bien spécifiques. Ceci a donné des entretiens longs, très chronophages à la retranscription, avec des coq-à-l'âne.

Il aurait peut-être été plus simple, de ne pas traiter du vécu des femmes, mais de cette partie découlait tout le reste.

Biais de recueil :

Une difficulté particulière est apparue quant à la présentation de l'enquêtrice pendant les entretiens. En effet, les patientes et moi nous connaissions et il a été difficile d'être neutre et de ne pas acquiescer pendant les rencontres.

Par ailleurs, le fait que j'ai moi-même posé certains des DIU a pu entraîner des biais dans leurs réponses concernant les aptitudes du médecin et le déroulement de la pose. Peut-être que celles-ci n'ont pas voulu me froisser.

Cependant, en réalisant l'analyse des données, on voit quand même qu'elles n'hésitent pas à se plaindre de douleurs et à faire des remarques négatives.

Limites dans la taille de l'échantillon :

La méthode qualitative impose un échantillonnage théorique et non significativement représentatif d'une population. On peut donc se permettre un petit échantillon.

La représentativité est plus ici, dans la recherche d'une variation maximum dans les caractéristiques des participantes.

En clair il convient d'interroger des participantes supposées concernées par la théorie émergente.

Le but ici est de confirmer des hypothèses, pouvant expliquer un phénomène de santé.

Le résultat doit permettre de contextualiser l'action, lui définir des conditions ou causes puis d'en établir des conséquences.

2 LES RESULTATS

2.1 Le suivi gynécologique

Le point principal sur le suivi gynécologique est que tout simplement **les femmes estiment ne pas en avoir**. C'est une **obligation pénible** à laquelle elles tentent d'échapper.

Selon les résultats de 2005 de l'institut de veille sanitaire (33), en France, cette instabilité de suivi augmente avec la précarité des femmes et avec leurs jeunes âges.

Un chiffre m'interpelle dans la population non précaire des 16-25 ans, 46,48% n'a pas de suivi gynécologique régulier.

Leur parcours contraceptif et leur vie sexuelle sont **chaotiques**.

Selon une thèse de 2010 (26) les femmes, si elles sont satisfaites de leur contraception (83,8%), ne se sentent pas actives dans le choix de celle-ci. 23,9% déclarent en effet ne l'avoir pas choisie.

23.2% se plaignent d'un manque d'informations.

Il manque de référents identifiés depuis l'adolescence.

Les jeunes sont perdus et isolés, ils ne se sont pas considérés comme des adultes mais affrontent des responsabilités nécessitant de la maturité.

En 2011, en santé publique (34), une étude qualitative met en évidence la nature du lien plus que des compétences, pour aller consulter un médecin généraliste. En effet aucune des

femmes interrogées, n'a jamais consulté pour de la gynécologie, dans un cabinet de médecine générale pris au hasard.

La **pilule** est le principal moyen de contraception à cet âge alors que les femmes ne la considèrent pas adaptée à l'instabilité des adolescentes.

Comme le montre l'étude, il y a encore une **prescription abusive** de ce moyen de contraception.

Malgré l'échec de ce contraceptif, 50% de la contraception prescrite en post-IVG en 2007 était la pilule, enquête nationale de la Drees(35).

Le **garçon est mis à l'écart** de la contraception et devient plus tard un père effacé.

D'après une étude parisienne de 2015(36), évaluant les connaissances des hommes de 15 à 55 ans, en matière de contraception, les hommes de 15-24 ans sont ceux qui déclarent le moins, l'utilisation d'une contraception dans le couple.

Les préservatifs et la pilule sont les plus représentés dans cette population.

A propos du préservatif, 67% de tous les hommes de l'étude, ont déclaré qu'il était fiable à 100% ou ne savaient pas.

Ils ont été 72% à affirmer qu'une femme devait avoir eu des enfants pour porter un stérilet, ou l'ignoraient.

Soixante-neuf pourcents à penser que l'utilisation de la pilule est plus fiable que celle du stérilet, sur le risque de grossesse, ou l'ignoraient.

Le niveau de connaissance sur le DIU tend à s'améliorer avec l'âge.

La connaissance globale sur la contraception augmente s'ils ont des enfants, celle concernant l'utilisation des préservatifs est meilleure s'ils n'ont pas de désir proche d'enfanter.

Les tabous entraînent un **défaut de transmission familiale** et augmentent la sensation d'isolement.

On peut parler d'une **communication rompue** entre les adultes et les jeunes. Ceci est propice à la **désinformation** et à l'augmentation des **croyances populaires**(37).

Plus tard, les femmes se plaignent d'un manque d'adaptation de leurs contraceptifs en même temps qu'elles évoluent dans leur vie sociale.

Pour expliquer ces derniers points, elles évoquent le fait **de sentir les gynécologues moins intéressés par une consultation de suivi de contraception que par un suivi de grossesse**. Ils devraient peut-être, être dédiés au suivi de grossesse et aux urgences opératoires, selon elles, car elles ressentent une moindre disponibilité.

