



HAL
open science

Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes de Haute-Normandie: freins et perspectives

Anouk Fraysse

► To cite this version:

Anouk Fraysse. Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes de Haute-Normandie: freins et perspectives. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01829094

HAL Id: dumas-01829094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01829094>

Submitted on 3 Jul 2018

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.

ANNEE 2018

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2018

Par

FRAYSSE Anouk

Née le 11 juin 1987, à Melun

**Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par
les médecins généralistes de Haute-Normandie :
Freins et perspectives**

Présidente de jury : Professeur RIVES Nathalie

Directeur de thèse : Docteur HAZARD Emmanuel

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

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

| |
|---------------------|
| I - MEDECINE |
|---------------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-------|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Mdecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>) | HCN | Médecine interne (gériatrie) – Détachement |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>) | HCH | Épidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |

| | | |
|--------------------------|-------|---|
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |

| | | |
|--|-----|---|
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Épidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>) | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépto-gastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>) | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo-Faciale |

| | | |
|--|-----|--|
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>) | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | HB | Service Santé Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Neurophysiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Épidémiologie économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Virologie |
| Mr Gaël NICOLAS | HCN | Génétique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
| Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL | UFR | Anglais |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEUIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |

| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie – Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Mme Anne-Sophie CHAMPY | Pharmacognosie |
| M. Jonathan HEDOUIN | Chimie Organique |
| Mme Barbara LAMY-PELLETER | Pharmacie Galénique |

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain FRAINEAU (med) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mme Rachel LETELLIER (med) | Physiologie |
| Mme Christine RONDANINO (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

| | |
|---|--|
| HCN - Hôpital Charles Nicolle | HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME |
| CB - Centre Henri Becquerel | CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray |
| CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation | SJ – Saint Julien Rouen |

REMERCIEMENTS

À mon Directeur de thèse Dr Emmanuel Hazard, je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité, votre stimulation et votre gentillesse. Merci également pour l'image dynamique et engagée de la médecine générale que vous m'avez inculquée.

Aux autres membres du jury Professeur RIVES, Professeur THUEUX et Docteur LAINÉ, vous avez accepté d'être membre de mon jury et je vous en remercie.

À mes parents, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir laissé ma chance dans ces études difficiles, ça n'était pas gagné. Merci pour vos encouragements et votre soutien indéfectible tout au long de ces années. Je vous aime.

À Doudou, ma plus belle rencontre normande ! Merci pour ton amour ton soutien ta patience et surtout ton plus beau cadeau : notre petit Léon. À nos voyages futurs dont on rêve tant.

À Titou, chaque jour à tes côtés est une joie, reste jovial ma petite canaille et ne grandis pas trop vite.

À mon grand frère Sylvain, Aurélie et Robin merci d'avoir toujours été là dans les bons moments comme les mauvais.

À ma tante qui nous a quittés trop tôt.

À mes grands-mères qui nous ont quittés récemment.

À ma belle-famille, qui m'a bien accueillie.

À mes amis de longues dates, Pierre, Fabrice, Antoine, Cécilia, Marine, Diane, Amélie, les années passent, pas notre complicité.

À mes co-internes Priscilla, Baptiste, Noémie et Emmanuelle.

À mes co-externes de Paris XIII, une pensée particulière pour Laure et Pauline.

À mes belles rencontres rouennaises : Anne-Lise, Claire, PV, Morgane, Pauline et Paul, Diane...

Au Pr Lecomte et Dr Cohen pour avoir fait naître l'envie de devenir médecin.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ABRÉVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DIU : dispositif intra utérin

DRESS : direction de la recherche, des études, de la recherche et des statistiques

ED : enseignement dirigé

FMC : formation médicale continue

HAS : haute autorité de santé

INED : institut national d'étude démographique

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

ISPL : institut statistique des professionnels de santé libéraux

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

MG : médecins généralistes

OMS : organisation mondiale de la santé

PCU : pilule contraceptive d'urgence

UFR : unité de formation et de recherche

UMR : unité mixte de recherche

URPS : union régionale des professionnels de santé

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCTION..... | 19 |
| 1.1. Définition de la contraception d'urgence | 19 |
| 1.2. Différentes méthodes de contraception d 'urgence | 19 |
| 1.2.1. Hormonales..... | 19 |
| 1.2.2. Mécanique : | 19 |
| 1.3. Un peu d'histoire de la contraception (5)..... | 20 |
| 1.4. Histoire de la contraception d'urgence | 20 |
| 1.5. Les dispositifs intra utérins | 22 |
| 2. PROBLÉMATIQUE | 24 |
| 3. MATÉRIEL ET MÉTHODE..... | 25 |
| 3.1. Etude qualitative..... | 25 |
| 3.1.1. Choix de la méthode de recueil des données | 25 |
| 3.1.2. L'analyse des données..... | 26 |
| 3.2. Notre étude | 26 |
| 3.2.1. L'organisation des focus groupe | 26 |
| 3.2.1.1. Le guide d'entretien..... | 26 |
| 3.2.1.2. Description des focus groupe et des participants..... | 27 |
| 3.2.1.3. Caractéristiques de l'échantillon..... | 28 |
| 4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE | 32 |
| 4.1. Contraception d'urgence | 32 |
| 4.1.1. Contraception d'urgence hormonale | 32 |
| 4.1.1.1. Fréquence..... | 32 |
| 4.1.1.2. Intérêt d'une prescription systématique ?..... | 33 |
| 4.1.2. Demande tardive..... | 33 |
| 4.1.3. Des modalités d'usage connues des médecins | 34 |
| 4.2. Education contraceptive..... | 34 |
| 4.2.1. Vérifier l'observance..... | 34 |
| 4.2.2. La connaissance des modalités d'usage par les patientes..... | 35 |
| 4.2.3. Une meilleure éducation ? | 35 |
| 4.2.4. Support pédagogique..... | 36 |
| 4.3. La contraception d'urgence par DIU..... | 36 |
| 4.3.1. Une méthode méconnue des médecins généralistes..... | 36 |

| | | |
|----------|---|----|
| 4.3.2. | Un manque de formation à la pose de DIU | 37 |
| 4.3.2.1. | Une autocritique de certains praticiens | 37 |
| 4.3.2.2. | La formation continue une solution ? | 37 |
| 4.3.2.3. | Un clivage générationnel..... | 37 |
| 4.3.2.4. | Un manque d'expérience et/ou de pratique..... | 38 |
| 4.4. | Freins évoquées à l'utilisation du DIU comme contraception d'urgence..... | 39 |
| 4.4.1. | Freins techniques / logistiques | 39 |
| 4.4.1.1. | Les médecins généralistes peu nombreux à poser des DIU | 39 |
| 4.4.1.2. | Nécessité de DIU à disposition au cabinet..... | 39 |
| 4.4.1.3. | Nécessité d'une échographie de contrôle évoquée..... | 39 |
| 4.4.1.4. | Difficultés techniques de la pose en urgence | 40 |
| 4.4.1.5. | L'angoisse de l'échec ou des complications..... | 40 |
| 4.4.2. | Contrainte temporelle..... | 41 |
| 4.4.2.1. | Délai médical..... | 41 |
| 4.4.2.2. | Ré adresser les patientes | 41 |
| 4.4.2.3. | Deux consultations nécessaires une démarche complexe | 41 |
| 4.4.3. | Frein éthique | 42 |
| 4.4.3.1. | La nécessité d'une éducation préalable | 42 |
| 4.4.3.2. | En fonction des caractéristiques de la patiente et du contexte..... | 43 |
| 4.4.3.3. | Réticence des praticiens au DIU chez la nullipare | 43 |
| 4.4.3.4. | Réticence des patientes envers les DIU/difficulté d 'acceptation..... | 44 |
| 4.4.3.5. | Un délai de réflexion nécessaire | 44 |
| 4.4.3.6. | Pérennité de la méthode | 45 |
| 4.4.3.7. | Le stérilet comme contraceptif d'urgence à t-il l'AMM ? | 45 |
| 4.4.4. | Freins de la patiente..... | 46 |
| 4.4.4.1. | Sa disponibilité..... | 46 |
| 4.4.4.2. | Encore et toujours le délai des 5 jours | 46 |
| 4.4.4.3. | L'acceptation d'une contraception dans l'urgence pouvant être considéré « comme pérenne et invasive » | 46 |
| 4.4.4.4. | Le risque infectieux | 46 |
| 4.4.5. | Freins culturels..... | 46 |
| 4.4.5.1. | La norme contraceptive en France..... | 46 |
| 4.4.5.2. | L 'avis des patientes est tranché vis à vis des DIU..... | 47 |
| 4.4.5.3. | Des réticences vis à vis des DIU..... | 47 |
| 4.4.5.4. | Norme contraceptive différente à l'étranger | 48 |

| | | |
|------------|--|----|
| 4.4.5.5. | Evolution de la norme contraceptive française..... | 48 |
| 4.4.5.6. | La fréquence des DIU en augmentation ?..... | 48 |
| 4.4.6. | Les autres freins..... | 49 |
| 4.4.6.1. | Une opinion de bonne fiabilité de la CU hormonale | 49 |
| 4.4.6.2. | La CU hormonale plus simple | 49 |
| 4.4.6.3. | Aspect financier..... | 49 |
| 4.4.6.4. | Assurance professionnelle majorée si l'on pose des DIU..... | 49 |
| 4.5. | Quelques avantages admis..... | 50 |
| 4.5.1. | Délai supérieur au NORLEVO®..... | 50 |
| 4.5.2. | Bénéfice pour les patientes ayant des problèmes d'observance..... | 50 |
| 4.5.3. | Une CU efficace au long cours..... | 50 |
| 4.5.4. | Une alternative pour les patientes « antihormones » | 50 |
| 4.6. | Pratique professionnelle..... | 51 |
| 4.6.1. | Une pratique future envisagée si formations..... | 51 |
| 4.6.2. | Une émulation par l'expérience positive de confrère..... | 51 |
| 4.6.3. | D'autres ne sont pas convaincus | 51 |
| 5. | DISCUSSION..... | 52 |
| 5.1. | Les principaux résultats de l'étude | 52 |
| 5.1.1. | Des demandes de contraception d'urgence pas si fréquente..... | 52 |
| 5.1.2. | Quelques données sur le recours à la contraception d'urgence..... | 54 |
| 5.1.3. | Les médecins généralistes peu nombreux à poser des DIU | 56 |
| 5.1.4. | Freins à la pose de stérilet par les médecins généralistes | 56 |
| 5.1.5. | Délai médical de 5 jours contrainte difficile à respecter en médecine libérale..... | 58 |
| 5.1.6. | Les périodes de vie les plus à risques de recours à la contraception d'urgence | 59 |
| 5.1.7. | Norme contraceptive culturelle française | 59 |
| 5.1.7.1. | Ancrée..... | 59 |
| 5.1.7.2. | La crise des pilules de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations..... | 61 |
| 5.1.7.3. | L'après crise de la pilule de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations..... | 62 |
| 5.1.8. | Une méthode présentant cependant des avantages..... | 63 |
| 5.1.8.1. | CU hormonale moins efficace dans certaines conditions | 63 |
| 5.1.8.1.1. | Surpoids et obésité | 63 |
| 5.1.8.1.2. | Patientes traitées par inducteurs enzymatiques..... | 63 |
| 5.1.8.2. | Une contraception de longue durée d'action | 63 |
| 5.1.8.3. | Une efficacité supérieure semblerait-il. | 64 |
| 5.1.9. | Des pistes évoquées pour développer la méthode | 65 |

| | | |
|---------|---|----|
| 5.1.10. | Des praticiens restant septiques | 65 |
| 5.1.11. | Une question soulevée par le focus groupe sur l'AMM du DIU cuivre | 66 |
| 5.2. | Critique méthodologique et biais de notre étude | 67 |
| 6. | CONCLUSION | 68 |
| 7. | BIBLIOGRAPHIE | 69 |
| 8. | ANNEXES..... | 73 |
| | Schéma – Oubli de la prise de la pilule | 73 |

1. INTRODUCTION

1.1. Définition de la contraception d'urgence

Selon la HAS 04/13 (1), l'expression contraception d'urgence désigne une contraception de « rattrapage », utilisable par les femmes en situation d'urgence dans les quelques jours qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue.

D'après le CNGOF (2) la contraception d'urgence (dénomination reconnue par l'OMS), ou post-coïtale, ou du lendemain, est une méthode contraceptive à utiliser après un rapport non protégé ou mal protégé. C'est une méthode de contraception d'exception, de rattrapage. La contraception d'urgence, dont les premiers essais remontent au début des années soixante, a toujours eu des indications car les méthodes contraceptives, même celles dites modernes, ne sont pas infaillibles

Les patientes se rendent très souvent compte des accidents de préservatifs ou de leurs erreurs de contraception. Dans tous ces cas, la contraception d'urgence peut éviter des grossesses non désirées qui souvent se terminent par des IVG.

1.2. Différentes méthodes de contraception d'urgence

1.2.1. Hormonales

- Levonogestrel per os (NORLEVO®) « dite pilule du lendemain » : à prendre maximum dans les 72 heures après un rapport non ou mal protégé de préférence dans les 12 premières heures à n'importe quel moment du cycle sauf en cas de retard de règles
- Ulipristol d'acétate (ELLAONE®) « dite pilule du surlendemain » : à prendre maximum dans les 120 heures soit 5 jours après le rapport « à risque » de grossesse non désirée

1.2.2. Mécanique :

Dispositif intra utérin au cuivre à poser dans les 120 heures (5jours) après le rapport à risque.

Toutefois lorsqu'il est possible d'estimer le moment de l'ovulation, il peut être posé au-delà de 5 jours suivant le rapport non protégé, à condition que la pose n'intervienne pas plus de 5 jours après l'ovulation (soit le dix-neuvième jour après les règles) (3).

Il est préférable d'utiliser des DIU fortement chargés en cuivre (375-380mm²) (tous les DIU commercialisés en France possèdent cette caractéristique) et qui s'expulsent peu (MULTILOAD® 375, GYNELLE® 375 ...) (4)

1.3. Un peu d'histoire de la contraception (5)

En France les prémices du droit de la femme à disposer de leur corps et à contrôler leur fécondité apparaissent à la fin des années 60 avec la loi Neuwirth (sept 1968) qui autorise la fabrication et la commercialisation de la contraception orale jusque-là interdite depuis la loi de juillet 1920 nataliste qui interdisait l'avortement mais aussi toute forme de contraception.

Décembre 1974 élargissement du dispositif par le remboursement de la contraception par la sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineurs.

Loi dite loi VEIL de janvier 1975 dépénalisera l'avortement qui devient interruption volontaire de grossesse.

Août 2004 loi relative à la santé publique inscrit la contraception et l'IVG parmi les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés. « Il faut assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions toutes les femmes qui décident d'y avoir recours »

1.4. Histoire de la contraception d'urgence

Sa pratique s'est développée dans les années 80 avec une meilleure connaissance de la contraception. On utilisait alors deux comprimés d'une pilule estro-progestative « fortement dosée » (à 50 gamma d'ethynilestradiol) renouvelés douze heures après.

En avril 1999, la molécule du levonorgestrel qui est un nouveau progestatif obtient l'AMM dans l'indication de contraception d'urgence sous le nom de NORLEVO®. Dès le mois de mai 1999 il est autorisé à la vente sans prescription médicale. Conformément à la loi Neuwirth, il est également

disponible gratuitement pour les mineurs dans les centres d'éducation et de Planification familiale.