2.2 Le relationnel avec les gynécologues

Les gynécologues semblent évoluer dans un **cercle fermé** que les femmes peinent à pénétrer. Ceci, pour plusieurs raisons.

D'abord **l'accessibilité du médecin est rendue difficile** par un allongement des délais de rendez-vous, une incapacité à s'entretenir au téléphone avec lui pour des questions simples. Cela s'explique par la **disparition de ce spécialiste en ville**.

Ensuite, le gynécologue rentre tard dans la vie des jeunes filles, elles n'y sont pas habituées et expriment de **la gêne et une carence relationnelle**. Avec le temps, les liens se construisent très peu car les rencontres avec lui sont rares. Les consultations sont perçues comme un **peu expéditives** avec **défaut d'explications**.

De plus, celui-ci est associé à un **examen gynécologique douloureux** réfrénant les ardeurs.

Le gynécologue rentre dans une **routine** de consultations et a tendance à renouveler un contraceptif sans le **reconsidérer** dans le temps.

D'autant plus qu'ils semblent moins au courant des antécédents généraux de la patiente et des contre-indications possibles du contraceptif employé.

Les femmes pensent que les médecins généralistes représentent **l'avenir de la poursuite de la contraception** en ville. Malgré tout, elles ne pensent pas souhaitables de les en contraindre.

2.3 Le relationnel avec le médecin généraliste

Comme il l'a été démontré, plus d'une fois, le **relationnel est fort** avec le médecin généraliste.

Il y a une **confiance certaine** installée de part et d'autre.

Il est un **membre familial** de la femme et de son entourage.

Il semble cependant, qu'ils doivent aller plus à l'information vers les jeunes. Il se doit malgré le temps qui passe et les habitudes qui s'installent, ne pas tomber dans un **paternalisme dangereux** qui l'amènerait à juger ses patientes.

Le consulter, serait l'assurance d'un **examineur unique** pour les examens cliniques intimes.

Il est parfois utilisé comme **prescripteur** et **substitut au gynécologue**.

Les nombreuses études montrent qu'ils ne sont pas beaucoup à proposer la gestion du DIU. Ils véhiculent parfois eux-mêmes des **peurs démesurées** et des **fausses croyances** face à ce dispositif.

Ce constat entraîne une baisse de motivation et de recours à ce dispositif par les femmes.

C'est un frein en santé publique, le regret d'un manque de choix de la patiente en matière de contraception.

La persistance de moyens de contraception non adaptés sera responsable d'échecs des contraceptifs en place et de grossesses non désirées. On favorise des vécus douloureux chez ces femmes, marquant à jamais leur vie gynécologique.

On voit ainsi le taux d'IVG en France stagné depuis sa légalisation.

2.4 le DIU et sa gestion par le médecin généraliste

Les femmes interrogées ont presque toutes eu une pose de DIU par un gynécologue au moins une fois. Il ne semble pas y avoir de différences de prise en charge.

Les femmes sont généralement arrivées au DIU après une mauvaise tolérance des autres contraceptifs. Il arrive donc, généralement tard dans le parcours contraceptif.

Chez la jeune femme, l'envie est de plus en plus motivée par la possibilité **d'échapper aux hormones** avec le DIU au cuivre.

Elles jugent ce **geste banal, facile mais intrusif**.

C'est pour cela, qu'elles le voudraient par le médecin généraliste et le trouve **inadapté au milieu hospitalier**.

Le vécu de la pose est pour presque toutes, douloureux.

Elles sont **ignorantes de la formation** de leurs médecins pour gérer ce dispositif. Elles lui font une confiance aveugle et **le juge apte et compétent à la pose et à son suivi**.

Elles sont toutes **très satisfaites** malgré les effets secondaires, de la **fiabilité et de la liberté** qu'offre ce moyen de contraception.

Elles sont toutes, **satisfaites** de la gestion du DIU par un médecin généraliste. Elles encouragent cette pratique et la conseillent à l'entourage.

Elles sont **mal informées sur ses complications éventuelles**.

2.5 le milieu hospitalier

Les femmes **n'aiment pas se rendre à l'hôpital** car il leur rappelle la **maladie** et l'**urgence**. En conséquence de quoi, elles n'aimeraient pas avoir à y consulter, pour la gestion d'un DIU.

Elles se plaignent également d'un **manque de confidentialité**, de la **diversité des intervenants** froids et de la **multiplicité des démarches administratives**.

2.6 Elaboration d'une théorie

Cette étude a permis de construire la théorie suivante :

Toutes les femmes, nullipares ou non, toutes classes professionnelles confondues, très jeunes ou d'âges plus mûres, peuvent consulter un médecin généraliste pour la pose d'un DIU.

Elles le font pour plusieurs raisons.

Tout d'abord les échecs. Les échecs des autres contraceptifs ou leurs contre-indications éventuelles, mais aussi l'échec multifactoriel, du contact avec les gynécologues.

Ensuite, alors qu'elles ont subi des années d'errance contraceptive, la relation forte qu'elles ont construite, très souvent dès le plus jeune âge, avec le médecin généraliste, apparaît comme une solution évidente à leur confusion.

Si elles rencontrent à ce moment-là, la bonne information sur le DIU, il s'avère représenter un bon compromis, entre la maîtrise de leur fertilité et le besoin d'une liberté psychologique, dans la vie de ces femmes actives.

Elles se tourneront, alors plus, vers un milieu familial pour avoir recours à sa pose et à son suivi.

Ainsi on pourrait augmenter l'utilisation du DIU et réduire l'apparition de grossesses non désirées.

3 PERSPECTIVES

De nombreuses perspectives émergent de ce constat.

Imposer le médecin généraliste en référent principal de la contraception.

Imposer le médecin généraliste en référent principal de la contraception pourrait contribuer à de meilleures compliance et observance au suivi gynécologique.

Ceci améliorerait encore la relation de confiance médecin-patients.

On pourrait obtenir une meilleure approche de l'adolescent, car c'est un personnage connu et qu'il semble avoir les qualités empathiques permettant une bonne communication.

Il peut également choisir une prescription adaptée au contexte de vie et aux pathologies existantes.

L'évaluation des effets secondaires des contraceptifs serait faite de manière plus rapprochée, puisque les consultations sont plus régulières.

Il faudrait inciter les médecins à réévaluer en permanence un contraceptif prescrit comme il le ferait avec une autre thérapeutique au long cours.

On peut imaginer un temps dédié à chaque consultation de la femme, où l'on se poserait quatre questions :

Dernier contrôle mammaire ?

Dernier contrôle du frottis cervico vaginal ?

Tolérance et observance du contraceptif ?

Y a-t-il mieux à proposer à ma patiente ?

On peut également porter un intérêt poussé si la femme est porteuse d'un DIU à savoir **la femme est-elle toujours aussi observante du suivi de ce dispositif et de la gynécologie en général ?**

Le médecin généraliste présente également un accès facilité.

Il faudrait continuer à rompre les idées reçues sur le DIU et à renouveler l'information de ces praticiens.

La promotion du DIU pourrait intervenir en réponse à beaucoup de problèmes évoqués.

Par ailleurs cette augmentation de la gestion du DIU en ville pourrait d'une part désengorger les hôpitaux et d'autre part offrir un panel complet de contraception en soins primaires.

Le fait d'augmenter l'implication des médecins généralistes leur permettrait une meilleure gestion des complications ou urgences en rapport avec le dispositif.

Ceci concorde avec une étude en maternité en 2011 (38), sur les motifs de consultation en urgence.

Elle montrait que la majorité des consultations aux urgences étaient pour des pathologies mineures qui auraient pu être vues par le médecin traitant en accès initial. De plus, il était de nouveau question d'améliorer l'information de ces patientes pour ne pas aboutir à de tels résultats.

Nous pourrions enfin mettre à profit le nombre croissant de femmes médecins, pour contrer la barrière de la gêne de l'opérateur masculin.

Si tout cela permet de dédramatiser la gynécologie et d'abolir un effet sectaire, il y aurait un espoir de lever un tabou !

Il faudrait appliquer les fondamentaux au bien-être des femmes afin d'améliorer de suivi gynécologique de toutes.

Pour qu'elles acceptent et qu'elles réalisent un bon suivi, la gynécologie doit devenir un sujet familial.

On peut imaginer des discussions orientées avec le médecin de famille, dès le plus jeune âge. Proposer et renouveler une écoute, pour aborder ces sujets en permanence.

Imaginer un programme d'éducation thérapeutique, parents-enfants, afin de donner les clés de la communication et favoriser la transmission familiale.

On peut imaginer, des messages nationaux, dans le but de déculpabiliser et ne pas négliger l'importance des vécus familiaux (divorce...)

Quelques contacts existants utiles :

- www.choisirsacontraception.fr
- Ministère de la santé, numéro anonyme et gratuit 0800 08 11 11
- www.filsantejeunes.com , 0800 235 236 numéro anonyme et gratuit.

Il faudrait également impliquer les garçons dans la contraception par des consultations mixtes, sensibiliser les pères de famille.

On peut également imaginer la déclaration d'un gynécologue référent. Ceci pourrait permettre aux femmes d'avoir un référent identifié et pas seulement un gynécologue libre à un instant donné. Par ailleurs, cela pourrait favoriser un lien entre le spécialiste et sa patiente.

Les femmes aimeraient se sentir entourées, l'un des points abordés était la création d'un réseau interprofessionnel. On peut imaginer des compte rendus systématiques entre les gynécologues libéraux, ceux de l'hôpital et le centre de planification avec les médecins généralistes.