C'est la loi du 13 décembre 2000 (6) relative à la contraception d'urgence qui va inscrire dans le code de la santé publique ces différentes mesures :

- Contraception d'urgence délivrée sans ordonnance en pharmacie
- Pour les mineurs « désirant garder le secret » sans consentement des parents
- Délivrance gratuite pour les mineurs dans les pharmacies
- Délivrance par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse

L'arrête du 8 Août 2001 (7) inscrit le NORLEVO® sur le liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie à 65%

Le décret du 9 janvier 2002 (8) détaille le dispositif de délivrance gratuite aux mineures par les pharmaciens

Un générique levonorgestrel est commercialisé en 2007.

Conditionné et administré sous forme d'un comprimé en prise unique son mécanisme d'action est pluriel et va dépendre du moment du cycle ou il est administré. Il agit en bloquant ou retardant l'ovulation, mais aussi en modifiant la glaire cervicale ce qui perturbe la migration des spermatozoïdes. Il pourrait aussi empêcher l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus.

Son efficacité dépend de son délai d'utilisation : elle est estimée à 95% dans les 24heures suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures, à 58% dans les 48 à 72heures. Selon l'AMM il doit être utilisé dans les 72heures.

Un nouveau produit ELLAONE® à base d'ulipristal qui est un modulateur des récepteurs à la progestérone a été commercialisé en France à partir d'octobre 2009. L'AMM précise une efficacité jusqu'à 5 jours. Le mécanisme d'action serait l'inhibition ou le retard de l'ovulation via la suppression du pic de LH (lutéostimuline hormone). Son efficacité est identique au lenovorgestrel mais pour un coût plus important et il n'est plus remboursé par la sécurité sociale (9)

À noter qu'il peut également être dispensé à titre anonyme et gratuit pour les mineurs depuis début 2015.
(10)

1.5. Les dispositifs intra utérins

Le dispositif intra utérin est utilisé par plus de 150 millions de femmes à travers le monde entier. Il constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse dans le cadre d'une utilisation à long terme.

L'utilisation de cette méthode est ancienne et remonte à l'antiquité au cours de laquelle les formes archaïques étaient composées de laine et de miel. Sa forme moderne a été conçue en 1909 par le Dr Richter en utilisant un crin de Florence inséré en intra-utérin à des fins anticonceptionnelles.

Il a bénéficié de nombreuses améliorations techniques depuis les années 1960 au cours desquelles il était fabriqué à partir de matériel inerte, notamment grâce à l'utilisation du cuivre (1969) puis d'un système libérant un progestatif dès 1975.

Amélioration qui lui a permis de se hisser parmi les méthodes les plus efficaces du panel contraceptif avec un taux de grossesses non désirées pour 100 femmes la première année d'utilisation compris en 0,2 et 0,8% (HAS 2013(11)) contre 9% pour une pilule.

Le mode d'action principal du DIU au cuivre est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes, à l'origine d'une altération des spermatozoïdes entraînant ainsi une inhibition de la fécondité (effet contraceptif). Il agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé (effet contragestif).

Celui au levonorgestrel (MIRENA®) épaissit la glaire cervicale prévenant le passage des spermatozoïdes et un effet local sur l'endomètre et inhibe la prolifération de l'endomètre pouvant constituer un terrain hostile.

Il existe à ce jour de nombreux modèles de DIU, au cuivre ou hormonaux de différentes tailles s'adaptant aux mensurations utérines et à la parité de la femme

Selon l'INED (12), le DIU serait le deuxième mode de contraception le plus répandu dans le monde (22%) après la stérilisation (30%), alors que la pilule représente 14%. En Chine elle attendrait presque 50% des moyens de contraceptions.

En France cela est bien différent chez les femmes de 18 à 44 ans, le DIU est largement sous utilisé (21%) par rapport à la pilule contraceptive (43%) (INED 2013 (13)).

Pourtant la HAS (14) réaffirme qu'il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cardiovasculaire ni de cancer n'est établi. Le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise. Les DIU sont proposés à toutes les femmes quel que soit leur parité (nullipare comprise), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra utérine et les situations à risques sont écartés.

De plus le taux d'abandon du DIU est inférieur à celui des autres moyens de contraceptions notamment la pilule.

Nous nous focaliserons plus particulièrement au DIU au cuivre seul à posséder l'indication contraception d'urgence qui nous intéresse dans cette étude.

Ce modèle de contraception figé semble propre à la France.

Pourquoi constate-t-on cette sorte de désintérêt pour le DIU et de façon plus marquée encore dans le cadre de la contraception d'urgence alors qu'il ne présente aucun inconvénient d'observance, est moins coûteux, réversible est l'une des méthodes les plus efficaces

2. PROBLÉMATIQUE

Depuis les années 2000 les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont reconnues comme un enjeu essentiel de santé publique et facteur de développement.

La France a en Europe le plus fort taux de natalité. C'est aussi un des premiers pays européens pour le taux d'IVG avec une couverture contraceptive quasi optimale. Certains soulignent ces données comme paradoxales.

Tant la contraception que la contraception d'urgence ont connu en France un développement important, sans que les résultats en termes de prévention de grossesses non désirées soient à la hauteur de ce qu'on pourrait en attendre. En effet le modèle français de contraception, qui privilégie les méthodes médicales théoriquement très efficaces, où la pilule tient une place prédominante, connaît pourtant des taux d'échecs préoccupants. Ces échecs mènent souvent à des interruptions de grossesse, malgré un accès facile et de plus en plus répandu à la contraception d'urgence qui ne joue pas pleinement son rôle.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés à la contraception d'urgence mécanique, dont j'ai découvert l'existence lors d'un passage en service de gynécologie durant mon internat. J'avais été touchée par les nombreux recours aux IVG et la méconnaissance de certaines patientes vis à vis de la contraception d'urgence et des situations à risque. J'ai été étonnée de ne jamais en avoir entendu parler lors de mon cursus et me suis alors interrogé sur les raisons de sa faible voire non utilisation semblant pourtant être une méthode de contraception d'urgence très efficace ce que nous verrons par la suite.

L'objectif de cette thèse sera d'essayer de comprendre pourquoi cette méthode n'est pas plus utilisée en ville et plus généralement en France, analyser les difficultés qui peuvent limiter son utilisation ; et si possible y apporter des éléments de réponse en interrogeant quelques médecins généralistes normands par le biais de focus groupe.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Etude qualitative

Il existe de nombreuses méthodes de recueil de données en soins, les outils quantitatifs étant le plus souvent utilisés.

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements des fournisseurs et des consommateurs de soins

Cette méthode de recherche est adaptée aux questions plus subjectives, difficile à quantifier, et s'applique bien à l'aspect relationnel des soins, en faisant appel aux modèles culturels et au vécu des personnes interrogées. Elle s'inscrit dans une démarche interprétative à partir de l'exploitation de données verbales et non verbales.

3.1.1. Choix de la méthode de recueil des données

Les entretiens de groupe, focus groupe présentent l'avantage d'être interactif en mettant face à face des personnes dont les avis peuvent se rejoindre ou au contraire s'opposer, les amenant à défendre leur point de vue. Cela semblait le plus adapté à notre étude dont le sujet a suscité des réactions vives et contrastées pour ainsi faire émerger la somme des freins la plus exhaustive possible.

Le choix de la méthode qualitative semblait la plus propice car elle permettait de recueillir un ensemble d'opinion et de perceptions des médecins inaccessible à la méthode quantitative.

Le focus groupe se déroule autour d'un questionnaire semi structuré (ou guide d'entretien). Il est construit en fonction de la question de recherche, constitue une trame commune pour les différents entretiens et peut être modifié ou complété en fonction des résultats obtenus.

Il a été légèrement modifié pour le troisième focus groupe s'adressant à des médecins plus jeunes ayant été formé à la pose de DIU pour connaître leur point de vue sur la formation.

Un modérateur anime regroupe, s'assure de la participation active de chacun et guide la discussion en suivant la trame de questions établies au préalable.

Un deuxième protagoniste, l'observateur (le thésard) est chargé de recueillir les réactions non verbales, prendre des notes et enregistrer la discussion. Il s'occupe ensuite de retranscrire chaque discussion le plus fidèlement possible, mot à mot sans déformer ni interpréter les paroles de chacun. Le recueil des données prend fin lorsque aucune nouvelle idée n'émerge c'est à dire que la saturation des données est atteinte.

3.1.2.L'analyse des données

Après retranscription des données, elle passe par un processus d'encodage qui consiste à simplifier les données en attribuant un code à un segment de texte (le verbatim) Il permet ainsi de regrouper les idées, et d'en tirer des thèmes principaux et ainsi le début du processus d'analyse des données.

3.2. Notre étude

3.2.1.L'organisation des focus groupe

Cette étude qualitative a été réalisée de 2016 à 2017 par le biais de trois focus groupes.

Nous avons recruté un panel de médecins généralistes libéraux installés ou remplaçants. Ils devaient incarner la diversité du métier de par : leur sexe, leur âge, lieu d'exercice, milieu d'exercice, mode d'exercice (solitaire urbain ou rural, groupes de médecins généralistes urbains ou rural, ou en groupe multidisciplinaire) de la pratique ou non de la gynécologie et plus particulièrement de la pose de stérilet. C'est à dire un échantillonnage en recherche de variations maximales.

Le recrutement des médecins s'est fait par différents moyens : sollicitation via la mailing liste de l'URPS, sollicitation en journée de formation universitaire, connaissance, maîtres de stage...

Les entretiens collectifs ont été doublement enregistrés par dictaphone et tablette sous couvert d'anonymat, après autorisation des participants puis retranscrit le plus fidèlement possible sur open office. Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des données. Une analyse manuelle thématique du verbatim a été réalisée séparément par mon directeur de thèse et moi-même et une mise en commun consensuelle a ensuite effectuée. (Triangulation des données/ double codage)

3.2.1.1. Le guide d'entretien

Il s'articulait autour de trois grands axes dont chacun regroupait plusieurs sous questions :

Le thème est la contraception d'urgence.

Première groupe de questions :

- Qu'est-ce que ça évoque pour vous ?
- Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Quelle est votre pratique ?

Deuxième groupe de questions :

- Donc vous avez parlé de la contraception d'urgence comme vous la pratiquez. La thèse porte plus précisément sur la pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence, alors qu'est-ce que vous en savez ?
- Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Maintenant que je vous ai dit cela comment pouvez-vous réagir ?

Troisième groupe de questions :

- Est-ce que vous voyez d'autres freins ?
- D'autres choses ?
- Parce qu'à priori la bibliographie montre que cette méthode serait plus efficace que la contraception d'urgence hormonale.
- Est-ce que cela pourrait modifier un peu vos habitudes ?
- Est-ce que ce serait un moyen à développer ?
- Ou alors vous voyez d'autres freins encore à l'utilisation du stérilet dans cette situation ?

3.2.1.2. Description des focus groupe et des participants

Le focus groupe de Romilly sur Andelle

Le premier focus groupe s'est déroulé à la maison de santé de Romilly sur Andelle en janvier 2016 en milieu semi rural. Les participants étaient au nombre de cinq, quatre installés dans la maison de santé et un en remplacement ce jour-là. Il était composé de quatre femmes et d'un homme.

Le premier focus groupe de Rouen

Le deuxième focus groupe s'est déroulé en juin 2016 dans une salle de la faculté de médecine de Rouen au décours d'une journée de formation de maître de stage (accueillant des internes de médecine générale). Les participants étaient au nombre de cinq, dont trois femmes qui pratiquent beaucoup de gynécologie et deux hommes.

Le deuxième focus groupe de Rouen

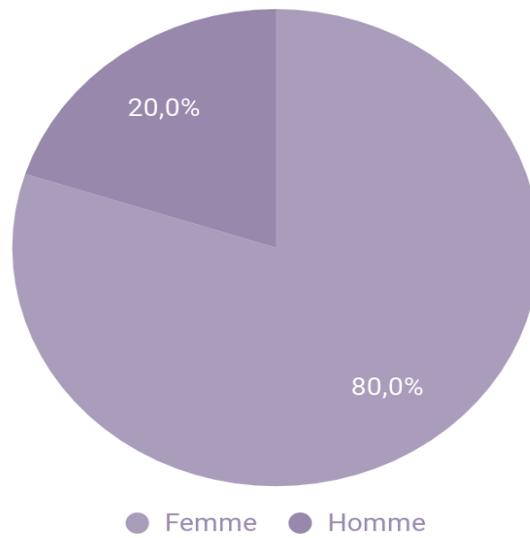
Le troisième focus groupe s'est déroulé en février 2017 dans une salle de la faculté de médecine de Rouen.

Les participants étaient au nombre de cinq, et majoritairement de jeunes médecins installés ou remplaçants.

3.2.1.3. Caractéristiques de l'échantillon

| | Sexe | Age | Milieu d'exercice | Gynécologie | Pose DIU | Durée d'installation | Type d'exercice |
|-----|------|-----|-------------------|--------------------|----------|----------------------|------------------------|
| M1 | F | 48 | Semi rural | oui | non | | MSP |
| M2 | F | 43 | Semi rural | oui | non | | MSP |
| M3 | M | 30 | Semi rural | oui | non | | MSP |
| M4 | F | 42 | Semi rural | oui | non | 10 | MSP |
| M5 | F | 31 | Semi rural | oui | non | 2 | MSP |
| M6 | M | 35 | Semi rural | oui | non | 4 | MSP |
| M7 | M | 46 | rural | non | non | 9 | Association |
| M8 | F | 57 | urbain | Oui+ planification | plus | 27 | MSP |
| M9 | F | 64 | rural | oui | oui | 35 | seul |
| M10 | F | 61 | Semi rural | Oui+ planification | oui | 35 | Association 2 médecins |
| M11 | F | 28 | remplaçante | oui | oui | | |
| M12 | F | 28 | rural | oui | oui | 1 | Association |
| M13 | F | 28 | remplaçante | oui | oui | | |
| M14 | F | 29 | urbain | oui | non | 2 | association |
| M15 | F | 65 | rural | oui | oui | 34 | seul |

Distribution par genre

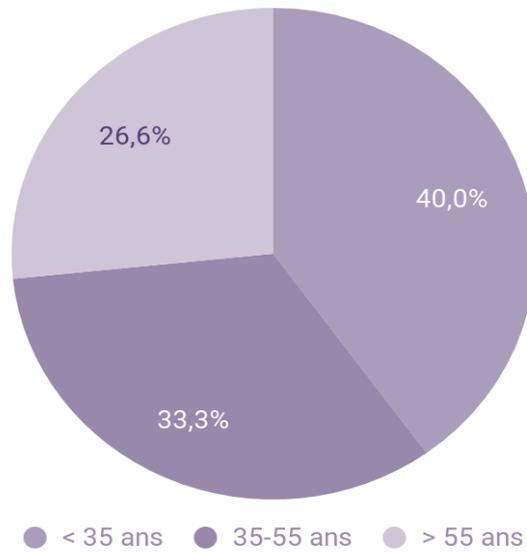


Il existe une surreprésentation féminine de l'échantillon par rapport à la démographie médicale de haute Normandie.