Pour accéder à leur demande et les mettre en confiance, il faudrait augmenter les informations claires concernant la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes.

Il faudrait disposer en permanence d'un minimum de matériels gynécologiques pour l'examen.

Nous devrions promouvoir et proposer différentes positions d'examens gynécologiques, pouvant alléger le sentiment de pudeur. Mais aussi, comme cela est beaucoup fait en milieu hospitalier utiliser un drap d'examen qui recouvre les zones intimes.

Il faudrait penser à un lieu dédié aux vêtements personnels de la patiente, et la faire déshabiller soit la partie haute du corps pour l'examen des seins, soit la partie basse.

Un fond sonore et une attention particulière à la température de la pièce seraient appréciables.

Il s'agit également de revaloriser le milieu hospitalier.

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés à l'importance de l'aspect psychologique et à la manière d'aborder les patientes.

Il doit y avoir une prise de conscience de l'impact des souffrances et ressentis des patientes sur leurs vies gynécologiques.

Si nous augmentons la qualité et la quantité du suivi gynécologique nous pouvons en faire de même en matière de prévention et enfin faire reculer, le nombre de grossesses non désirées.

Par ailleurs, intégrer les hommes en incitant à la consultation en couple et proposer davantage les méthodes de stérilisation masculine, seraient une aide supplémentaire à la maîtrise de la fécondité.

Selon un article de revue (39), paru en 2014, la médicalisation des méthodes contraceptives et la focalisation des recherches scientifiques sur la maîtrise des cycles reproductifs de la femme, expliquent le constat actuel. L'homme semble pourtant jouer un rôle parfois dissuasif dans certains choix de contraception de leurs compagnes, privilégiant le fait de préserver leur activité sexuelle.

Selon l'étude FECOND 2010, la vasectomie représentait 0,2% des méthodes contraceptives, contre 3,2 % de stérilisation définitive chez la femme.

4 NOUVEAUTES

Depuis juin 2016, un médecin généraliste de Bernos, au sud du canton, accueille une jeune consœur, proposant la gestion du DIU. Il porte ce projet, dans le but de promouvoir la création d'une maison de santé sur la ville de Captieux.

Ce projet est soutenu par le service de gynéco-obstétrique, du centre hospitalier de Langon.

Il s'est inscrit avec sa consœur, au DU de gynécologie et a passé quelques moments en consultation à la maternité de Langon, pour se familiariser avec la technique de pose du DIU.

CONCLUSION

Si ce travail a initialement voulu promouvoir la pose de DIU par le médecin généraliste en cabinet de ville, les recherches et l'étude aboutissent au fait qu'il n'est pas tant important de le poser soi-même sinon au moins d'en proposer l'utilisation.

En effet, il semble que le soin primaire reste le premier accès à l'information et à la prévention. Notre rôle est donc essentiel. D'autant plus que le choix de la contraception reste trop imposé et systématique pour les femmes. Elles n'en maîtrisent pas les tenants et aboutissants ce qui alimente une confusion générale autour du sujet.

Les résultats sont ici pour la plupart superposables, aux données de la littérature.

Prenons également en compte la nécessité de se placer en intermédiaire au cœur des foyers concernant ses sujets noyés dans des tabous persistants et alimentant un défaut de transmission familiale.

En 2017, nous en sommes toujours au même constat.

Compte tenu de l'absence d'amélioration de la prévalence des IVG et des grossesses non désirées, concordant avec le maintien de la pilule contraceptive, presque à tout prix, nous devons promouvoir des moyens de contraception de longue durée d'action.

L'une des propositions est de passer par la stimulation de la pose du DIU.

Adresser à un spécialiste pose des obstacles en termes de délai, d'accessibilité et de saturation des services spécialisés. L'intervention d'opérateurs nouveaux dans la sphère intime de nos patientes leur imposent également un frein non négligeable.

Par ailleurs nous avons le devoir de faire pérenniser l'accès des soins primaires en cabinet de ville et de pallier à la surcharge hospitalière qui n'est pas le lieu adéquat. Nous devons donner l'exemple à nos patientes pour que l'accès hospitalier reste encadré par des indications strictes.

Il est quand même bon quelque fois d'étudier ce que nous faisons de bien et combien la confiance des patients en nous est encore intacte, afin de valoriser notre travail de médecin généraliste.

Notre thèse est la première du genre qualitatif a étudié le ressenti des patientes qui se font poser et suivre leurs DIU par leurs médecins généralistes.

Il est également notable de souligner l'importance de cette confiance dans les actes médicaux touchant à l'intimité. J'en ressors en mesurant l'importance de considérer chaque femme par rapport à son vécu. Je souhaite proposer la contraception la plus adaptée que possible sans négliger l'aspect psychologique dans lequel elles se trouvent. Pour cela il faut rester actif dans le parcours contraceptif de nos patientes et s'atteler à reconsidérer les moyens à chaque consultation.