En effet d'après l'ordre national des médecins (36) en 2015 les hommes représentaient 64% des médecins généralistes libéraux ou mixtes.

Cette surreprésentation féminine peut être expliquée par la moyenne d'âge peu élevée de notre échantillon.

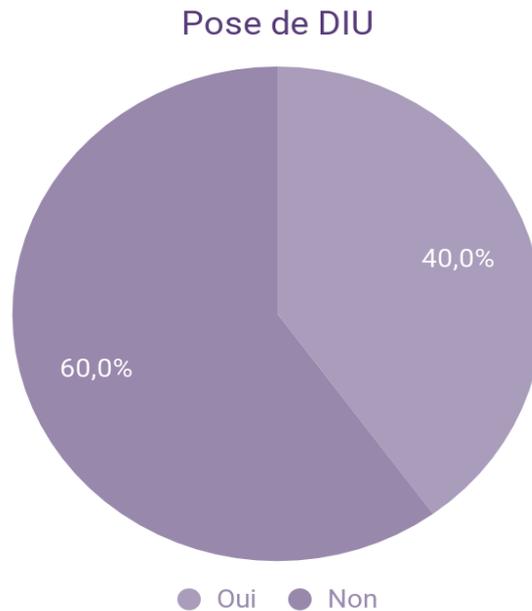
Distribution par âge



La moyenne d'âge est en effet de 42,3 ans contre 53 ans en Haute Normandie. (36)

Or il existe une nette prédominance féminine chez les médecins de moins de 40 ans, elles représentent 68% des effectifs, ce qui peut expliquer la tendance de notre échantillon.

Il y avait d'autre part peu de médecin avec un exercice urbain (13%)



Sur l'aspect gynécologique de l'exercice la totalité de l'échantillon la pratiquait mais avec une fréquence différente. (Certains occasionnellement, d'autres avec un exercice très orienté vers la gynécologie, voire même des vacations en planning familial pour certains.)

Cela peut également être expliqué par la surreprésentation féminine de l'échantillon les femmes étant connues pour pratiquer plus la gynécologie.

Ils sont 40% à poser des DIU ce qui représente environ de double de notre estimation de médecins haut normand posant des DIU (nous verrons cela dans la discussion)

4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Ce travail se propose de recueillir le regard des médecins généralistes sur la contraception d'urgence et plus particulièrement via le stérilet au cuivre.

Il a essayé d'évoquer l'ensemble des freins qui expliquent que cette méthode est peu voire pas utilisée en France et de proposer quelques pistes pour la développer.

4.1. Contraception d'urgence

Seule la contraception d'urgence hormonale a été évoquée lors des deux premiers focus groupe, citant NORLEVO® et ELLAONE®

Le stérilet a été cité spontanément uniquement lors du troisième focus groupe (par deux participantes)

Ce qui nous suggère même si nous ne pouvons pas extrapoler les résultats des focus, qu'une minorité de praticiens pense à cette possibilité « thérapeutique », et sera à même de l'évoquer voir de la proposer aux patientes consultant pour ce motif.

4.1.1. Contraception d'urgence hormonale

4.1.1.1. Fréquence

La faible fréquence des demandes de recours à la contraception d'urgence en ville a été citée par la majorité des participants, ainsi que l'absence de confrontation à la situation.

« En médecine générale ça m'arrive très très rarement d'avoir une consultation pour une demande de contraception d'urgence » Focus 1

« Moi c'est pareil j'y suis très peu confrontée » Focus 3

« Disons que ça fait 15 ans que je suis installé j'en ai prescrit une fois » Focus 2

Certains déclarent même n'en avoir jamais prescrit :

« Euh en y réfléchissant je n'en ai jamais prescrit » Focus 1

« Je n'ai jamais eu de demande de ce type » Focus 1

D'autres évoquent une forte fréquence. A contrario certains pensent que les demandes étaient

plus fréquentes par le passé et s'interrogent quant à une diminution des demandes biaisée par la possibilité d'accès direct en pharmacie ou liée à une meilleure éducation.

« Par contre il y a de ça dix vingt ans c'était beaucoup plus fréquent » Focus 3

« Mon opinion personnelle c'est que les jeunes filles viennent chercher directement en pharmacie s'il y a besoin » Focus 3

« Je ne sais pas si c'est lié au fait qu'il y ait une éducation qui est plus présente sur la contraception de base ou s'il y a moins de besoins ou si je ne dis pas de bêtise, elles peuvent y avoir accès direct en pharmacie sans passer par la médecine maintenant c'est plus sûr donc »

« Souvent ils shuntent, ils vont directement à la pharmacie » Focus 1

4.1.1.2. Intérêt d'une prescription systématique ?

Pour certains, la contraception d'urgence hormonale est systématiquement évoquée et/ou prescrite à la première prescription de pilule, ce qui n'apparaît pas nécessaire pour d'autre avec une éducation contraceptive claire.

« Je la prescris systématiquement quand je fais une prescription de pilule surtout si c'est la première fois » Focus 2

« On nous a dit en stage et en ed que dès qu'on prescrivait une pilule pour la première fois théoriquement il fallait qu'on mette la NORLEVO® avec éventuellement à renouveler. Donc comme ça théoriquement elles n'ont pas à nous le demander quand elles en ont besoin mais elles l'ont sous la main » Focus 3

« Alors moi, je ne la prescris pas en systématique. Je pense que si on leur explique bien en disant que si elles ont vraiment besoins de rappeler, de revenir entre deux on est là il n'y a pas de soucis. Moi, je n'ai pas eu plus de soucis plus de demande et je n'ai pas eu plus de demande d'IVG médicamenteuse non plus » Focus 3

4.1.2. Demande tardive

Les participants relatent des consultations plus tardives ou le recours à la contraception d'urgence n'est plus possible puisque le motif de consultation est une demande d'IVG.

Cette consultation fait alors l'objet d'éducation sur la contraception d'urgence en aval ou prévention secondaire.

« Et puis pour malheureusement pour les patientes qu'on voit en post et en demandes d'IVG là on parle systématiquement de la contraception d'urgence et je leur donne une prescription d' ELLAONE® et qu'elle puisse avoir potentiellement l'ordonnance sous la main » Focus 1

4.1.3. Des modalités d'usage connues des médecins

Les participants semblaient être d'accord et connaître globalement les modalités d'usage de la contraception d'urgence hormonale, que ce soit le délai de possibilité de prise post « rapport à risque », la possibilité d'accès direct en pharmacie, ainsi que la gratuité pour les mineures.

« NORLEVO® Tu as 3 jours, ELLAONE® tu as 5 jours et n'empêche qu'il y ait un accès direct chez le pharmacien il faut vraiment qu'on insiste sur le dimanche vous allez chez le pharmacien de garde quoi. »

Focus 1

« ELLAONE®, c'est une ordonnance NORLEVO®, c'est accès direct c'est ça ? » Focus 1

4.2. Education contraceptive

4.2.1. Vérifier l'observance

Sur ce point les avis divergent, certains préconisent une vérification systématique à chaque renouvellement de contraception orale de l'observance, des oublis et remettent en question une éducation insuffisante des patientes.

« Se poser la question sur les oublis à chaque renouvellement de la prise à heure fixe de la régularité »

Focus 1

« Et je pose systématiquement la question au renouvellement tous les 6 mois, est ce qu'il y a des oublis ? Ça fait vraiment parti de mes questions et d'ailleurs j'exige car je suis maître de stage je veux voir dans mon dossier médical s'ils ont demandé s'il y avait des oublis, si elle fumait, s'il y a des problèmes veineux et s'il y a des migraines » Focus 2

D'autre estiment prodiguer une éducation claire et suffisante leur permettant de ne pas prescrire une contraception d'urgence hormonale systématique à l'initiation de la contraception sans pour autant que leur patientèle ait plus recours à l'IVG.

« Moi je n'ai pas eu plus de soucis plus de demande et je n'ai pas eu plus de demande d'ivg médicamenteuse non plus » Focus 3

4.2.2. La connaissance des modalités d'usage par les patientes

Là encore, les avis divergent, pour certains il existe une méconnaissance des modalités de prise de la contraception d'urgence hormonale qui expliquerait sa faible fréquence de demande en consultation.

« Elles ne savent pas forcément que la pilule du lendemain peut être pris justement le week-end ou elles attendent souvent le lundi que la pharmacie ouvre, elles ne savent pas souvent que c'est un traitement d'urgence qui est disponible sans ordonnance ça j'ai souvent eu le cas. » Focus 1

« Elle est venue pour avoir sa contraception d'urgence. Elle n'était pas au courant qu'elle pouvait aller chercher en pharmacie » Focus 2

En opposition d'autres pensent que pour certaines l'usage est fréquent, qu'elles en connaissent les modalités. Ils soulignent leur recours parfois fréquent

« Pour l'autre moitié des femmes elles étaient très bien au courant que de toute façon s'il y a eu un rapport dans les 3 jours précédents tout au long un oubli elles pouvaient aller le chercher directement à la pharmacie. Elle m'a même dit qu'elle avait l'habitude et ce n'était pas la première fois qu'elles l'utilisaient. » Focus 1

4.2.3. Une meilleure éducation ?

Les modalités (délais d'efficacité, remboursement, accès libre) paraissent pour certains bien connues par les patientes ce qui pourrait expliquer la faible demande de recours à la pilule du lendemain en consultation puisque les femmes se la procure directement en pharmacie.

« C'est vrai que ça fait supposer qu'à l'époque il y avait moins d'informations sur l'utilisation de la pilule et que maintenant il y a une meilleure connaissance, elles savent mieux utiliser la pilule correctement. » Focus 1

« Moi ce que je peux en dire c'est qu'elle ne m'est plus demandée cette pilule du lendemain, par contre il y a de ça dix vingt ans c'était beaucoup plus fréquent. De nos jours les jeunes ne sont plus demandeuses de la pilule ou suivent mieux leur traitement mais ça fait un petit moment que je ne l'ai plus prescrite » Focus 3

4.2.4. Support pédagogique

Une participante utilise un support éducatif : une plaquette expliquant que faire en cas d'oubli, les possibilités d'accès à la contraception d'urgence (hormonale ou mécanique) ainsi que leurs modalités d'usage.

Elle l'évoque une fois à l'initiation de la contraception.

« Tu m'avais remis un petit feuillet que j'ai amené (le montre) et que je donne systématiquement à toutes mes patientes en cas d'oublis ce qu'il faut faire... » Focus 2

« Sauf si elle a lu ça » (montrant leur protocole) Focus 2

4.3. La contraception d'urgence par DIU

Cette méthode n'est évoquée spontanément que lors du troisième focus groupe, avant que la méthode ne soit citée dans une question du guide d'entretien.

4.3.1. Une méthode méconnue des médecins généralistes

Globalement peu connue des médecins généralistes. Certains en ont vaguement entendu parler, d'autres en connaissent les modalités théoriques, la plupart l'ignorent et s'interrogent sur ses modalités. Et même chez les médecins posant des DIU aucun n'a d'expérience de pose dans ce contexte.

Seul un des médecins voit cette méthode utilisée de temps en temps lors de ces vacations au planning familial

L'annonce de sujet de l'étude au fur et à mesure du guide d'entretien a d'ailleurs suscité l'étonnement et fait réagir :

« Moi je ne connaissais pas non plus le stérilet dans l'urgence. » Focus 3

« C'est là que j'ai entendu pour la première et la dernière fois la possibilité de mettre un stérilet en contraception en urgence. » Focus 1

« Alors dans l'absolu je sais que ça existe » Focus 2

« Moi je ne connaissais pas du tout, pourtant je pose les stérilets mais je ne savais pas qu'on pouvait poser un stérilet donc en urgence pas du tout ».

« Il y a un délai non ? 1 jour... 2jours ? » Focus 3

« J'en ai entendu parler avant via un stage on faisait beaucoup de gynéco mais voilà c'est juste de la

théorie, on a jamais été formé à le faire, on ne sait pas d'en quel cas on peut le faire ou ne pas le faire »

Focus 3

4.3.2. Un manque de formation à la pose de DIU

Le manque de formation pratique à la pose de stérilet dans le cursus de médecine générale est déploré par certains.

« Peut-être qu'au jour d'aujourd'hui vous êtes tous formé à poser des stérilets mais nous à notre époque... » Focus 1

4.3.2.1. Une autocritique de certains praticiens

Certains jugent comme étant une lacune dans leur exercice professionnel de ne pas savoir poser de stérilet et le déplorent.

« Euh alors la pose du stérilet ça me pose toujours problèmes parce que ça fait à peu près 15 ans que je n'en pose plus et que je devrais me reformer et je ne n'ai toujours pas le temps » Focus 2

« Tu peux être effondré je l'exprime à voix haute j'ai honte » Focus 2

« Il y a 15 ans j'en posais régulièrement puis après ça a été 3-4 par an puis 2-3 après tu perds le geste c'est comme le vélo puis tu as peur de faire le geste tu te dis que tu vas faire la formation puis tu n'as pas le temps... » Focus 2

« Oui mais comme je n'en pose pas voilà ça m'embête un peu mais voilà » Focus 1

4.3.2.2. La formation continue une solution ?

Proposée pour se mettre à jour et pouvoir poser des stérilets en urgences ou pas.

« On va faire une session de formation sur la pose de stérilet déjà pour former les médecins généralistes. » Focus 1

4.3.2.3. Un clivage générationnel

Les participants les plus jeunes interrogés ont reçu une formation théorique et pratique pour la plupart à la pose de stérilet, contrairement à leurs aînés.

« La formation on l'a. En théorie on sait comment on doit faire » Focus 3

Une participante déplore l'impossibilité pour certains internes de faire un stage de gynécologie et de pédiatrie et de devoir parfois choisir.

« Moi je mets un peu de politique là-dedans en disant que dans mon parcours d'internat j'ai dû choisir entre pédiatrie et gynécologie j'ai choisi pédiatrie et donc je ne suis pas passée en gynécologie pour faire de la pratique concernant les stérilets. Ça c'est une faille donc il faudrait proposer aux médecins généralistes et la pédiatrie et la gynéco » (hausse le ton) Focus 3

Une participante avoue avoir pallié l'absence de formation et s'être formée par elle-même sur le tas

« Moi les premiers stérilets que j'ai posés car on ne m'a jamais appris pendant mes études on n'avait pas comme ça de formation pratique au début je les posais j'avais la notice à côté de moi rire et je suivais le mode d'emploi » Focus 3

4.3.2.4. Un manque d'expérience et/ou de pratique

Les plus jeunes déplorent un manque d'expérience dans la pose de stérilet en elle-même hors d'un contexte d'urgence.

« Et moi je reviens sur mon expérience personnelle ayant peu posé de stérilet pour l'instant ça me mettrait en difficulté. Donc j'attends d'avoir un peu plus d'expérience pour le faire. » Focus 3

Ceux plus âgés ayant reçu une formation déplorent quant à eux un manque de pratique, une fréquence des demandes trop faible engendrant une appréhension du geste.