Nous nous devons au moins d'assurer une information éclairée et une offre de soins la plus large et adaptée que possible à nos patients.

C'est par l'amélioration de nos connaissances mais aussi par la négation des dernières fausses idées circulantes par nous-mêmes et par la communauté de patients, que nous y arriverons.

Si les travaux successifs auprès des médecins généralistes ont amélioré leur intérêt ; par la promotion de la formation professionnelle en gynécologie entre autres ; espérons que le recueil de l'avis des patientes, sera l'opportunité de faire passer aux quelques médecins restants réfractaires, de réelles informations de terrain et de les sensibiliser sur ce moyen de contraception. Ce travail met en effet en lumière la satisfaction des patientes de la gestion du DIU par le médecin généraliste.

Espérons aussi que le bouche-à-oreille fasse le reste.

Un prochain travail pourrait être, d'étudier la sensibilité des médecins généralistes à la demande croissante de leurs patientes, et d'en mesurer leur taux de motivation pour l'adaptation de leurs pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chosson M. La contraception au fil du temps. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. Novembre 2013. (page consultée le 2/07/17).
Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
2. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. févr 2010;15(1):4- 16.
3. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [internet] mar 2013. [mise à jour sept 2016] (page consultée le 28/06/17).
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
4. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [internet] oct 2011. (page consultée le 2/07/17).
Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
5. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans [Internet]. INED. Popul Sociétés. déc 2004;407: 1-4. (page consultée le 02/07/17). Disponible sur:
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
6. Moreau C. Un paradoxe contraceptif en France? [Internet] INSERM. nov 2009. (page consultée le 17/10/16).
Disponible sur: <http://slideplayer.fr/slide/3423412/>
7. Institut national d'études démographiques. L'avortement en France [Internet] (page consultée le 2/07/17).
Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/avortement-en-france/>

8. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2012 [Internet]. (page consultée le 2/07/17).
Disponible sur: http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2012/T1_2012.html
9. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland, [internet extrait] 1987-2000. Am J Ob Gyn 2004; 190:422-427. (page consultée le 04/08/17).
Disponible sur: <https://ivg.net/les-risques-de-ivg/avortement-et-taux-mortalite-les-femmes>
10. Etat des lieux sur l'ivg en France [Internet]. (page consultée le 4/08/17).
Disponible sur: <http://www.affection.org/sante/contraception/ivg4.html>
11. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9- 16.
12. Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. URGENCE ! Nous voulons DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX en nombre suffisant pour toutes les femmes ! [Internet]. jan 2017 (page consultée le 4/08/17).
Disponible sur: http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=158
13. CARTE DE FRANCE VILLE - Cartes et informations des villes de France [Internet]. (page consultée le 2/07/17).
Disponible sur: <http://www.cartesfrance.fr/carte-france-ville/carte-france-villes.html>
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. atlas de la démographie médicale situation au 1^{er} janvier 2016 [Internet]. (page consultée le 04/08/2017).
Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
15. UFC-Que Choisir. Accès aux soins en France – La fracture sanitaire s'aggrave ! [Internet]. juin 2016. (page consultée le 04/08/2017).
Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-en-france-la-fracture-s-aggrave-n21799/>

16. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.
 Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27__12_57_59_515.pdf.

17. Jerve F. [Guidelines for insertion of intrauterine devices]. Tidsskr Den Nor Lægeforen Tidsskr Prakt Med Ny Række. 10 nov 1990;110(27):3505.

18. Kovacs GT. Insertion and removal of intrauterine devices. Aust Fam Physician. mai 1990;19(5):703-4.

19. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2007;4:CD005347.

20. Haute Autorité de Santé. Société de formation thérapeutique du généraliste. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Saint-Denis : HAS, 2007. (page consultée le 3/09/15)
 Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf

21. Bates CK, Carroll N, Potter J. The Challenging Pelvic Examination. J Gen Intern Med 2011;26:651-7.

22. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. BMJ 2006;333:171.

23. MIRENA : La Torpille de Cristalli-Bonneau en CinémaScope. [Internet] BlueGEEK Journal. fév 2011. (page consultée le 04/08/17).
 Disponible sur: <http://bluegyn.com/spip/spip.php?article348>

24. Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception*. sept 2007;76(3):208- 14.
25. Guidi Rontani B. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? : étude qualitative dans l'Arrageois. Thèse de médecine, Lille: Université du droit et de la santé Lille; 2016.
26. Baudry E. Les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Thèse : Med : Université Paris XI. 2010.
Disponible sur <http://www.youscribe.com/BookReader/Index/540701/?documentId=511824>
27. Petrus E. La pose du stérilet et la responsabilité du médecin. [internet] mars 2009. Disponible sur: <http://www.macsf.fr/index.html> (consulté le 10/07/10,n'est plus en accès sous cette référence à ce jour).
28. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. London: RCOG Press; 2005. Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29912/29912.pdf>.
29. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*. avr 2015;91(4):274- 9.
30. Marret H, Golfier F, Vollerin F, LeGoaziou M-F, Raudrant D. Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. [Internet]. 3 sept 2008 [cité 14 juin 2016]
Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114509>
31. Lamirault F. La Formation des Médecins généralistes à la pose de dispositifs intra-utérins: Étude descriptive par un auto-questionnaire anonyme auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.
32. Boucher S. Évaluation de l'acquisition de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) au cours du