« Donc ça c'est un gros frein finalement le fait de peut-être moins pratiqué en médecine de ville, les poses de stérilet c'est pas un geste courant. Donc plus ça va moins on en fait moins on en fait plus on se dit oulala » Focus 1

« C'est pour ça qu'en ville poser un stérilet en contraception d'urgence je doute que tous les médecins généralistes aient une rotation suffisante en gynéco pour que ça reste un geste usuel et quelque chose de facile. Sauf activité particulière orientée gynéco mais ... » Focus 1

4.4. Freins évoqués à l'utilisation du DIU comme contraception d'urgence

4.4.1. Freins techniques / logistiques

4.4.1.1. Les médecins généralistes peu nombreux à poser des DIU

La plupart ne pratiquent pas la pose de DIU ce qui constitue pour eux le frein principal. De ce fait s'ils souhaitent proposer cette méthode ils doivent ré adresser vers un confrère (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme ou planning familial). C'est là que la contrainte temporelle se majore.

« Moi c'est pareil je ne pose pas de stérilet » Focus 1

« Combien de généralistes on est à poser des stérilets aussi. 3% ? » Focus 2

Et même pour les médecins posant des DIU ils n'ont pas forcément d'expérience dans ce contexte

« Alors dans l'absolu je sais que ça existe, je connais bien je me rends compte que je pose des stérilets et je ne me rappelle pas l'avoir jamais fait d'avoir posé un stérilet comme ça clac en contraception d'urgence. » Focus 2

4.4.1.2. Nécessité de DIU à disposition au cabinet

Cela paraît en effet une quasi nécessité dans le contexte d'urgence pour une prise en charge optimale

« En plus ça veut dire que s'il y a une contraception d'urgence, peut-être qu'il faut avoir le matériel avec soi je jour J. Si on commence à dire je vous revois dans 3-4 jours. Je vous pose le stérilet. Au cabinet, il faut forcément déjà avoir quasiment en stock le stérilet » Focus 2

4.4.1.3. Nécessité d'une échographie de contrôle évoquée.

Ça n'est pas consensuel mais évoqué par plusieurs comme une nécessité pour vérifier que le stérilet est bien en place. Il ne semble pas y avoir d'obligation vis à vis de cela. Outre la nécessité, l'aspect rassurant d'un contrôle échographique après la pose est abordé.

« On achète un appareil d'écho pour être bien sûr qu'on ait mis notre stérilet en place » Focus 1

« Mais regarde à l'hôpital on nous faisait mettre un coup d'écho juste après chaque pose de stérilet »

Focus 1

« Mais justement quand on le fait en stage hospitalier avec un praticien il y a quand même les appareils à coté ça rassure » Focus 3

4.4.1.4. Difficultés techniques de la pose en urgence

Pour les médecins pratiquant la pose de stérilet, une pose dans l'urgence peut s'avérer compliquée. La pose intervient à n'importe quel moment du cycle qui n'est pas forcément le plus propice, elle n'est d'autre part pas programmée ce qui peut générer un stress pour la patiente et le praticien.

« Ah bah ça c'est sûr c'est plus difficile je pense oui parce que moi je les pose toujours pendant les règles ce qui est beaucoup plus facile. Là oui il y a ce problème-là effectivement » Focus 3

« Déjà, les stérilets prévus on n'en fait pas beaucoup alors en urgence ça rajoute un stress... » Focus 3

4.4.1.5. L'angoisse de l'échec ou des complications

Tout cela suscite l'inquiétude quant aux risques d'échec de la pose voire de perforation utérine.

D'autre part une rumeur erronée circulerait auprès des professionnels de santé quant à une obligation d'être équipé en oxygène et matériel de réanimation pour les poseurs de DIU en cas de complication. Cela peut refroidir et constituer un frein supplémentaire. Cette rumeur semble être assez diffusée puisque cette notion a été abordée lors des trois focus groupes.

« En discutant un peu on m'a dit qu'il fallait avoir l'oxygène sur place au cabinet au cas où » Focus 3

« J'ai aussi entendu dire ça comme quoi il faudrait du matériel de réa au cas où ça se passerait mal et donc il y a de plus en plus d'obligations au cabinet médical et donc les gens prennent peur » Focus 3

« C'est pareil avec les perforations utérines c'est que en fait je crois quand on pose des stérilets si pour perforer un utérus il faut forcer si ça ne passe pas il faut pas insister c'est ça. Si dans un cabinet quand on est tout seul il ne faut pas insister » Focus 3

4.4.2. Contrainte temporelle

4.4.2.1. Délai médical

En effet un premier frein à apparaître est le délai de cinq jours suivant le rapport à risque de grossesse non désirée pour poser le stérilet. Même si dans les faits il peut être posé jusqu'au 19^{ème} jour du cycle (donc potentiellement dans un délai supérieur à cinq jours) en pratique la date d'ovulation n'est quasiment jamais connue donc il reste de 5 jours Le délai pour avoir un rendez-vous médical en médecine libérale peut parfois être plus long et donc poser problème.

4.4.2.2. Ré adresser les patientes

De ce fait si le professionnel de santé souhaite ré adresser sa patiente car il ne pratique pas la pose de DIU le problème se majore Il ne sera pas aisé de la ré-adresser à un confrère en moins de cinq jours.

« Ah bah c'est parfait comme méthode sauf que c'est limité à la pratique du médecin si un généraliste ne pose pas de stérilet on est vite limité on n'est pas sûr en orientant notre patiente à l'extérieur qu'elle prenne son rendez-vous, qu'on soit dans le délai donc c'est plus simple de lui faire traverser la rue et d'avalier une pilule du lendemain que de trouver un praticien qui puisse nous poser un stérilet » Focus 1

« À condition qu'elle ait de la place sur son planning je veux dire tu ne peux pas bousculer le planning comme ça pour trouver un praticien qu'il soit sage- femme ou médecin généraliste dans le cadre de l'urgence pour une contraception d'urgence. En tout cas chez les libéraux, je ne dis pas qu'au planning familial on ne puisse pas le faire mais nous sur notre secteur c'est compliqué » Focus 2

« Moi dans l'absolu pour une contraception d'urgence par stérilet il faut une consultation dans l'absolu également un passage chez le pharmacien pour aller chercher le stérilet et tout ça, ça demande une énergie et une disponibilité du corps médical. Il n'y a pas une boutique installée disant venez-vous faire poser un stérilet quand vous avez sauté quoi ! » Focus 2

4.4.2.3. Deux consultations nécessaires une démarche complexe

De plus il ressort assez vite la nécessité de deux consultations rapprochées dans ce contexte (la première pour évoquer la possibilité de DIU comme contraceptif d'urgence et les informations médicales, la deuxième pour la pose) ce qui majore encore la contrainte.

« Alors que là pour le coup il faut 2 consultations très rapprochées : elle vient vous voir une première fois ça demande un petit temps pour comprendre ce qui se passe pour poser le stérilet moi je me vois mal le faire entre deux consultations. Il faut lui expliquer voilà qu'elle soit d'accord, il faut la revoir pour la pose et donc ça demande 2 consultations à très court terme » Focus 3

« Euh c'est une cascade de démarches qui me paraît théoriquement séduisante mais qui n'est pratiquement pas réalisable. » Focus 2

4.4.3. Frein éthique

Ce qui ressort majoritairement des focus groupes c'est le frein éthique. En effet poser un stérilet dans l'urgence pose question aux médecins qui se voient mal imposer une contraception dans une certaine mesure « invasive et pérenne » à leurs patientes.

Plusieurs points leur posent problème :

4.4.3.1. La nécessité d'une éducation préalable

Des informations sur le stérilet et le stérilet en contraception d'urgence en amont leur paraît indispensable mais peut être difficile face à la contrainte des cinq jours

Pourtant une minorité des praticiens aborde la contraception mécanique d'urgence.

Il est évoqué de parler des différents modes de contraception d'urgence dont le stérilet à l'initiation de la contraception ou au renouvellement, ce qui est déjà fait par certains. Cela qui permettrait à la patiente de connaître les deux options possibles si la situation se présentait et de ce fait une adhésion facilitée.

Une des participantes le propose.

« Je pense que ça nécessite une discussion d'en parler longtemps. Et tu n'as pas beaucoup de temps pour le faire car il faut le faire dans les 5 jours. » Focus 2

« Oui c'est quelque chose qu'il faudrait vraiment travailler en amont. Il faudrait faire l'éducation du patient de la contraception d'urgence et lui expliquer que ce soit pilule ou stérilet pendant la consultation de contraception et vraiment quelque chose qui le jour où ça se présente elle sache qu'elles ne se disent pas ou le stérilet ah non non que ça leur fasse peur » Focus 1

« J'étais en train de penser c'est mes internes qui avaient fait ce petit travail sur la pilule les oublis les machins et tout... et effectivement il a avait la place du stérilet en urgence. C'est un truc dont on parle mais je n'en parle qu'une fois ! Autant je vais revenir beaucoup sur la contraception d'urgence par voie orale NORLEVO® pour pas le nommer. Autant ça c'est ah bah il n'y a pas d'autre moyens ? Ah bah oui il y a aussi le stérilet. C'est vrai que ça ne vient pas aussi facilement en tout cas. » Focus 2

« La du jour au lendemain j'ai eu un rapport qu'est-ce que je fais...et pouf on va vous mettre un stérilet c'est un peu court, en cinq jours pour se préparer. C'est vrai j'aime bien l'idée de leur expliquer tranquillement les choses et qu'elles reviennent l'esprit tranquille en sachant ce qui va se passer et d'anticiper un peu. » Focus 3

Et quand rarement cette possibilité a été évoquée avec la patiente elle ne l'est qu'une fois et les patientes l'oublie.

« J'en ai discuté quand même avec ton petit papier c'est marqué DIU au cuivre donc j'en parle mais entre le moment où j'en ai parlé et le moment où elles en ont besoin, je pense que ça a été oublié et voilà... »

Focus 2

4.4.3.2. En fonction des caractéristiques de la patiente et du contexte

Pour les médecins il sera plus facile de proposer le DIU en urgence dans certains contextes que d'autres. L'âge, la parité et la stabilité ou non du partenaire ou les rapports non protégés semblent des critères primordiaux à prendre en compte pour eux.

« Chez une femme de 35 ans ça va pas être le même discours que si c'est une jeune de 15 ans quoi! »

Focus 1

« Dans notre prise en charge tout ça ? Moi je pense vraiment que les freins pour les jeunes, enfin après je n'en ai pas non plus mais on peut imaginer pour les jeunes patientes ça me semble difficile quand bien même la technique ne soit pas un frein et le matériel à disposition non plus, poser un stérilet en urgence à une jeune fille comme ça moi ça me pose question. Déjà à moi en tant que médecin, et puis sur leur réponse à elle et leur acceptation quand bien même c'est un bon moyen fiable. C'est invasif voilà enfin ça semble invasif » Focus 1

4.4.3.3. Réticence des praticiens au DIU chez la nullipare

Il ressort une réticence quasi générale à la pose de stérilet chez la nullipare tout en sachant que cela ne constitue pas une contre-indication médicale pour autant., or pour les participants c'est la catégorie la plus susceptible d'avoir recours à la contraception d'urgence.

(Septique) « Après c'est peut-être des idées reçues mais c'est plutôt des jeunes qui demandent la pilule du lendemain le NORLEVO®, du coup le stérilet chez des jeunes... même si je sais qu'on peut le poser

sans problème hein (fait la moue) » Focus 3

« Est ce que c'est nous qui avons des réticences finalement » Focus 2

« Après est ce que ce n'est pas plus facile à mettre chez des patientes qui ont déjà des enfants qui n'en veulent plus et qui du coup sont prête à avoir une contraception sur le long terme quand il n'y a pas de désir d'enfants » Focus 3

Certains participants posent tout de même des DIU chez de toutes jeunes femmes et nullipares.

« Mais on met des stérilets de plus en plus, moi je mets des stérilets j'en mets à 14- 15 ans » Focus 3

4.4.3.4. Réticence des patientes envers les DIU/difficulté d 'acceptation

Certaines patientes sont réfractaires à une contraception par DIU, et le seront potentiellement tout autant pour une contraception d'urgence. L'aspect « corps étranger » rebute certaines patientes, ou certaines contre-indications erronées persistent telle qu'une croyance de contre-indication chez la nullipare.

« Et puis après c'est vrai que l'acceptation de la patiente parce que même sans parler de contraception d'urgence quand tu parles de contraception il y a beaucoup de femmes qui sont réticentes au stérilet. L'idée d'avoir un corps étranger c'est toujours enfin il y a certaines que ça gêne.et puis euh l'idée » Focus 1

« Quand même c'est arrivé plusieurs fois qu'elles ne soient pas réticentes au corps étranger mais c'est plutôt des mauvaises expériences de l'entourage qui ne sont pas forcément positives » Focus 1

« Il y a une image du stérilet enfin parce qu'on disait ça avant qu'on ne posait pas un stérilet chez une fille qui n'avait pas eu d'enfants. C'est ce qu'on disait avant c'est vrai. Ça reste encore car il y a encore des jeunes filles quand je leur dis mais je croyais qu'on ne pouvait pas me poser de stérilet. Alors c'est vrai que si on leur pose en urgences comme ça l'acceptation » Focus 2

4.4.3.5. Un délai de réflexion nécessaire

« Il y a un délai de réflexion aussi on n'impose pas une contraception comme ça du jour au lendemain. » Focus 1

« Il faut en parler plusieurs fois du stérilet vraiment ré expliquer après ce n'est pas forcément le contexte de l'urgence et puis il faut en parler en couple... Moi ça m'est arrivé de recevoir un couple pour expliquer ce qu'est un stérilet comment ça marche, pour rassurer et ce n'est pas du jour au lendemain c'est pour

ça en contraception d'urgence on n' ai pas à expliquer et à réfléchir ah bah je prends la pilule encore un ou deux mois et on voit après... Là c'est maintenant tout de suite qu'il faut trancher. » Focus 1
« Mais pareil la remarque de dire on va poser le stérilet dans la foulée si ça n'a pas été abordé avant c'est un peu cavalier. » Focus 2

4.4.3.6. Pérennité de la méthode

Elle apparaît comme un avantage pour certains permettant dans un même temps une contraception d'urgence et une contraception au long cours évitant la nécessité d'un recours ultérieur à une contraception d'urgence mais qui leur semble plus adaptée à une population multipare ne désirant plus d'enfants.

« Et l'avantage c'est vrai que quand tu poses ton stérilet en urgence du coup tu mets en place une contraception efficace pour après parce que le NORLEVO® voilà enfin c'est ponctuel, si derrière tu ne represcris pas une pilule ou si tu redonnes pas des infos sur la contraception tu peux recommencer 2 mois après enfin. Si tu as posé un stérilet c'est sûr que... » Focus 1

Pour d'autre au contraire c'est l'aspect contraception « pérenne » qui peut poser problème pour l'adhésion à cette contraception d'urgence mécanique chez des patientes jeunes notamment. Pour autant pour rappel même si cela paraît dommage le DIU posé dans un contexte de contraception d'urgence peut être retiré dès le cycle suivant si c'est le souhait de la patiente
« Après est ce que ce n'est pas plus facile à mettre chez des patientes qui ont déjà des enfants qui n'en veulent plus et qui du coup sont prête à avoir une contraception sur le long terme quand il n'y a pas de désir d'enfants » Focus 3

4.4.3.7. Le stérilet comme contraceptif d'urgence à t-il l'AMM ?

La question a été évoquée avec la crainte d'être hors indication /recommandation et des conséquences s'il y avait des complications lors de la pose.