- DES de médecine générale en fonction des lieux de formation en Rhône-Alpes (faculté Grenoble, Lyon et Saint-Etienne) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.
33. Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Guéguen R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. [Internet]. InVS. BEH. oct 2005;45:213-216 (page consultée le 04/08/17). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2005/43/beh_43_2005.pdf
 34. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé, Summary. Santé Publique. 23 juin 2011;23(2):77-87.
 35. Moreau C, Bajos N, Desfrères J. Circonstances des échecs et prescription contraceptive postIVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales 1/ 2011 ; 1 :148-161.
 36. Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception : Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans. Thèse: Med: Université Paris Diderot- Paris VII. 2015 Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4844_CADIERGUES_these.pdf
 37. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2014;183:146- 54.
 38. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 févr 2012;41(1):48- 54.
 39. Ventola C. Prescrire un contraceptif: le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre Sex Société [Internet]. 1 déc 2014 [cité 1 juill 2017];(12). Disponible sur: <https://gss.revues.org/3215>.

FIGURES ET TABLEAUX

1. FIGURES

Figure 1. Comparaison entre la contraception française et le reste du monde	15
Figure 2. Nombre d'IVG estimé par l'INED depuis 1976	16
Figure 3. Pourcentage de grossesses non prévues en fonction du contraceptif utilisé	17
Figure 4. Répartition entre les grossesses prévues et non	18

2. TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des 43 médecins sur 11 communes du territoire	40
Tableau 2. Caractéristiques des patientes	44
Tableau 3. Durée des entretiens	48

ANNEXES

1. Villes du canton du Sud-Gironde

Liste des communes du canton				
<i>Nom</i>	<i>Code Insee</i>	<i>Intercommunalité</i>	<i>Population (dernière pop. légale)</i>	<i>Médecins</i>
Langon (bureau centralisateur)	33227	CC du Sud Gironde	7 396 (2014)	13
Aubiac	33017	CC du Bazadais	268 (2014)	0
Bazas	33036	CC du Bazadais	4 734 (2014)	11
Bernos-Beaulac	33046	CC du Bazadais	1 142 (2014)	1
Bieujac	33050	CC du Sud Gironde	548 (2014)	0
Birac	33053	CC du Bazadais	225 (2014)	0
Bommes	33060	CC du Sud Gironde	537 (2014)	0
Bourideys	33068	CC du Sud Gironde	77 (2014)	0
Captieux	33095	CC du Bazadais	1 283 (2014)	1
Castets-en-Dorthe	33106	CC du Sud Gironde	1 169 (2014)	4
Cauvignac	33113	CC du Bazadais	163 (2014)	0
Cazalis	33115	CC du Sud Gironde	239 (2014)	0
Cazats	33116	CC du Bazadais	378 (2014)	0
Cours-les-Bains	33137	CC du Bazadais	212 (2014)	0
Cudos	33144	CC du Bazadais	821 (2014)	0
Escaudes	33155	CC du Bazadais	154 (2014)	0
Fargues	33164	CC du Sud Gironde	1 532 (2014)	0
Gajac	33178	CC du Bazadais	386 (2014)	0
Gans	33180	CC du Bazadais	189 (2014)	0
Giscos	33188	CC du Bazadais	196 (2014)	0
Goulade	33190	CC du Bazadais	108 (2014)	0

Liste des communes du canton

<i>Nom</i>	<i>Code Insee</i>	<i>Intercommunalité</i>	<i>Population (dernière pop. légale)</i>	<i>Médecins</i>
Grignols	33195	CC du Bazadais	1 155 (2014)	4
Labescau	33212	CC du Bazadais	103 (2014)	0
Lartigue	33232	CC du Bazadais	44 (2014)	0
Lavazan	33235	CC du Bazadais	255 (2014)	0
Léogéats	33237	CC du Sud Gironde	795 (2014)	0
Lerm-et-Musset	33239	CC du Bazadais	491 (2014)	0
Lignan-de-Bazas	33244	CC du Bazadais	366 (2014)	0
Lucmau	33255	CC du Sud Gironde	232 (2014)	0
Marimbault	33270	CC du Bazadais	193 (2014)	0
Marions	33271	CC du Bazadais	182 (2014)	0
Masseilles	33276	CC du Bazadais	147 (2014)	0
Mazères	33279	CC du Sud Gironde	752 (2014)	0
Le Nizan	33305	CC du Bazadais	476 (2014)	0
Noaillan	33307	CC du Sud Gironde	1 645 (2014)	0
Pompéjac	33329	CC du Sud Gironde	249 (2014)	0
Préchac	33336	CC du Sud Gironde	1 036 (2014)	0
Roaillan	33357	CC du Sud Gironde	1 600 (2014)	2
Saint-Côme	33391	CC du Bazadais	315 (2014)	0
Saint-Loubert	33432	CC du Sud Gironde	230 (2014)	0
Saint-Michel-de-Castelnau	33450	CC du Bazadais	214 (2014)	0
Saint-Pardon-de-Conques	33457	CC du Sud Gironde	568 (2014)	0
Saint-Pierre-de-Mons	33465	CC du Sud Gironde	1 178 (2014)	0
Sauternes	33504	CC du Sud Gironde	766 (2014)	2
Sauviac	33507	CC du Bazadais	310 (2014)	0

3. Densité médicale.

Désert médical : densité inférieure d'au moins 60 % à la moyenne nationale.

Accès difficile aux médecins : densité comprise entre 30 % et 60 % en dessous de la moyenne nationale.

Accès satisfaisant aux médecins : densité comprise entre la moyenne nationale et 30 % en dessous.

Offre abondante de médecins : densité comprise entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus.

Offre surabondante de médecins : densité supérieure d'au moins 30 % à la moyenne nationale.

La définition que nous avons retenue pour les déserts médicaux est particulièrement favorable aux médecins. Ainsi, alors que les pouvoirs publics considèrent qu'un territoire est un désert médical quand, au-delà d'une activité soutenue des médecins, leur densité par rapport à la population est de 30 % inférieure à la moyenne nationale, nous avons doublé ce critère, en ne considérant comme désert médical que les territoires dont la densité est 60 % inférieure à la moyenne.

4. CNIL

Cette commission a été instituée par une loi en 1978, modifiée en 2004.

Elle s'assure que les données qui circulent ou sont récoltées par l'intermédiaire des réseaux sont conformes aux libertés individuelles, à la liberté de pensée et aux grands principes des droits humains.

4 Données traitées

Catégories de données	Origine <i>(comment avez vous collecté ces données ?)</i>	Durée de conservation <i>(combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)</i>	Destinataires <i>(veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)</i>
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez caractéristiques recueillies pour un travail de thèse donc garder en archive à la fac de bordeaux	Destinataires : aucun
Vie personnelle <i>(habitudes de vie, situation familiale, etc.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez caractéristiques recueillies pour un travail de thèse donc garder en archive à la fac de bordeaux	Destinataires : aucun
Vie professionnelle <i>(CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez caractéristiques recueillies pour un travail de thèse donc garder en archive à la fac de bordeaux	Destinataires : aucun
Informations d'ordre économique et financier <i>(revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de connexion <i>(adresse IP, logs, etc.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez caractéristiques recueillies pour un travail de thèse donc garder en archive à la fac de bordeaux	Destinataires : aucun

Données de localisation

(déplacements, données GPS,
GSM, etc.)

Directement auprès de la
personne concernée

De manière indirecte.

Précisez :

1 mois

3 mois

1 an

Pendant la durée de la
relation contractuelle

Autres, précisez
caractéristiques recueillies pour
un travail de thèse donc garder
en archive à la fac de bordeaux

Destinataires :
aucun

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

5 Données sensibles

En grisé apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

N° de sécurité sociale (NIR)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :

6 Échanges de données/interconnexions

- Procédez-vous à des échanges de données ? Non
 Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant
 Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
 Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
 Une journalisation des connexions est effectuée
 Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)
 Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

II Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : HEGESIPPE VALERIE

Date le : 24-06-2016

Fonction : Médecin, Praticien

Signature

Adresse électronique : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75003 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

3 GUIDE D'ENTRETIEN version 2 définitive

1 Quel est votre vécu gynécologique ?

- Quels sont les domaines d'action de la gynécologie ?
- Début, suivi, rythme de suivi (par qui et pourquoi)
- Ressentis par rapport à la gynécologie ?
- Essentiels pour un bon suivi ? Lien avec le médecin (âge, expérience, sexe ?)
Lieu d'examen gynéco (ville/ hôpital, accessibilité, délai)
Conditions d'examen (position, communication)
- Votre contraception ? Avis sur DIU (population concernée, temps de fertilité au retrait)

2 Le médecin généraliste

- Quels sont vos ressentis sur la relation avec votre médecin généraliste ?
- Quels sont vos motivations pour aller le consulter ?
- Quel est le rôle du médecin dans le suivi gynécologique ? La contraception ? le DIU ?
- Quelles sont vos motivations pour aller consulter le médecin généraliste pour de la gynécologie (qui ? comment ? pourquoi ? formation du médecin ? offres de soins en gynéco ? délai ? accès ?)
- Quelles peuvent être les conséquences selon vous si le médecin généraliste ne pose pas de DIU ?
- Quels sont vos ressentis sur le cabinet du médecin généraliste ? (Accessibilité ? Intimité ? bien-être)