« Ah oui j'ai une dernière question est ce qu'en France les stérilets ont l'AMM pour la contraception d'urgence ? Parce que si ça se passe mal et qu'on est complètement hors AMM » Focus 3

4.4.4. Freins de la patiente

4.4.4.1. Sa disponibilité

« Quand je parle de disponibilité je parle non seulement de toi mais aussi de la patiente » Focus2

4.4.4.2. Encore et toujours le délai des 5 jours

Il apparaît comme un frein majeur.

4.4.4.3. L'acceptation d'une contraception dans l'urgence pouvant être considéré « comme pérenne et invasive »

Comme nous l'avons vu précédemment.

4.4.4.4. Le risque infectieux

Il est en effet à évaluer au cas par cas et on peut proposer avant une pose de DIU en urgence dans les cas à fort risque infectieux une recherche systématique d'IST (chlamydia trachomatis et éventuellement gonocoque) ou alors d'envisager carrément une antibioprophylaxie (zithromax monodose) (serfaty 2006) (4)

« Euh enfin il y a quand même un risque infectieux surtout chez des gens qui n'ont pas des rapports protégés par définition je ne trouve pas ça si évident d'adresser » Focus 1

4.4.5. Freins culturels

4.4.5.1. La norme contraceptive en France

Evoquée par les participants, la tendance reste plutôt la pilule chez les nullipares et le stérilet chez les femmes ayant déjà eu des enfants.

« Pour revenir sur les normes contraceptives en France c'est vrai que c'est préservatif, pilule, stérilet quand on ne veut plus d'enfants. Ça reste toujours ancré malgré les formations » Focus 2

Cela sous-entend une réticence pour le stérilet chez la nullipare de la part des patientes mais aussi des soignants.

« Après c'est peut-être des idées reçues mais c'est plutôt des jeunes qui demandent la pilule du lendemain le NORLEVO®, du coup le stérilet chez des jeunes... même si je sais qu'on peut le poser sans problème hein (fait la moue) » Focus 3

« Après elles ne sont pas non plus elles tournées vers le stérilet. » Focus 1

4.4.5.2. L'avis des patientes est tranché vis à vis des DIU

Certaines patientes adhèreraient d'emblée facilement à l'idée d'une contraception par stérilet et pour d'autres le non serait catégorique.

« Vraiment soit les patientes disent ah oui le stérilet pourquoi pas j'y réfléchis, soit elles veulent être tranquilles avec la pilule ou elles sont catégoriques ah non non non. Il n'y a pas tellement de demi mesures en fait quand on regarde bien. » Focus 1

4.4.5.3. Des réticences vis à vis des DIU

Différentes raisons sont évoquées : l'aspect invasif avec corps étranger, le mécanisme d'action sur la nidation considérée par certains comme abortive ou bien la croyance erronée de risque pour la fertilité ultérieure.

« Il y a beaucoup de femmes qui sont réticentes au stérilet. L'idée d'avoir un corps étranger c'est toujours enfin il y a certaine que ça gêne.et puis euh l'idée » Focus 1

« Et le fait que tu n'inhibe pas l'ovulation aussi mais la nidation aussi je ne sais pas si, une impression que c'est moins efficace » Focus 1

Les avis divergent

« Les patientes ne sont pas du tout hostile au stérilet parce qu'on le pose et on est tranquille des années et des années et on le retire très facilement en plus » Focus 3

4.4.5.4. Norme contraceptive différente à l'étranger

Dans certains pays il semble que les DIU soient beaucoup plus répandus que ce soit en contraception classique ou d'urgence ce que nous développerons dans la discussion

« La médecine chinoise est ce qu'ils ont des états d'âmes pour poser un stérilet en urgences ? (Rires) »

Focus 3

« Moi j'ai avorté quelques chinoises qui sont étudiantes au Havre et comment ça pourquoi les démarches c'est culturel je pense qu'un stérilet peut être posé par le pharmacien (rires) » Focus 2

« Dans les pays asiatiques il y a peu de contraception orale » Focus 2

« Aux Etats Unis le problème qui s'est posé, c'est par rapport à l'obésité des femmes la contraception par stérilet s'est développée énormément par rapport à ce problème-là. » Focus 2

4.4.5.5. Evolution de la norme contraceptive française

Certains ont l'impression de poser plus de stérilet qu'avant dont chez des nullipares et que les mentalités évoluent d'une génération à l'autre.

« Mais on met des stérilets de plus en plus, moi je mets des stérilets j'en mets à 14- 15 ans. Le

Premier je dois dire je n'étais pas très à l'aise mais elles sont très contentes. » Focus 3

« J'ai l'impression que ça évolue quand même, moi j'ai un biais de recrutement aussi car il y a beaucoup de gynécos qui font de la résistance et refuse de poser des stérilets chez la nullipare, elles atterrissent un petit peu la ou les gens les reçoivent » Focus 2

« Le fait aussi que les femmes qui ont des enfants qui deviennent ados n'ont pas forcément été élevées dans le on ne pose pas de stérilet chez la nullipare » Focus 2

4.4.5.6. La fréquence des DIU en augmentation ?

La tendance semble être vers une augmentation de la part du stérilet dans la contraception selon les participants suite en parti à la remise en question des pilules de troisième génération.

« De la même manière que le stérilet est en montée enfin ça monte bien quand même depuis quelques années avec l'histoire des troisièmes générations ça a continué » Focus 2

4.4.6. Les autres freins

4.4.6.1. Une opinion de bonne fiabilité de la CU hormonale

L'opinion de bonne fiabilité et efficacité de la contraception d'urgence hormonale n'incite pas à se tourner vers une autre méthode. Les résultats ne semblent pourtant pas probants à la lumière du nombre d'IVG annuelles.

« J'ai l'impression que la pilule est assez fiable donc spontanément je ne sais pas si j'envisagerai le stérilet même si je sais que ça existe dans un coin de ma tête. » Focus 3

4.4.6.2. La CU hormonale plus simple

La contraception d'urgence hormonale semble plus simple et plus confortable pour la patiente et le médecin.

« Ah c'est certain donner la pilule du lendemain c'est plus facile c'est évident bien que je pose des stérilets, ça paraît beaucoup plus facile c'est sûr. » Focus 2

« C'est vrai que c'est plus confortable et pour la patiente et pour nous » Focus 3

4.4.6.3. Aspect financier

L'aspect pécuniaire a également été évoqué avec un coût nettement supérieur du DIU par rapport à la pilule du lendemain qui est néanmoins largement amorti s'il est laissé en place par la suite.

« C'est plus facilement réversible. Et en terme de coût ce n'est pas la même chose c'est très très secondaire mais euh ça coûte une pilule c'est 6,50 euros, tu poses un stérilet que le retirer 15 jours plus tard parce qu'elle saigne trop parce qu'elle a mal parce qu'il la gêne qu'elle en veut pas c'est dommage quoi... » Focus 1

4.4.6.4. Assurance professionnelle majorée si l'on pose des DIU

« J'ai une remplaçante à temps fixe qui a un DU de gynéco très récent qui a moins de 6 mois, quand elle a annoncé qu'elle allait poser des stérilets chez moi sa compagnie d'assurance lui a dit de ne pas le

faire. » Focus 2

4.5. Quelques avantages admis

4.5.1. Délai supérieur au NORLEVO®

En cas de consultation tardive avec risque d'échec de la contraception d'urgence hormonale

« Je ne savais pas la durée des 5 jours après. Ça peut être un peu l'avantage à la pilule du lendemain qui peut être efficace que 3 jours. Donc ça peut être bien pour une patiente qui vient tardivement ou on a un gros risque d'échec ça peut vraiment être l'alternative de proposer le stérilet. » Focus 1

4.5.2. Bénéfice pour les patientes ayant des problèmes d'observance

« Il y en a que ça va peut-être un peu bousculer, les jeunes ou moins jeunes qui oublient leur pilule donc si elles oublient ce n'est peut-être pas le premier accident ! Le fait de lui proposer un stérilet bah elle va ne se dire pourquoi pas ça va être pratique elle va être tranquille un bon moment. C'est ça l'intérêt du stérilet au cuivre » Focus 3

4.5.3. Une CU efficace au long cours

Contrairement à la contraception d'urgence hormonale qui n'est efficace que pour le rapport à risque le DIU protégera pendant toute la durée du cycle et permettra une contraception au long cours par la suite s'il est laissé en place

« Et l'avantage c'est vrai que quand tu poses ton stérilet en urgence du coup tu mets en place une contraception efficace pour après parce que le NORLEVO® voilà enfin c'est ponctuel, si derrière tu ne reprenais pas une pilule ou si tu redonnes pas des infos sur la contraception tu peux recommencer 2 mois après enfin. Si tu as posé un stérilet c'est sûr que... » Focus 1

4.5.4. Une alternative pour les patientes « antihormones »

« Après ça peut être tout l'un ou tout l'autre. Moi je me souviens j'avais une jeune qui ne voulait absolument pas prendre d'hormones pour elle enfin voilà c'était pas bon pour la santé il ne fallait pas

prendre d'hormones et elle voulait un stérilet, un stérilet au cuivre et rien d'autre. C'était une jeune nullipare voilà. » Focus 1

« Après ce n'est pas aux hormones c'est mieux. » Focus 2

4.6. Pratique professionnelle

4.6.1. Une pratique future envisagée si formations

« La pratique de la gynéco en médecine générale en fait ça manque un peu de pratique c'est en train de se développer mais bon en Normandie on voudrait développer encore plus ça ! Par le médecin généraliste de base avec des formations des FMC du soir tout ça ou on parle de stérilets en urgence donc en en parlant avec ses pairs on a moins peur on a beau le dire en théorie il faut le faire » Focus 3

4.6.2. Une émulation par l'expérience positive de confrère

Le fait d'entendre le récit d'expérience positive de confrères peut rassurer et donner envie de se former et de proposer cette option à ses patientes également.

« De penser que les autres le font on est rassuré. Que quand on est tout seul à le faire dans son coin. Il y a quand même une émulation à en parler. À plusieurs Oui moi j'ai testé ça se passe bien finalement j'avais peur pour rien donc je peux tester » Focus 3

4.6.3. D'autres ne sont pas convaincus

Ni par la méthode en elle-même ni par ses potentiels meilleurs résultats

« C'est vrai que les résultats sont meilleurs avec le stérilet je ne suis pas sûr que ça m'incite à en poser (rires collectifs) » Focus 3

« C'était une étude avec un bon niveau de preuves ? » Focus 3

5. DISCUSSION

5.1. Les principaux résultats de l'étude

Globalement le thème de l'étude a suscité de l'étonnement, même si la plupart des participants en avait entendu parler au moins une fois, beaucoup en ignoraient les modalités précises.

Aucun participant n'en avait posé ou proposé dans l'indication de contraception d'urgence.

Passées la surprise et la relative attractivité théorique de la méthode, de nombreux freins sont vite apparus tant au niveau organisationnel que technique et éthique.

5.1.1. Des demandes de contraception d'urgence pas si fréquente

On ne peut que s'étonner du fait que la plupart des participants déclarent n'avoir jamais été ou rarement confrontés à une demande de contraception d'urgence en médecine libérale, alors qu'à en croire les statistiques, la consommation de contraception d'urgence hormonale de type NORLEVO® n'a cessé d'augmenter depuis sa mise sur le marché, il est passé de 811 433 en 2003 à plus d'1 275 000 en 2011. (15)

Différentes raisons potentielles ont été évoquées par les participants pour expliquer ce paradoxe. Certains participants pensent que cela est lié à une prescription systématique de contraception d'urgence hormonale à l'initiation d'une contraception orale, On peut alors s'interroger sur le pourcentage de praticiens ayant cette habitude de prescription puisqu'ils semblaient peu nombreux à le faire lors des focus groupes.

Il faut d'ailleurs rappeler que la HAS (16) ne recommande cependant pas la prescription et délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique car même si les études ont montré que la fourniture à l'avance de PCU augmentait son utilisation et réduisait les délais d'utilisation, elles n'ont pas démontré pour autant l'efficacité d'une telle stratégie pour diminuer l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle de la population. Les raisons avancées pour expliquer cette absence d'efficacité incluent :

- Une mauvaise évaluation par les femmes de leur risque de grossesse et dès lors une utilisation insuffisante de la PCU même si celle-ci est disponible ;
- Une augmentation de l'utilisation de la PCU principalement chez les femmes les moins à risque de grossesse.

La HAS recommande plutôt d'envisager une prescription à l'avance dans certaines conditions telles que les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (difficultés d'accès à une pharmacie, difficultés financières...), les femmes voyageant à l'étranger et les femmes utilisant comme moyen contraceptif le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces.

D'autres pensent à une diminution des demandes en lien avec une meilleure éducation, Les patientes semblent dans l'ensemble assez bien connaître les modalités d'accès et d'usage à la contraception d'urgence hormonale, selon eux même si les avis sont partagés. Mais cette vision peut être un peu optimiste dans un contexte où ni la consommation de contraception d'urgence ni le nombre de recours à l'ivg ne diminue. Les données de la DRESS (17) montrent un recours important à l'IVG en France avec 222 452 réalisées en 2011 ce qui représente un taux de 15,1 IVG pour 1000 femmes contre 12,3 en 1995.

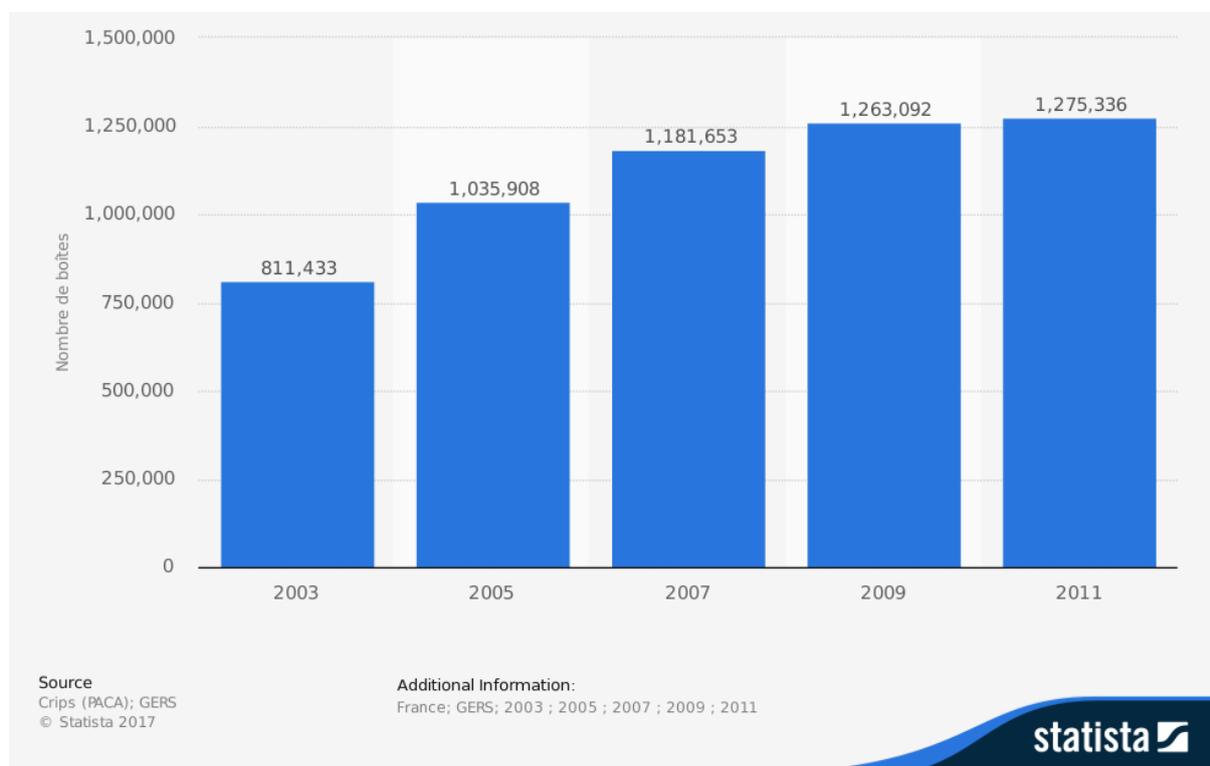
En effet d'après les résultats du baromètre santé inpes 2005 (18), près de 40% des Français déclarent ne pas connaître le délai d'efficacité de la contraception d'urgence. Parmi ceux qui pensent la connaître 90% cite un délai inexact et 63% pensent qu'il faut y avoir recours dans les 24 heures : une fausse croyance probablement liée à l'expression souvent employée de « pilule du lendemain » qui peut porter à confusion. C'est pourquoi il vaut mieux lui préférer le terme de contraception d'urgence ou de rattrapage pour faciliter à la fois sa compréhension et son utilisation et bannir les termes pilule du lendemain et du surlendemain

Cependant selon la DRESS (37), les chiffres plus récents seraient encourageants avec une légère diminution du nombre d'IVG trois années consécutives (2014, 2015 et 2016). Pour autant l'indice conjoncturel d'avortement s'établit à 0,52 et reste stable depuis 10 ans. Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie.

On peut penser aussi qu'un accès direct en pharmacie sans passer par le médecin généraliste peut participer à une diminution des demandes en consultation ce que nous verrons par la suite.

5.1.2. Quelques données sur le recours à la contraception d'urgence

Nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 2003 à 2011



Estimation du nombre de femmes ayant utilisé la PCU et du nombre de PCU utilisées en 2010

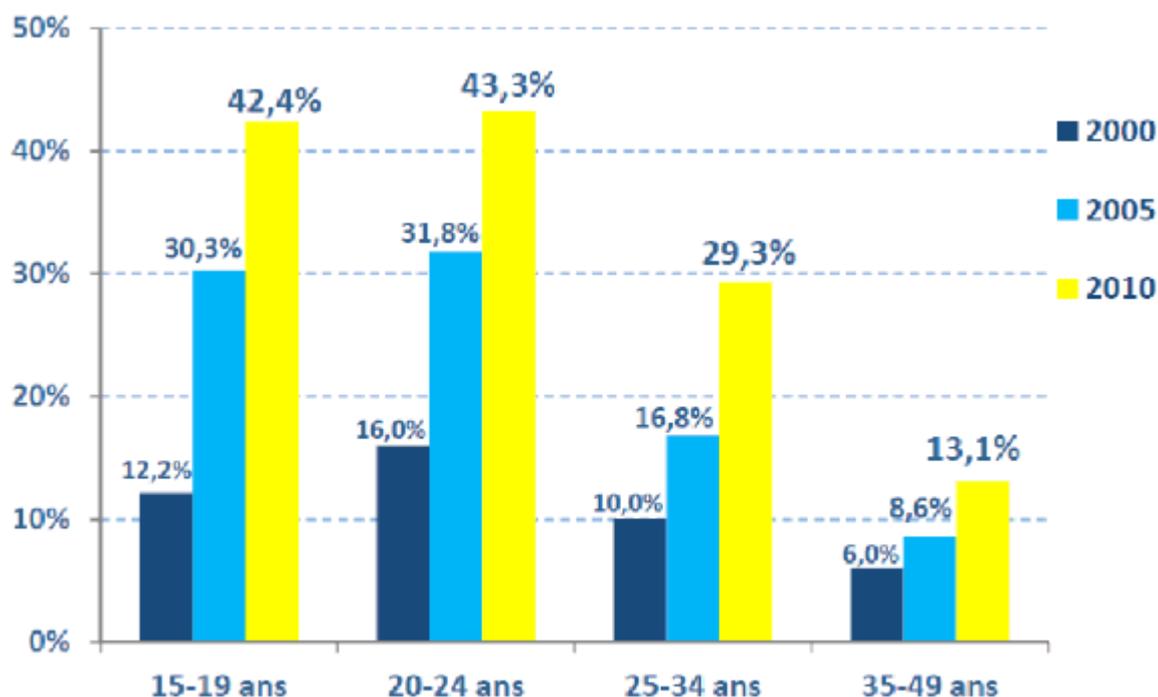
| Groupe d'âge | Nombre de femmes ayant utilisé la PCU 2010 | Nombres de PCU utilisées en 2010 | Intervalle de confiance |
|------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|
| 15-19 ans | 160 813 | 222 464 | 164 217 - 280 711 |
| 20-24ans | 184 690 | 282 102 | 192 957 - 371 246 |
| 25-29 ans | 122 149 | 210 580 | 136 415 - 284 746 |
| 30-39 ans | 119 971 | 216 688 | 135 527 - 297 850 |
| 40-49 ans | 37 559 | 43 586 | 25 212 - 61 960 |
| Total 15-49 ans | 625 182 | 975 420 | 650 327 - 1 296 512 |

Les données de l'industrie pharmaceutique montrent que le nombre de PCU vendue en France aurait plus que doublé en 10 ans passant de 570 000 en 2000 à 1 270 000 en 2010. (5)

Selon le baromètre santé de 2010 (19) une femme en âge de procréer sur 4 avait déjà utilisé la PCU au cours de sa vie. Le recours à la PCU est plus élevé chez les femmes les plus jeunes. Parmi les femmes sexuellement actives la proportion ayant utilisé la PCU au cours des douze derniers mois était 20,5% chez les 15-19 ans, 11,1% chez les 20-24 ans et 6,7% chez les 25-29 ans.

Le recours à la contraception d'urgence chez les femmes de 15 à 49 ans a triplé entre 2000 et 2010 passant de 8,8% à 23,9%. Augmentation encore plus significative chez les 15-19 ans étant passé de 11,6% à 42,4%.

Baromètre santé de 2000/2005/2010, Source : INPES



Dans plus de 90% des cas, l'accès à la PCU se fait bien en effet directement en pharmacie sans prescription médicale ce qui peut expliquer la faible fréquence de consultation médicale pour ce motif.

La raison principale de recours à la PCU concerne des échecs de contraception régulière. Soit un oubli de pilule (30,7% des recours), soit une rupture de préservatif (31%), alors que l'absence de méthode contraceptive n'intervient que dans 17% des recours.

Mais le recours à la contraception d'urgence reste insuffisant en cas de rapport non protégé ou d'oubli de pilule. L'enquête FECOND (20) rapporte que seule 1 femmes sur 4 déclarant un problème de préservatif au cours du dernier mois a eu recours à cette méthode de rattrapage.

5.1.3. Les médecins généralistes peu nombreux à poser des DIU

Le panel souligne le faible pourcentage de médecins généralistes à poser des stérilets. Il est difficile à évaluer.

A titre indicatif une thèse de médecine générale de 2010 (21) en Loire Atlantique portant sur ce thème l'estimait à 19,4%, une autre en Lorraine (22) avec un panel plus important l'estime à 8%.

Nous avons contacté l'institut des statistiques des professionnels de santé libéraux (ISPL) afin d'avoir un ordre d'idées à l'échelle de la haute Normandie.

À l'aide du code de l'acte pose de stérilet de la CCAM JKLD001, 4 439 médecins généralistes ont réalisé au moins une pose de stérilet en 2016 sur 41 777 ayant effectués des actes techniques soit un taux de 10,4% en France.

En haute Normandie ce chiffre serait de 19,1% (218/1143).

Il est d'autre part à noter qu'un médecin ne posant lui-même pas de DIU sera moins à même de le proposer que ce soit comme contraception usuelle ou d'urgence.

5.1.4. Freins à la pose de stérilet par les médecins généralistes

D'après Blandine Guidi Rontani (23) les freins principaux seraient tout d'abord la formation. Une nécessité pour ceux n'ayant pas été formé, une formation initiale insuffisante pour d'autre à compléter de façon autonome ou via des FMC ou encore DIU gynécologie mais ce qui est difficilement conciliable avec la pratique d'un médecin installé car chronophage.

Au deuxième plan elle évoque les freins matériels à savoir la nécessité d'une table d'examen adaptée à la gynécologie avec des étrières, de spéculum pinces ciseaux long, oxygène matériel de réanimation, appareil d'échographie (croyance erronée qui persiste pour les 3 derniers cités) etc et surtout la logistique pour la stérilisation de ce matériel.

Il a été également cité comme frein dans cette étude la gêne des praticiens à la survenue de malaises vagues pendant la pose.

Une crainte de la responsabilité qu'engendre le geste et vis à vis des assurances ainsi que la crainte de poursuite pour affaire de mœurs pour les praticiens homme.

Venait ensuite l'aspect chronophage du geste, le manque d'intérêt pour la gynécologie ou alors une certaine gêne ou encore l'absence de besoin dans le secteur d'activité car des spécialistes exercent à proximité.

Le risque infectieux

Il peut freiner le praticien et ce d'autant plus en contraception d'urgence selon le contexte. Il est à évaluer dans chaque cas et on peut envisager une recherche systématique d'IST de type chlamydia plus ou moins gonocoque ou bien d'envisager une prophylaxie le jour de la pose du DIU.

Pour pallier le manque de formation ou son insuffisance, il faudrait développer une formation médicale continue sur ce thème. Certains organismes en proposent déjà, tel que CNGE formation qui propose un atelier geste gynécologique ou Mgform via une formation en gynécologie sur 2 jours.

Certains ont pris l'initiative devant les demandes qu'ils ne pouvaient satisfaire et ont appris sur le tas en autodidacte.

Pour ceux ayant été formés, il ressort un ressenti assez collectif quant à la nécessité de pratiquer régulièrement cet acte technique et ce dès le début de son exercice professionnel faute de quoi on se sent moins sûr de soi, on appréhende le geste et très vite cela conduit à ne plus en poser. Le problème étant que pour avoir des demandes fréquentes dans ce domaine il faut avoir un exercice quelque peu orienté vers la gynécologie ce qui n'est pas le désir de tous.

La proportion de médecins généralistes à poser des stérilets devrait augmenter dans les années à venir car la plupart des internes de médecine générale y sont désormais formés en passant par un stage hospitalier de gynécologie ou si leur maître de stage en ville pratique la pose.

Cela paraît d'autant plus important qu'il faudra pallier la baisse démographique des gynécologues en ville à venir. Les gynécologues médicaux étaient en effet que 50 inscrits aux tableaux des ordres départementaux de l'Eure et de la Seine maritime en 2015 et étaient âgés en moyenne de 61 ans. Sur la période 2008-2015 les effectifs se sont réduits de 37,5% et la tendance devrait se confirmer avec une diminution de 28% prévue pour la période 2015-2020 (36).

Mais deux facteurs sont toutefois susceptibles de faire évoluer la situation en concourant à élargir la base de praticiens prescripteur et acteur de contraception. (24)

D'une part, la féminisation de la population de médecins généralistes, les femmes médecins ont en effet une activité gynécologique notoirement plus importante que les hommes.

D'autre part l'institution de compétences générales pour les sages-femmes en contraception (depuis la loi hôpital patient santé territoire (HPST) du 21 juillet 2009). (25)

En effet depuis cette date les sages-femmes sont en mesure d'assurer des consultations en matière de contraception chez toute femme en bonne santé. L'article R.5134-1 du code de santé publique précise que la sage-femme est autorisée à :

- Prescrire contraceptifs locaux et hormonaux (y compris la contraception d'urgence) ;
- Prescrire des dispositifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ;
- Procéder avant de telle prescription aux examens complémentaires nécessaires.

Le frein à la pose de DIU par le médecin généraliste peut venir également de la patiente. Le médecin généraliste n'est pas toujours considéré par les patientes comme un poseur potentiel de DIU. Les patientes peuvent penser qu'il ne possède pas cette compétence. D'autre part le rôle de la proximité affective avec le médecin généraliste peut jouer. La patiente pourra être gênée et préférer que son suivi gynécologique soit assuré par un autre professionnel de santé (gynécologue, sage-femme).

5.1.5. Délai médical de 5 jours contrainte difficile à respecter en médecine libérale

Un des freins apparaissant très vite dans les focus est la contrainte temporelle de 5 jours durant lesquels 2 consultations semblent nécessaires.

D'après le quotidien du médecin (26) le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous médical en médecine générale serait de trois jours. Quand bien même la patiente réagit vite pour bénéficier de sa contraception d'urgence deux consultations en 5 jours semblent difficile à organiser.

En effet la nécessité de deux consultations semble unanime car citée lors des trois focus.

Il leur paraît en effet difficilement envisageable d'informer sur la possibilité de poser un stérilet au cuivre comme contraception d'urgence, d'obtenir l'adhésion et le consentement éclairé de la patiente et de réaliser la pose lors d'une seule et même consultation.

Il faudrait déjà avoir des stérilets au cuivre à disposition au cabinet ce qui est rare.

La consultation serait beaucoup trop chronophage désorganisant tout le planning de consultation du médecin.

Il faut que la patiente puisse réfléchir avant de prendre sa décision éclairée, cela poserait des problèmes éthiques que de ne pas lui laisser le temps de la réflexion.

Donc une consultation pour informer des différentes possibilités de contraception d'urgence, la deuxième pour la pose si la contraception d'urgence mécanique est choisie.

Cela nécessite donc la disponibilité simultanée du médecin et de la patiente à deux reprises en moins de 5 jours voire d'un confrère si le praticien ne pose pas de DIU et doit ré adresser et semble un frein majeur au développement de la méthode.

Une piste pourrait être de généraliser les consultations de type première consultation de contraception au cours de laquelle la contraception et la contraception d'urgence seraient abordées dans leur ensemble dont la possibilité d'avoir recours à une contraception d'urgence mécanique.

Dans ces conditions les femmes ayant besoin de recourir à une contraception d'urgence en connaîtraient

les différentes possibilités et modalités et seraient à même de consulter d'emblée pour une demande de pose de DIU en urgence et plus qu'une seule consultation ne serait alors nécessaire.

Une meilleure information et éducation suffirait donc à ôter ce frein majeur.

De plus pour rappel le délai des 5 jours peut être majoré jusqu'au cinquième jour après l'ovulation soit le dix-neuvième jour du cycle mais s'il faut avouer que le jour d'ovulation sera méconnu la plupart du temps.

5.1.6. Les périodes de vie les plus à risques de recours à la contraception d'urgence

On l'a vu la tranche d'âge ayant le plus recours à la contraception d'urgence hormonale est celle des 20-24 ans donc statistiquement nullipare.

Or malgré l'évolution progressive des mœurs et des normes contraceptives, cela pose encore questions et dérangent une majorité de médecins de poser un stérilet chez une jeune femme nullipare bien que certains sachent pertinemment que cela ne constitue pas une contre-indication médicale.

Cela relève plus d'un frein culturel et éthique qui n'existe pas dans les pays où les DIU et la contraception d'urgence mécanique sont développés.

Une autre période à risque de recours à la contraception d'urgence est le post partum. En effet période d'absence de contraception ou en attente de reprise contraceptive. Or là encore le recours à la contraception d'urgence mécanique peut poser problème. En effet la pose d'un DIU est possible dès 4 à 6 semaines après un accouchement ou une IVG. (27) Cependant c'est une période plus à risque de rupture utérine, perforation et d'expulsion et ce d'autant plus chez les allaitantes.

C'est donc une pratique qui semble risquée en post partum précoce notamment avec un risque d'expulsion majoré et donc d'échec de la contraception d'urgence.

5.1.7. Norme contraceptive culturelle française

5.1.7.1. Ancrée

Le modèle contraceptif français apparaît peu flexible (24), restant caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. En 2010, la pilule est la méthode la plus utilisée à tous les âges. Seules les femmes de 45-49 ans lui préfèrent le stérilet. Cette dernière méthode est utilisée en moyenne par 21 % des femmes. Mais, sans changement depuis les années 1970, son recours reste réservé aux plus âgées ou à celles qui ont déjà eu des enfants, en dépit des recommandations de la Haute autorité de santé diffusées en 2004 à l'ensemble des

professionnels de santé précisant que le stérilet pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant. De fait, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le stérilet en 2010, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus. Les raisons de ce faible recours au stérilet chez les femmes sans enfant sont complexes et renvoient notamment aux représentations qu'ont les femmes et les professionnels de santé de cette méthode : 54 % des femmes interrogées en 2010 considèrent qu'elle n'est pas indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes.

Chez les françaises, la pratique contraceptive est très largement répandue en 2010 (d'après le Baromètre santé 2010), seul 7,7% des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception. Elles représentent 5% chez les 15-19 ans et 5,6% chez les 20-24ans.

Depuis les années 2000, de nouveaux moyens de contraception ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont désormais commercialisés. Les femmes ont à leur disposition l'implant contraceptif (depuis 2001), le patch (depuis 2004), l'anneau vaginal (depuis 2004).

Si cette diversification a entraîné une évolution des pratiques contraceptives et une baisse de la part de la pilule (de 59,1% en 2000 à 55,5% en 2010), celle-ci reste néanmoins le contraceptif le plus utilisé et ce, quel que soit l'âge.

En 2010 parmi les femmes qui déclarent avoir recours à un moyen de contraception, 55,5% utilisaient la pilule, 26% le stérilet et 10,3% le préservatif.

Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %)

(Source baromètre santé 2010)

| | Stérilisation | Stérilet | Implant, patch, anneau, injection | Pilule | Préservatif | Méthodes locales | Méthodes naturelles |
|--------------|---------------|-----------|--|-------------|-------------|---------------------|------------------------|
| 15-19 ans | – | – | 2.8 | 78.9 | 18.3 | – | – |
| 20-24 ans | – | 3.7 | 5.4 | 83.4 | 7.2 | – | 0.3 |
| 25-34 ans | 0.5 | 20, 3 | 6.2 | 63.4 | 8.7 | 0.1 | 0.8 |
| 35-49 ans | 0.4 | 38.2 | 3.8 | 41 | 11.1 | 0.2 | 1.7 |
| Total | 2,2 | 26 | 4.7 | 55.5 | 10.3 | 0.1 | 1.2 |

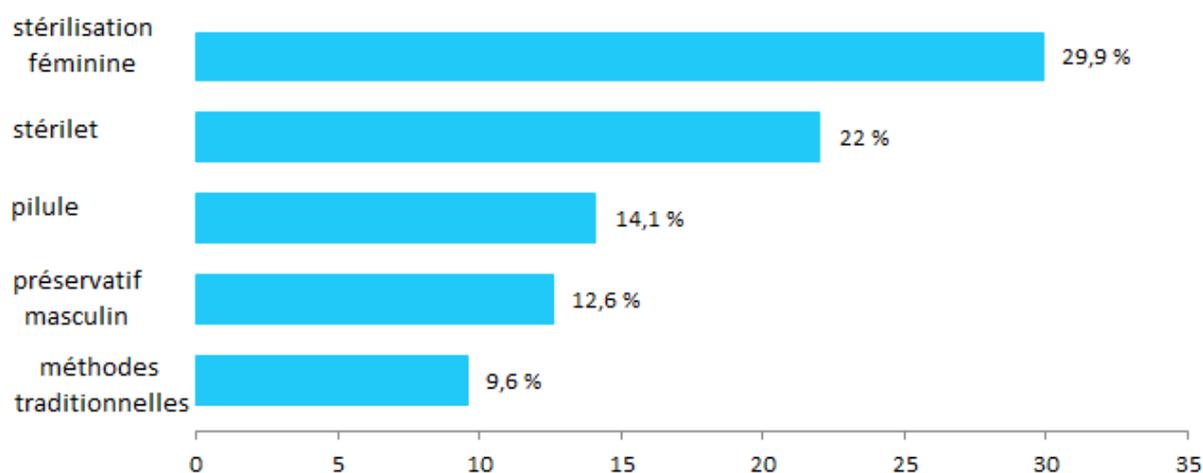
Cependant ces pourcentages sous-estiment la part actuelle des nouveaux moyens de contraception. En effet depuis la dernière enquête Baromètre santé de 2010, la situation a été marquée par différentes campagnes de promotion de la diversité des moyens de contraception et impactée par la « crise » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations fin 2012 liée au risque de thrombose veineuse.

Ainsi la HAS montre dans le cadre d'une étude en 2013 qu'au cours des dernières années, on constate une part croissante des nouvelles méthodes même si celles-ci restent minoritaires.

Les enquêtes au niveau mondial montrent que le fort taux d'utilisation de la pilule est une spécificité française. En fait, le choix des modes de contraception est très pays dépendant : en Grande Bretagne préservatif, stérilet et pilule représentent chacun un tiers des usages, Aux États-Unis, Canada et Brésil la stérilisation est la méthode la plus utilisée. En Chine la première méthode est le stérilet.

Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde

(Sur 100 couples ayant recours à la contraception)



Source : *World Contraceptive Patterns 2013, Division de la population, Nations unies*

En France, si la contraception orale est globalement majoritaire parmi toutes les femmes, de fortes disparités existent en fonction de leur âge. On relève une « norme contraceptive » très prégnante qui a préconisé jusqu'à il y a peu :

- Le préservatif (souvent en association avec la pilule) en début de vie sexuelle ;
- La pilule pour les jeunes femmes dès qu'une relation de couple stable s'installe ;
- Le stérilet pour les femmes déjà mères.

5.1.7.2. La crise des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations

Fin 2012 l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS) ont édité différents documents à destination des prescripteurs expliquant

les risques de thromboses veineuses liées à l'utilisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et recommandant de préférer les 1^{ères} et 2^{èmes} générations. À la même période le ministère de la santé annonce le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération fin mars 2013.

5.1.7.3. L'après crise de la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} générations

Baromètre 2016 (28) post crise pilule 3^{ème} et 4^{ème} générations

Malgré les polémiques de ces dernières années autour des méthodes contraceptives, la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée entre 2013 et 2016 ne montrant pas désaffection vis à vis de la contraception.

La pilule demeure le contraceptif le plus utilisé suivent le DIU et le préservatif.

La contraception définitive n'a pas bénéficié de modification d'utilisation de la pilule même dans les classes d'âge les plus élevées. Elle reste peu élevée en France.

L'analyse par âge montre cependant des dynamiques très différentes.

Dans les deux classes d'âge opposés le schéma contraceptif est resté quasi inchangé.

Chez les plus jeunes la pilule reste le contraceptif le plus prescrit par les professionnels de santé. Le début de diversification amorcé entre 2010 et 2013 ne s'est pas poursuivi et le DIU reste absent.

Les 45-49 ans étaient déjà moins de 20% à utiliser la pilule en 2010 et n'ont pas modifiée leur pratique.

C'est parmi les femmes de 20-29 ans que les principaux changements ont été observés, avec une poursuite de la baisse de l'utilisation de la pilule et un phénomène de report.

Soit le report vers des méthodes d'efficacité pratique supérieure à la pilule (implant, DIU), qui devrait permettre de réduire le nombre de grossesses non prévues dans cette tranche d'âge ou l'on observe le taux d'IVG le plus élevé. La seconde tendance est le report vers le préservatif en remplacement de la pilule alors que son efficacité est inférieure. Ce report a permis d'inscrire l'utilisation du DIU chez les moins de 30 ans. Ces évolutions traduisent une modification sensible des habitudes de prescription des professionnels de santé. Cependant le fait que ces méthodes soient majoritairement utilisées par des femmes ayant des enfants montrent l'importance accordée à la parité dans ce choix.

Entre 30 et 44 ans la place du DIU est renforcée et continue à progresser. Cette méthode été déjà largement utilisée par cette tranche d'âge. Les logiques contraceptives en place ne sont donc pas modifiées et la contraception médicale fortement impactée par le fait d'avoir eu des enfants.

5.1.8. Une méthode présentant cependant des avantages

5.1.8.1. CU hormonale moins efficace dans certaines conditions

5.1.8.1.1. Surpoids et obésité

Il semblerait qu'il existe une diminution d'efficacité du levonorgestrel et de l'ulipristal pour les femmes dont le poids atteint ou dépasse 75 kg. (29)

Chez une femme en surpoids ou obèse demandeuse de contraception d'urgence, la pose d'un dispositif intra utérin serait à privilégier.

Deux études (30 et 31) montrent en effet que la variable ayant le plus d'impact sur le risque de grossesse est l'indice de masse corporel (IMC). Les femmes en surpoids dont l'IMC est compris entre 25 et 30 auraient 1,5 fois plus de risque de tomber enceinte après une prise de contraception d'urgence que les femmes ayant un IMC inférieur à 25. Pour les femmes obèses dont l'IMC est supérieur à 30 ce risque est multiplié par 3,6.

5.1.8.1.2. Patientes traitées par inducteurs enzymatiques

Pour les patientes traitées par ces médicaments (ou ayant été traitées dans les 4 dernières semaines) pouvant réduire le taux plasmatique de lenovorgestrel de moitié, l'ANSM (32) recommande le recours à la contraception d'urgence mécanique ou si cela n'est pas possible de doubler la posologie standard de contraception d'urgence hormonale.

Les médicaments concernés sont certains anti épileptiques (carbamazépine, phénytoïne, barbiturique), antituberculeux (rifampicine rifabutine), traitement du VIH (ritonavir, efavirenz), antifongiques (griséofulvine) ou encore produit à base de millepertuis.

5.1.8.2. Une contraception de longue durée d'action

On l'a vu le plus souvent le recours à la contraception d'urgence intervient suite à un échec de contraception. L'avantage de la contraception d'urgence mécanique est qu'elle prodigue une contraception d'urgence ainsi qu'une contraception au long cours contrairement à la CU hormonale, et ce d'autant qu'il ne sera plus source de problème d'observance.

5.1.8.3. Une efficacité supérieure semblerait-il.

D'après une méta-analyse (33) portant sur l'efficacité de la pose de DIU comme contraception d'urgence, regroupant 42 études de 1979 à 2011 (dont 28 chinoises et 14 anglaises) il semblerait que le DIU comme contraception d'urgence soit plus efficace que les différentes contraceptions d'urgence hormonale.

Sur 7034 stérilets posés il y a eu 10 grossesses soit un taux de 0,14% IC 95% (0,08-0,25%)
En excluant une des études dont la méthodologie est discutable et dont les résultats différents des autres études de façon importante on retrouve encore de meilleurs résultats à savoir : 0,09 IC95% (0,04-0,19%)

En comparaison le taux d'échec de l'ulipristal d'acetate se situerait dans les 1,4%
Celui du levonorgestrel dans les 2-3%.

Selon (faculty of family planning and reproductive health care 2006 (34)), groupe de médecins et infirmiers anglais qui promeut des recommandations de bonnes pratiques et des FMC en matière de santé sexuelle et reproductive. L'efficacité du DIU au cuivre comme contraception d'urgence est de 99% si la pose est effectuée dans les 5 jours contre 83% pour le NORLEVO® si la prise est effectuée dans les 3 jours et 63% au-delà des 3 jours.

Pour ELLAONE® qui peut être utilisée jusqu'à 5 jours après le rapport l'efficacité est de 97% et reste constante durant ces 5 jours (Vidal 2015).

Cette nette supériorité d'efficacité est donc un argument non négligeable pour promouvoir la méthode.

Une autre étude cette fois prospective observationnelle (35) s'est intéressée à l'efficacité de la CU mécanique selon le moment du cycle ou il y a eu rapport à risque par rapport à la fenêtre de fertilité (5jours avant et 1 jours après l'ovulation).

Les guidelines préconisent habituellement une pose du DIU dans les 5 jours suivants le rapport à risque, ici il a été testé jusqu'à à 5 jours après le rapport à risque ou de l'ovulation supposée.

Il en ressort qu'au-delà de 5 jours après le rapport à risque si l'ovulation est connu un taux d'échec de 3,1% ce qui est comparable au NORLEVO®) à la différence qu'il protège pour toute la durée du cycle à risque.

L'OMS confirme cela en affirmant que le stérilet au cuivre peut être posé au-delà des 5 jours suivant le rapport à risque uniquement quand il est possible d'estimer le moment de l'ovulation et que la pose intervienne avant le cinquième jours après l'ovulation soit le 19 °jour du cycle.

5.1.9. Des pistes évoquées pour développer la méthode

⇒ Informer sur la possibilité de contraception d'urgence par le stérilet et ses modalités au décours d'une consultation sur la contraception au même titre qu'une contraception d'urgence hormonale d'une part et d'avoir à disposition au cabinet quelques DIU d'avances. Il serait alors plus aisé de le proposer si besoin le moment venu.

⇒ Organiser une soirée FMC sur le sujet afin de mieux faire connaître la méthode et de la promouvoir. Cela permettrait de rassurer les professionnels séduits en pratique mais ayant quelques appréhensions à se lancer par l'expérience positive de certains confrères.

⇒ Diffuser le support pédagogique évoqué dans un des focus groupe à l'ensemble des médecins généralistes de haute Normandie pour une meilleure information des médecins et de ce fait des patients sur les différentes possibilités de contraception d'urgence.

⇒ Préciser clairement lors de l'ED d'entraînement pratique à la pose de DIU que l'indication contraception d'urgence et ses modalités existent dans la formation initiale actuelle du DES de Médecine générale de la faculté de Rouen.

⇒ Imposer un stage de 6 mois en gynécologie dans la maquette du DES de Médecine générale de Rouen. Ce qui devrait être le cas dans la nouvelle maquette.

⇒ Mise en place plus aisée dans les maisons de santé où un des médecins peut recevoir les urgences plus facilement que par un médecin généraliste exerçant seul.

5.1.10. Des praticiens restant septiques

Les médecins généralistes libéraux ont exprimé leur scepticisme. Quand bien même ils seraient convaincus de la supériorité d'efficacité de la contraception d'urgence mécanique versus hormonale ils ne pratiqueraient pas pour diverses raisons.

Gêne d'une pose dans un contexte d'urgence et d'imposer une méthode contraceptive à la patiente, réticent à une pose de DIU chez une nullipare, peur du risque infectieux selon le contexte du rapport à risque.

Ou tout simplement convaincu de l'efficacité de la méthode hormonale.

5.1.11. Une question soulevée par le focus groupe sur l'AMM du DIU cuivre

Le DIU au cuivre a-t-il l'AMM dans l'indication contraception d'urgence ?

La pratique est reconnue et autorisée puisque la HAS et l'OMS la cite comme possibilité de méthode de contraception d'urgence.

Mais il m'a été impossible de trouver la réponse explicite sur l'ANSM (peut être non référencé car méthode mécanique ne contenant pas de principe actif?).

Cela ne peut que renforcer les craintes des médecins déjà un peu frileux et non totalement séduit par la méthode. En effet les médecins peuvent craindre cette pratique hors AMM et leur conséquence potentielle en cas de complication. (Expulsion DIU/échec, perforation, infection ou autre).

C'est finalement sur la notice des DIU eux même que nous avons pu voir l'indication contraception d'urgence explicitée clairement.

Indications « Les DIU sont destinés à toute femme en âge de procréer, non enceinte, désirant minimiser le risque de grossesse et dont l'examen gynécologique est normal.

GYNELLE® 375 :

- a) contraception intra utérine usuelle, DIU de première intention convenant pour les cavités utérines dont la hauteur est supérieure ou égale à 7 cm ;
- b) Contraception post coïtale si les rapports sexuels remontent à moins de 120 heures. Il est nécessaire de tenir compte du risque d'infection pelvienne associée ;
- c) Contraception du post partum et du post abortum. Le DIU peut être inséré au décours immédiat. Dans ce cas les risques liés à la pose sont plus élevés. L'insertion peut être retardée après que l'involution de l'utérus est complète soit 6 semaines après un avortement ou un accouchement voie basse et 12 semaines après une césarienne.

TT380 UT380 NT380 standard sont des DIU convenant à des cavités utérines dont la hauteur est supérieure ou égale à 7cm.

TT380, UT380, NT380 short sont des DIU convenant à des cavités utérines dont la hauteur est inférieure à 7 cm.

TT380, UT380, NT380 standard et short tous ces modèles peuvent être également utilisés en contraception d'urgence cependant le risque de maladie inflammatoire pelvienne est alors plus élevé. Dans le cas d'une contraception d'urgence le DIU doit alors être posé dans les 5 jours suivant une relation sexuelle pas ou mal protégée.

5.2. Critique méthodologique et biais de notre étude

Validité interne l'analyse des données s'est faite manuellement ce qui est moins efficient qu'avec un logiciel spécialisé. L'analyse s'est cependant faite avec triangulation des résultats avec un directeur de thèse expérimenté.

Il y a eu un biais de sélection important. N'ayant eu que très peu de réponses positives malgré les relances, seuls les médecins intéressés par le sujet ont participé ce qui explique la surreprésentation de l'activité gynécologique dans l'échantillon.

J'ai parfois dû solliciter des médecins de ma connaissance dont certains connaissaient l'intitulé de l'étude. Nous sommes arrivés à quasi saturation des données lors du troisième groupe puisque seule une idée nouvelle en a émergé. Pour autant il aurait pu être intéressant d'organiser un quatrième focus groupe pour faire émerger peut-être de nouvelles idées pour diffuser/promouvoir cette méthode. (Une liste de freins assez exhaustive est par ailleurs ressortie des focus.)

Un des focus groupe s'est déroulé suite à une journée de formation pour maître de stage et en était composé intégralement.

L'échantillon est peu représentatif de la démographie des médecins généralistes hauts normands.

Il y a une surreprésentation de femmes, de médecins posant des stérilets et de maîtres de stage.

Tout le territoire haut normand n'a pu être représenté puisque la majorité des participants exerçaient dans un périmètre de 30 kilomètres autour de Rouen.

D'un point de vue éthique nous avons fait une demande d'autorisation de traiter le sujet auprès du CNIL selon le principe de non opposition, tardive à posteriori du recueil des données car j'ignorais son caractère obligatoire. Elle a tout de même été acceptée.

6. CONCLUSION

A la lumière de ce travail de recherche le stérilet comme moyen de contraception d'urgence paraît être une méthode intéressante car efficace voire supérieure aux méthodes hormonales largement plus répandues actuellement et dont l'avantage majeur est le cumul d'une contraception post coïtale et d'une contraception au long cours non dépendante de la bonne observance des patientes.

Cependant la méthode paraît difficile à développer en médecine de ville, tant sur le plan organisationnel, que d'un point de vue psychologique et intellectuel pour la patiente comme le praticien.

Les facteurs limitant tels que la disponibilité du duo médecin-patient, la rapidité d'action nécessaire et le faible pourcentage de médecins généralistes posant des stérilets et ouverts à les poser dans un contexte d'urgence semblent difficile à surmonter, ainsi que l'acceptation d'un DIU dans l'urgence par la patiente.

Toutefois même si le cadre de médecine de ville ne semble pas le plus propice on peut espérer qu'en faisant connaître la méthode via des FMC autres formations continues qu'elle se développe.

Peut-être que des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires avec accueil d'urgence et pratique de la gynécologie seraient plus adaptées ou dans les plannings familiaux.

Cette méthode pourrait renforcer l'offre de soin de contraception d'urgence dans le but d'améliorer son efficacité et de réduire l'incidence des grossesses non désirées et de ce fait des IVG qui perdurent à des taux non négligeables malgré une couverture contraceptive élevée et un recours à la contraception d'urgence hormonale toujours plus élevée.

Le DIU post coïtal devrait dans cette optique être proposé à toutes les femmes consultant pour une contraception d'urgence, ne présentant pas de risque majeur d'IST ni de contre-indication au DIU et non pas seulement à celles qui ne relèvent pas d'une contraception d'urgence hormonale. (Serfaty,2006)

7. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Haute autorité de santé.
Fiche mémo contraception d'urgence. Saint-Denis. Décembre 2013, 3p
- (2) Aubeny. CNGOF. Mises à jour en gynécologie et obstétrique, contraception d'urgence. Décembre 2009. Tome XXIII
- (3) OMS 2005
- (4) Serfaty. CNGOF. Extraits des mises à jour en gynécologie médicale, les dispositifs intra utérins de l'adolescence à la ménopause.2006 Nov. vol 2006
- (5) Centre régional d'information et de prévention du sida. Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France, dossier de synthèse bibliographique CRIPS Provence alpe cote d'azur. Mai 2014
- (6) Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p. 19830
- (7) MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux Journal officiel de la République française, 2001, n°190, pp. 13304-13305
- (8) MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence Journal officiel de la République française, 2002, n°8, p. 590
- (9) ulipristal (ELLAONE®) Revue prescrire- 2009 29 (314) 886-889
- (10) Contraception orale d'urgence : ulipristal disponible sans ordonnance. Revue prescrire 2015 jui ; 35(381) : 500
- (11) HAS. Document de synthèse méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces

disponibles. Saint-Denis : HAS, 2013 54p

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

(12) INED. La contraception dans le monde. 2014

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde>.

(13) INED; Méthode contraceptive en France. 2013

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>

(14) HAS synthèse des recommandations en santé publique: améliorer l'information sur la contraception d'urgence. Avril 2013

(15) Estimation GERS : groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

(16) HAUTE AUTORITE DE SANTE Contraception d'urgence : prescriptions et délivrance à l'avance – argumentaire Saint-Denis : HAS, 2013, 125

(17) VILAIN A, MOCQUET M-C, GONZALEZ L, DE RICCARDIS N.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 Études et résultats, 2013, n° 843, 6 p.

(18) Lydie N, Leon C. baromètre santé. Contraception, pilule du lendemain et IVG. Saint-Denis. INPES. 2006, p103-108

(19) INPES baromètre santé 2010

(20) BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C, EQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2012, n°492, 4 p

(21) Michelet-Bretau Lauriane : analyse des pratiques des médecins généralistes et gynécologues en Loir atlantique. Juin 2010

(22) De Verbizier Alice. DIU en médecine générale en Lorraine états des lieux des pratiques concernant les DIU, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. Université

Nancy 1. Avril 2011.72-72

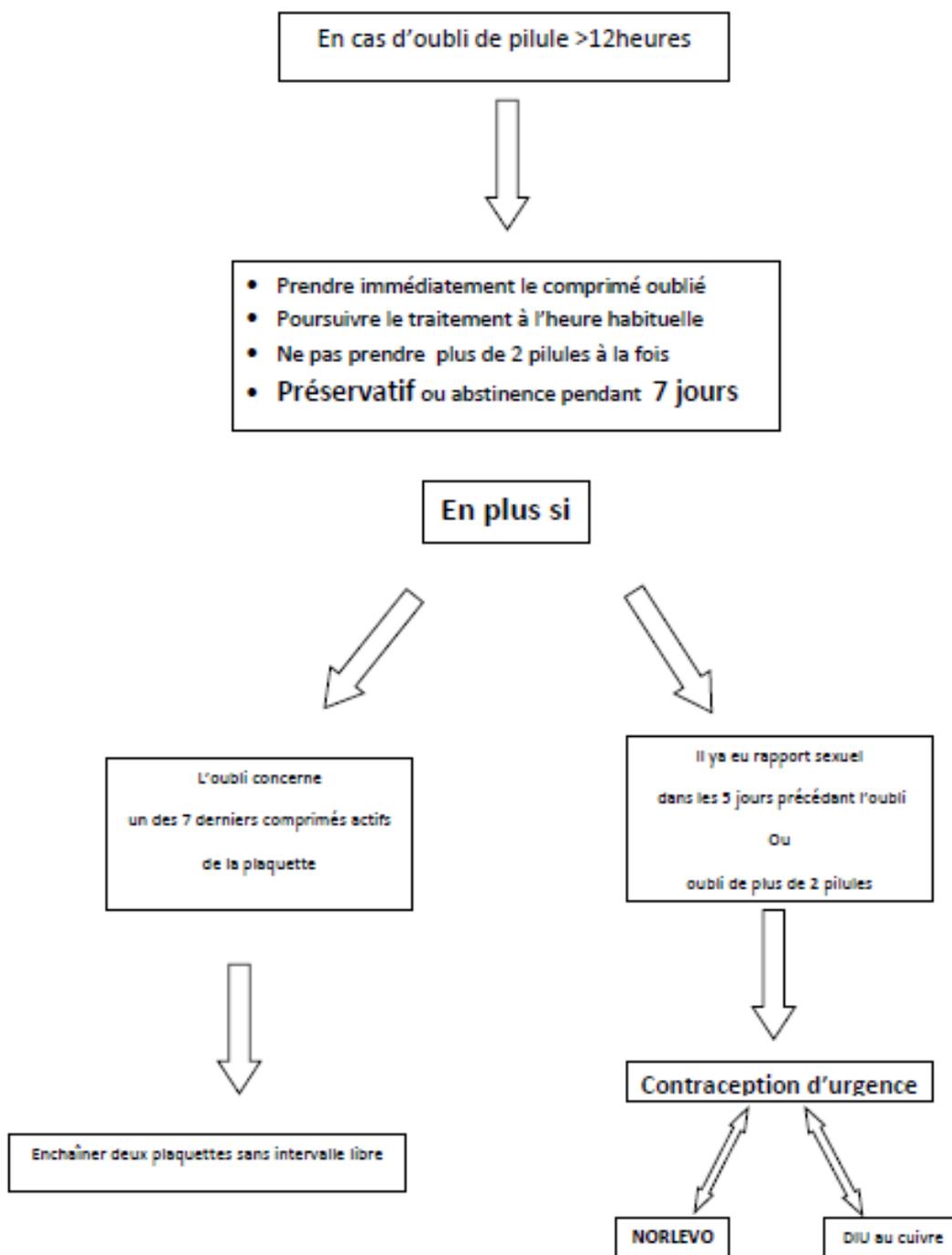
- (23) Guidi Rontani Blandine. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? : étude qualitative dans l'Arrageois. Université Lille 2. Octobre 2016 23-34
- (24) Aubin Claire, Joudain-Menninger Daniele, Chambaud Laurent. Inspection générale des affaires sociales : La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris : IGAS, 2009,109 p
- (25) Loi n°2009-879. Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel république française.22 juillet 2009, article 5134-1
- (26) Martos Sophie. Le quotidien du médecin.fr. 02 mai 2017
https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151
- (27) Haute autorité de santé.
Fiche mémo. Contraception chez la femme en post partum. Saint Denis. Juillet 2013, 4p
- (28) Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception 4 ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice:santé publique France.2017
- (29) Contraception d'urgence et surpoids ; préférer le DIU. Revue prescrire.2014 ; 34 (371) : 687-688.
- (30) Crenin MD, Schlaff W, Archer DF et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception : a randomized controlled trial. Obstetrics and gynecology international.novembre 2006.108 (5) : 1089-1097
- (31) Glasier A,Cameron ST,Fine PM and al. Ullipristal acetate versus lenovorgestrel for emergency contraception : a ransomized non-inferiority trial and metaanalysis. The Lancet. Fevrier 2010.375 (9714) : 555-562
- (32) ANSM. Lettres aux professionnels de santé. Contraception hormonales d'urgence contenant du levonorgestrel : nouvelle recommandation pour les utilisatrices de médicament ou produit à base de plantes, inducteurs enzymatiques. Janvier 2017
- (33) CLELAND.K, ZHU.H, GOLSTUCK.N, CHENG.L, TRUSSEL.J. The efficacy of intrauterin devices for emergency contraception : a systematic review of 35 years of experience. Human Reproduction 2012

mai vol 27 (7) pp1994-2000

- (34) Faculty of family planning and reproductive healthcare. FFPRHC Guidance, emergency contraception .2006.32 123
- (35) TUROK.DK, GODFREY.EM, WOJDYLA.D, DERMISH.A, TORRES.L,WU.SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception : highly effective at any time in the menstrual cycle. Human Reproduction 2013 Août. Vol 28 (10) 2672-2676
- (36) LE BRETON-LERAVILLOIS Gwenaëlle, RAULT Jean-François. La démographie médicale en région Haute-Normandie: situation en 2015. conseil national des médecins. 2015 63p
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf
- (37) Vilain A. études et résultats: 211 900 IVG en 2016. DRESS. Juin 2017 (1013)

8. ANNEXES

Schéma – Oubli de la prise de la pilule



3 heures pour microval et attention aux pilules avec comprimés placebo

RÉSUMÉ

Les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont reconnues comme un enjeu essentiel de santé publique. Tant la contraception que la contraception d'urgence ont connu en France un développement important, sans que les résultats en terme de prévention de grossesses non désirées ne soient à la hauteur de ce que l'on pourrait en attendre.

Cette étude se propose de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la contraception d'urgence et plus précisément la contraception d'urgence mécanique via la pose d'un dispositif intra utérin. C'est une étude qualitative sur le territoire haut normand pour laquelle trois focus groupes ont été réalisés.

Les médecins généralistes interrogés ont été surpris par la thématique dont certains ignoraient l'existence. Ils ont été séduits dans un premier temps par la théorie, la possibilité d'instaurer dans un même temps une contraception d'urgence et au long cours, ainsi que par des résultats supérieurs à ceux de la contraception d'urgence hormonale. Cependant beaucoup de freins à sa mise en pratique en médecine libérale sont ressortis tant d'un point de vue organisationnel, que culturel ou psychologique pour le praticien comme pour les patientes.

Mots clés :

CONTRACEPTION D'URGENCE - DISPOSITIFS INTRA UTERINS – MEDECINS GENERALISTES