3 La pose

- Quels ont été les ressentis pendant la pose ? (Pudeur, douleur, comportement du médecin, temps de consultation)
- Quels étaient vos attentes vis-à-vis du médecin généraliste ?
- Des complications ? (Urgence ? et qui avez-vous contacté)
- Votre ressenti global depuis la pose ? (Où en est le suivi ? niveau de satisfaction globale)
- Evaluation du médecin généraliste pour la pose du DIU. (Limites, avantages et inconvénients, information délivrée, gestion des difficultés)

- Suggestions pour l'amélioration des pratiques.

4 La gynécologie hospitalière.

- Ressentis sur le milieu hospitalier ? Place du DIU à l'hôpital ?
- Motivations pour aller consulter à l'hôpital ?
- Limites hospitalières ? Avantages et inconvénients ?
- Pensées sur l'avenir compte tenu de la démographie médicale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In France, since the legalization of abortion in 1976 and the medicalization of contraception at the same time, the number of abortions has not diminished and hardly the one of unforeseen pregnancies, hardly. Yet France is pleased to have 90% contraceptive coverage. It appears obvious that the abusive use of pills, with a real mediocre Pearl index, at the expense of long-term means of action such as the IUD, more effective, does not allow to control the onset of pregnancies. However, these means of contraception requires an experienced operator, gynecologists are increasingly inaccessible and few general practitioners are involved.

OBJECTIVE: We have tried to understand the determinants that encourage women to be put in an IUD at the general practitioner. This can be an easy access solution to this contraceptive method.

METHOD: 11 women, in semi-rural areas, of the canton of Sud-Gironde were interviewed individually in semi-structured interviews. The meetings were recorded by a double audio technique and were manually transcribed.

RESULTS: Women have expressed a sense of confusion and loneliness in the management of their contraception. They have highlighted brakes and reluctance to consult gynecologists in general. They have progressed, particularly in handling their IUDs with the help of the general practitioner. They find this operator more suitable because there is a strong relationship of trust between them. Moreover, they find it, more available, more attentive and are satisfied to have to do to a single examiner, for the establishment of this contraceptive that generates modesty. They are satisfied with their skills and would like this practice to be generalized to all general practitioners.

CONCLUSION: By breaking down some barriers to IUD access, such as being able to access it more naturally at a general practitioner, this would promote a contraceptive device with a real effectiveness much better than the one currently in place.

RESUME

INTRODUCTION : En France, depuis la légalisation de l'IVG en 1976 et la médicalisation de la contraception dans le même temps, le nombre d'IVG n'a pas diminué et celui des grossesses non prévues, à peine. Pourtant, la France se satisfait d'avoir une couverture contraceptive à 90%. Il apparaît évident que l'utilisation abusive de pilules, avec un indice de PEARL réel médiocre, au détriment de moyens de longue durée d'action comme le DIU, plus efficace, ne permet pas de contrôler l'apparition des grossesses. Mais ce moyen de contraception nécessite un opérateur expérimenté, les gynécologues sont de plus en plus inaccessibles et peu de médecins généralistes sont impliqués.

OBJECTIF : Nous avons tenté de comprendre les déterminants incitant les femmes à se faire poser un DIU chez le médecin généraliste. Ce qui peut être une solution d'accès facilité à ce moyen de contraception.

METHODE : 11 femmes, en milieu semi-rural, du canton du Sud-Gironde ont été reçues en entretiens individuels semi-directifs. Les rencontres étaient enregistrées par une double technique audio puis ont été retranscrites manuellement.

RESULTATS : les femmes ont exprimé un sentiment de confusion et de solitude, dans la gestion de leur contraception. Elles ont mis en évidence des freins et réticences à la consultation aux gynécologues en général. Elles se sont avancées en particulier sur la gestion de leurs DIU avec le médecin généraliste. Elles trouvent cet opérateur plus adapté, car il existe une solide relation de confiance entre eux. De plus elles le trouvent, plus disponible, plus à l'écoute et sont satisfaites d'avoir à faire à un examinateur unique, pour la mise en place de ce contraceptif qui génère de la pudeur. Elles sont satisfaites de ses compétences et aimeraient que cette pratique soit généralisée à tous les omnipraticiens.

CONCLUSION : En levant certaines barrières d'accès aux DIU, comme le fait de pouvoir y accéder plus naturellement chez son médecin généraliste, cela permettrait de promouvoir un dispositif contraceptif d'une efficacité réelle meilleure que celui en place actuellement.

Médecine générale

Mots clés : médecine générale, dispositif intra-utérin, avis patientes, vécu contraceptif

UNIVERSITE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN