Opinion sur l'usage et la pose du dispositif intra-utérin, identification des réticences et de leur origine chez le médecin généraliste réunionnais ne posant pas de DIU

Sarah Laurent

▶ **To cite this version:**

Sarah Laurent. Opinion sur l'usage et la pose du dispositif intra-utérin, identification des réticences et de leur origine chez le médecin généraliste réunionnais ne posant pas de DIU. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02121055

HAL Id: dumas-02121055

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02121055

Submitted on 6 May 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

UFR SANTÉ RÉUNION

ANNÉE 2019 N° 2019LARE003M

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mlle LAURENT Sarah

née le 18/08/1989 à St Germain en Laye

« OPINION SUR L'USAGE ET LA POSE DU DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN, IDENTIFICATION DES RÉTICENCES ET DE LEUR ORIGINE CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE RÉUNIONNAIS NE POSANT PAS DE DIU. »

Présentée et soutenue le 25 mars 2019

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Guillaume PLAISANTIN, Médecin Généraliste

MEMBRES DU JURY

PRÉSIDENT DU JURY :	Pr. Jean-Marc FRANCO
RAPPORTEUR :	Dr. Sébastien LERUSTE
ASSESSEUR :	Pr. Malik BOUKERROU
ASSESSEUR :	Dr. Christophe COPPIN

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

UFR SANTÉ RÉUNION

ANNÉE 2019 N° 2019LARE003M

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mlle LAURENT Sarah

née le 18/08/1989 à St Germain en Laye

« OPINION SUR L'USAGE ET LA POSE DU DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN, IDENTIFICATION DES RÉTICENCES ET DE LEUR ORIGINE CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE RÉUNIONNAIS NE POSANT PAS DE DIU. »

Présentée et soutenue le 25 mars 2019

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Guillaume PLAISANTIN, Médecin Généraliste

MEMBRES DU JURY

PRÉSIDENT DU JURY :	Pr. Jean-Marc FRANCO
RAPPORTEUR :	Dr. Sébastien LERUSTE
ASSESSEUR :	Pr. Malik BOUKERROU
ASSESSEUR :	Dr. Christophe COPPIN

REMERCIEMENTS...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS..... 4
TABLE DES MATIERES..... 8
TABLE DES TABLEAUX..... 10
TABLE DES ILLUSTRATIONS..... 10

I. CONTEXTE..... 11
A) La contraception en France : histoire, épidémiologie..... 11
1/ Cas particulier de la Reunion..... 14
B) Le Dispositif intra-utérin..... 15
1/ Histoire du DIU..... 15
2/ Généralités sur le DIU..... 16
B) Justification et contexte..... 26
1/Place du médecin généraliste dans la contraception..... 26
2/Hypothèse..... 29
3/Questions de recherche..... 29
4/Objectifs..... 30

II. MATERIELS ET METHODES..... 31
A) Choix de la méthode..... 31
B) Population..... 31
C) Recueil de données..... 32
D) Analyse des données..... 32
E) Consentement et aspects éthiques..... 33

III. RESULTATS..... 34
A) Caractéristiques de la population..... 35
1/ Âge, sexe et répartition géographique..... 35
2/ Formation et cursus universitaire..... 36
B) Opinions des médecins généralistes sur le DIU..... 38
1/ Opinion plutôt favorable et positive au DIU..... 38
2/ Le discours auprès des patientes..... 40
3/ Ressenti et impressions lors des poses de DIU..... 44
chez les médecins qui en posaient
4/ Place du médecin généraliste dans la pose de DIU..... 45
C) Réticences identifiées..... 45
1/ *A priori* et croyances..... 45
2/ Freins liés aux patientes..... 48
3/ Freins liés aux médecins..... 50
4/ Freins liés au geste de la pose..... 54

5/ Freins liés au contexte médico-environnemental..... 59
D) Des solutions de « déconstruction » évoquées lors des entretiens..... 60

IV. DISCUSSION..... 62
A) Mes *a priori*..... 62
B) Résultat principal..... 63
1/ DIU : représentations autour de ce contraceptif..... 63
2/ Le médecin généraliste..... 65
3/ Les patientes..... 68
4/ Les freins autour du geste..... 71
5/ Les freins liés à l'environnement et au contexte..... 75
6/ En conclusion..... 78
C) Les forces/limites de l'étude..... 79
1/ La méthode..... 79
2/ Validité interne..... 79
3/ Validité externe..... 80
D) Les perspectives..... 80

V. CONCLUSION..... 82
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 84
VII. ANNEXES..... 93
Annexe 1 : répartition des méthodes contraceptives au niveau mondial..... 93
Annexe 2 : méthodes contraceptives les plus utilisées au monde..... 93
Annexe 3 : classification des moyens contraceptifs selon indice de Pearl (OMS)..... 94
Annexe 4 : différents types de DIU commercialisés..... 95
Annexe 5 : différentes méthodes de pose : classique ou directe..... 95
Annexe 6 : pose de DIU sous écho-guidage..... 97
Annexe 7 : motifs des consultation en médecine générale par ordre de fréquence..... 98
Annexe 8 : texte de présentation du travail de thèse lors du recrutement des médecins..... 99
Annexe 9 : canevas d'entretien initial et final..... 100
Annexe 10 : récépissé de la déclaration au CNIL..... 101

SERMENT D'HIPPOCRATE..... 102
RESUME FRANÇAIS..... 104
RESUME ANGLAIS..... 104

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des entretiens..... 34
Tableau 2 : caractéristiques des médecins interrogés..... 35
Tableau 3 : cursus et formations des médecins généralistes interrogés..... 37

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1 : répartition géographique des médecins généralistes..... 36
interrogés lors de l'étude.

LISTE DES ABBREVIATIONS

- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ARSOI : Agence régionale de santé Océan indien
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- COCON : Cohorte contraception (Inserm U 569)
- DIU : Dispositif intra-utérin
- DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
- DROM : Départements et régions d'Outre-Mer
- EPILULE : réseau national épidémiologique à propos de la contraception, géré par MG France, financé par FAQSV, en 2005.
- FCV : Frottis cervico-vaginal
- FNCGM : Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
- HAS : Haute Autorité de santé
- IGH : Infections génitales hautes
- INED : Institut national d'études démographiques
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- IST : Infection sexuellement transmissible.
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- LARC : Long-acting reversible contraception
- MG France : Syndicat de médecine générale
- MIP : Maladie inflammatoire pelvienne
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- OMG : Observatoire de médecine générale
- ORS : Observatoire régional de santé
- PMI : Protection maternelle et infantile
- SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
- SFMG : Société française de médecine générale
- URML : Union régionale des médecins libéraux

I. CONTEXTE

A/ La contraception en France

1/ Histoire et épidémiologie

Avant 1967, année de la loi Neuwirth qui autorisa la vente de produits contraceptifs et légalisa la contraception, les françaises n'avaient recours qu'aux méthodes naturelles, principalement l'abstinence et le retrait. Après de nombreuses années de lutte pour les droits des femmes, la loi Veil en 1975 permet la libéralisation totale de la contraception, notamment de la pilule contraceptive mais aussi de la pratique de l'Interruption volontaire de grossesse (IVG). Depuis l'apparition de la pilule oestroprogestative, différentes méthodes contraceptives efficaces, hormonales et non hormonales, se sont démocratisées : pilule microprogestative, anneau vaginal, implant, Dispositif intra-utérin (DIU), préservatif, diaphragme, spermicides...

Au niveau mondial, la stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée (29,9 % selon l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2011) puis le DIU (22 %), très utilisé en Asie, notamment en Chine (Annexe 1).
C'est la première contraception réversible au monde. (1, 2) (Annexe 2).

En France, la contraception la plus utilisée est la contraception orale, suivie en deuxième position par le DIU.
Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 90,2 % des femmes sexuellement actives, non stériles, avec partenaire masculin et ne souhaitant pas d'enfant, utilise une méthode contraceptive de façon régulière. Cette couverture contraceptive est parmi les plus élevées d'Europe (2).

Pourtant, une situation paradoxale existe ; malgré ce dernier pourcentage très élevé, la prévalence d'IVG reste importante et stable au dessus de 200 000 par an depuis près de 10 ans.
Une augmentation a été constatée en 2013 en rapport avec la « crise pilule de 3ème /4ème génération » (3).
Une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » selon l'enquête COCON de 2004. Les 2/3

surviennent sous contraception dont près de la moitié sous contraception dite « médicalisée », à efficacité théorique très élevée (pilule, implant, DIU) (4).

Selon l'INED en 2011, une femme sur trois en France aurait recours à l'IVG dans sa vie (0,33).
En 2017, le taux national moyen d'IVG était de 14,8 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Il passe à 26,1 pour 1 000 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).
Ce taux national d'IVG a cependant discrètement augmenté en 2017 par rapport à 2016, alors qu'il avait tendance à diminuer depuis 2013 (13).
La population la plus touchée est celle des 20 à 24 ans, avec un taux actuel moyen de 26,7 pour 1 000. Plus largement, chez les 20-29 ans, c'est une femme sur 4 qui est concernée (25 à 26 % d'IVG quel que soit la méthode). Dans cette même tranche d'âge, la contraception orale reste prédominante et représente 59,5 % chez les 20-24 ans, 60,4 % chez les 15-19 ans et 47,8 % chez les 25-29 ans. (3, 5)

Après le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de 3ème/4ème génération, près d'une femme sur 5 a déclaré avoir changé de moyen de contraception. L'étude Fécond de 2010, reconduite en 2013 suite au scandale « pill scare », et le Baromètre santé de 2016 mettaient en évidence une tendance à la baisse de l'usage de la pilule depuis 2010 chez les femmes de 15 à 49 ans ne désirant pas de grossesse, très significative entre 2013 et 2016 justement, avec une baisse de 3,1 points en moyenne (3, 6). Par tranche d'âge, seule la tranche 15-19 ans n'est pas concerné par cette diminution. En revanche, la tranche 25-29 ans a la diminution la plus importante (-9,4 points) suivie de près par la tranche 30-44 ans (-9,1 points) puis les 20-24 ans (-7,5).
On observe donc une tendance au report vers d'autres moyens contraceptifs, notamment le DIU (+6,9 points), le préservatif (+4,7 points) et l'implant (+1,9 points) (3).
Chez les 20-24 ans, il y a eu un doublement de l'usage du préservatifs avec une augmentation significative du DIU entre 2010 et 2013, puis stabilisation. Chez les 25-29 ans, les stratégies de report ont été plus en faveur du DIU, avec une augmentation très importante entre 2010 et 2013 (+9,8 points) (6).

La problématique n'est donc pas la disponibilité et l'accessibilité aux moyens contraceptifs mais bel et bien la gestion au quotidien de leur contraception orale (1, 3).

Il existe un réel écart entre efficacité théorique de ces contraceptifs et efficacité pratique dans l'utilisation quotidienne, notamment lorsque la méthode nécessite une observance rigoureuse, voir

une utilisation à chaque rapport sexuel.
L'indice de Pearl, exposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et repris par la Haute Autorité de la santé (HAS), évalue l'efficacité théorique et l'efficacité en pratique courante de chaque contraceptif (7, 8) (Annexe 3). Pour la contraception orale oestroprogestative et microprogestative, il est de 0,3 % théorique, contre 0,6 % pour le DIU au cuivre, 0,2 % pour le DIU au lévonorgestrel et 0,05 % pour l'implant. En pratique courante, on passe à 8 % de grossesse sous pilule sur une année contre des chiffres ne variant pas ou peu pour les autres moyens cités (respectivement 0,8 %, 0,2 % et 0,05 %).

Cela peut expliquer le taux de grossesses non désirées, observées malgré la couverture contraceptive orale, notamment chez les 20-29 ans où la contraception orale est majoritaire.

2/ Cas particulier de La Réunion

Le taux de fécondité à La Réunion est de 2,43 en 2016. C'est le 3ème plus élevé juste après Mayotte et La Guyane, et dépasse de loin la métropole (1,88).
L'âge moyen du premier enfant est aussi plus bas que celui de métropole ; 26 ans contre 28,5 ans en 2015 selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (9, 10).
La particularité de La Réunion est aussi sur le nombre de grossesses considérées précoces. En 2015, 30,6 % des naissances étaient de mères de moins de 25 ans, contre 12 % environ en métropole. C'est un tiers des mères réunionnaises. Parmi elles, seules 54 % étaient primipares (11).
Les grossesses chez les mineures ont tendance à diminuer ces dernières années mais restent élevées au niveau national. Elle représentent 4,5 % des grossesses totales à La Réunion en 2014 selon les données REPERE. Le taux de grossesses précoces est 12 fois plus élevé qu'en métropole (12).

Parallèlement, l'incidence des IVG à La Réunion sur les derniers chiffres recensés en 2017 était de 20,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, bien plus que celle en France métropolitaine (14,4 pour 1 000) (13).
Le taux d'IVG chez les mineures (tranche 15-17 ans) à La Réunion reste, lui aussi, élevé. Il est double par rapport au taux national (13,6 pour 1 000 contre 6,6 pour 1 000).

Sur le plan de la contraception, il y a peu de recensement récent. La couverture contraceptive chez les femmes en âge de procréer et ne désirant pas d'enfants est similaire à celle de la métropole.

Tous ces chiffres nous montrent à quel point La Réunion est à part : un taux de fécondité élevé par rapport à la France métropolitaine, des grossesses précoces avec un taux important de grossesses chez les mineures, un âge moyen du premier enfant bien plus bas que celui de la métropole, et un taux d'IVG élevé par rapport au taux national.

B/ Le dispositif intra-utérin

1/ Histoire du DIU

Les égyptiens, souvent pionniers dans le domaine médical, utilisaient des morceaux d'acacias (retrouvés chez certaines momies), et des pierres insérées dans l'utérus des chamelles afin d'éviter des gestations (14).

Mis au point et décrit pour la première fois au début du XXème siècle par Richard Richter (médecin allemand), il est réellement développé comme contraceptif dans les années 60 avec la découverte du polyéthylène, plastique souple et inerte, et l'adjonction de cuivre permettant d'augmenter son pouvoir contraceptif (15, 16).

En 1969, il est commercialisé pour la première fois aux États-Unis et sera reconnu dans les années 70 comme responsable de nombreuses infections génitales hautes, d'infertilités tubaires secondairement, et de grossesses extra-utérines (GEU). Ce scandale marquera longtemps les esprits. Ce contraceptif sera alors appelé « stérilet », nom encore souvent utilisé aujourd'hui dans le langage courant.

Il arrive en Europe autour de 1974, date de la première commercialisation du DIU au cuivre, et a une durée d'action de 3 ans. En 1980, c'est le Nova T® qui fait son apparition, avec une durée d'action de 5 ans.

Le DIU à la progestérone, quant à lui, est développé et décrit dès 1980, notamment par les Finlandais, qui seront les premiers à le commercialiser. Il sera d'abord aux progestatifs naturels, puis synthétiques, commercialisé en Finlande et Suède en 1990 puis arrivera en France en 1997, soit il y a seulement 20 ans.

2/ Généralités sur le DIU

En 2004, la HAS recommande le DIU comme contraception de première intention, tout comme la contraception orale. Elle déclare aussi qu'elle s'adresse aux patientes, quelle que soit leur parité, dés lors qu'il n'y a pas de contre-indications ou situations à risque. Le DIU devient autorisé pour les nulligestes (17).
En 2005, l'OMS publie des recommandations allant dans le même sens, déclarant que les avantages (notamment l'indice de Pearl très bon) l'emportent sur les risques théoriques et avérés de cette contraception (7).
Au niveau mondial, il est le premier contraceptif réversible utilisé.

2.1 Les différents types de DIU : hormonal et au cuivre (8)

- Le DIU avec fil de cuivre est le premier à avoir été commercialisé dans le monde.

Il se compose d'un support en plastique souple, radio-opaque, à bras flexibles et autour duquel s'enroule un fil de cuivre. Ce fil de cuivre est enroulé soit sur la barre verticale principale, soit sur le versant vertical et horizontal selon le type de DIU. La surface de cuivre varie entre 375 à 380 mm^2, d'où leurs noms (Mona Lisa NTCu 380®, Novaplus T380®...). (Annexe 4)
La forme des DIU au cuivre peut aussi varier, en T, Y ou Oméga.
Un fil de nylon est rattaché au support afin de contrôler sa présence et permettre le retrait du dispositif. Il en existe de nombreux modèles, notamment aussi pour les nulligestes nullipares, de petite taille, appelés « mini » ou « short ».
Il induit grâce au fil de cuivre une réaction inflammatoire locale, avec action gamétolytique par destruction des spermatozoïdes ainsi qu'une baisse de la mobilité tubaire et donc de la migration des ovocytes. Il inhibe aussi l'implantation de l'oeuf, de par la barrière mécanique du dispositif mais aussi la réaction inflammatoire crée par le cuivre au niveau de l'endomètre. Son action est donc double, sur la fécondation et la nidation.
La durée d'efficacité varie entre 5 à 10 ans. Le dispositif au cuivre a un coût moyen de 30 euros en France et est remboursé à 65 % par l'Assurance Maladie.

- Le DIU ou SIU hormonal est un dispositif à la progestérone, le Lévonorgestrel.

Apparu plus tardivement sur le marché, l'anneau de cuivre est remplacé par un réservoir cylindrique libérant à dose constante le Lévonorgestrel. Le passage plasmatique est faible (200 pg/mL) ce qui

est équivalent aux autres contraceptions microprogestatives. Le dispositif est rattaché par un fil de nylon dans le même but de pouvoir le retirer ou contrôler sa présence.
La forme de ce DIU est en Y et existe aussi en format pour les nullipares.
Le progestatif a des actions multiples. Il modifie la glaire cervicale, inhibant le passage des spermatozoïdes, atrophie l'endomètre empêchant toute nidation et permettant de diminuer le volume des règles, voir de les stopper, et inhibe l'ovulation donc le pouvoir fécondant dans 25 % des cycles. Au même titre que le DIU au cuivre, son action est double, sur la fécondation et la nidation, et a aussi une action mécanique.
Trois modèles sont actuellement sur le marché français en 2018 : MIRENA®, JAYDESS® (depuis 2013, durée 3 ans) et KYLEENA® (2018, durée 5 ans)

Des progrès considérables ont été constatés entre les premiers DIU commercialisés et ceux d'aujourd'hui. Que ce soit pour les patientes, en proposant un large choix de DIU de taille, forme différentes, et d'imprégnation hormonale ou non, ou bien pour le professionnel de santé en facilitant le geste de pose via des inserteurs avec poussoir permettant une pose mono-manuelle.

2.2 Les contre-indications au DIU selon l'OMS

Ces contre-indications sont décrites par l'OMS en 2004 puis reprises par l'HAS en 2013 et restent inchangées. (8, 18). Elles sont relativement rares et concernent un faible pourcentage de la population. D'autre part, certaines sont réversibles, curables.

Communes :

- Anatomiques : malformation du tractus génital type malformation utérine, synéchies, anomalie du col utérin, fibromes utérins déformant la cavité...
- Infectieuses : cervicite, chlamydiose ou autre infection sexuellement transmissible (IST) en cours, infection puerpérale post-partum, tuberculose génitale, endométrite, avortement septique récent...
- Saignement génitale d'étiologie inexpliquée
- Cancer évolutif du col utérin ou endomètre
- Grossesse suspectée ou avérée
- Maladie pelvienne inflammatoire en cours
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne

DIU au cuivre :

- Relative : règles abondantes et/ou responsable d'effets secondaires (mauvaise tolérance, anémie ferriprive...).
- Allergique ou hypersensibilité au cuivre.

DIU progestatif :

- Cancer hormono-dépendant
- Affection hépatique aigüe, tumeur hépatique ou insuffisance hépatique.
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- Thrombophlébite aigüe en cours ou embolie pulmonaire évolutive.

2.3 Avantages et inconvénients du choix de cette méthode (8, 19)

Comme pour toute contraception, le DIU présente des avantages et inconvénients, qui varient selon qu'il est au cuivre ou hormonal.

Avantages :

- Bonne observance
- Bon indice de Pearl théorique ET pratique (0,2 à 0,8 selon le type de DIU)
- Faible coût et remboursé par la Sécurité Sociale
- Durée d'action longue (3 à 5 ans) avec Autorisation de mise sur le marché (AMM) à partir de l'âge de 15 ans (JAYDESS® et KYLEENA®).
- Indication dans la contraception d'urgence, jusqu'à 5 jours après le rapport à risque.
- DIU hormonal : aménorrhée ou spanioménorrhée.
- DIU cuivre : absence d'imprégnation hormonal donc pas d'effets secondaires liés aux hormones.

Inconvénients :

- Risque de complications à la pose, rares : perforation utérine (1/1 000), mauvaise position dans l'utérus, infection génitale haute secondaire...
- Déplacement, expulsion voir migration
- Fils parfois ressentis par la patiente ou le partenaire
- Modification des saignements lors des règles : ménorragies, saignements irréguliers et spotting.
- Dysménorrhées

- Effets indésirables des progestatifs (DIU hormonal) : acné, prise de poids, trouble de la libido, majoration des migraines cataméniales...

2.4 Pose du DIU : réticences identifiées selon la littérature actuelle

Des recommandations sur la pose des DIU ont été publiées par le Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) en 2000, et par la HAS en 2013 (15, 18).
C'est un moment anxiogène à la fois pour la patiente car c'est un geste connu pour être parfois douloureux, et à la fois pour le professionnel de santé le posant, dont l'acte est souvent dans les esprits chronophage, technique, à risque de complications et de malaise.

De nombreux freins ont été identifiés, pouvant expliquer encore aujourd'hui la faible utilisation de ce contraceptif, malgré les recommandations de la HAS et du CNGOF à le proposer en première intention (7, 79).
En 2013, la HAS publiait d'ailleurs un état des lieux sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Ce rapport indiquait que moins de 10 % des DIU sont prescrits/posés par des médecins généralistes, et que cette pose est toujours fortement liée à la parité de la patiente (1 % nullipares, 40 % ayant eu 2 enfants ou plus). (20)
De plus, les freins identifiés sont « plus nombreux pour le DIU ». On retrouve notamment des croyances erronées pour les nullipares, une surestimation des complications (GEU, perforations utérines, infections...), une méconnaissance et manque de formation à la pose, ainsi que des contraintes techniques et matérielles pour la pose.

La nulliparité

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer les réticences des médecins généralistes à la pose de DIU, principalement chez les nullipares.
L'étude FECOND en 2010 montrait que 84 % des médecins généralistes considéraient que le DIU n'est pas indiqué chez les nullipares (21). De nombreuses thèses corroborent ce constat
(22, 23, 24).
En 2014, une étude internationale menée auprès de 8 pays européens et du Canada, interrogeant des médecins voyant au minimum 20 patientes par mois pour la contraception, montrait que le principal obstacle à proposer le DIU étaient la nulliparité (57 % des répondants en France) (25).
Les quatre principaux obstacles à le proposer aux femmes nullipares étaient le risque infectieux

(64 % en France), les difficultés d'insertion (61 % en France), la douleur à l'insertion (39 % en France), et l'infertilité (29 % en France).

Une enquête qualitative de 2012, en Sarthe et Maine-et-Loire, sur l'opinion vis à vis de la nulliparité de gynécologues et médecins généralistes posant des DIU mettaient en évidence que malgré en avoir poser chez des nullipares, la majorité ne le proposait pas en première intention, par crainte d'une mauvaise tolérance, du vécu intrusif et effet « corps étranger » du dispositif, ainsi que du risque de complications selon eux majoré chez ces patientes (22).

En effet, l'étude de Fleming en 2010 (26) ainsi que la thèse d'Anne-Laure CHANZY WAROQUET intitulée « Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? » en 2013 (27), retrouvaient deux freins principaux chez ces patientes : la peur du corps étranger et la peur de la pose. Dans son étude, seulement 48 % des 189 femmes interrogées avaient reçu une information sur ce moyen de contraception par un professionnel de santé. La peur d'une stérilité était retrouvée dans 16 % des cas.

Des études récentes montrent encore de nombreux préjugés sur cette contraception chez les nullipares, non choisie par désinformation (28, 29, 81). En 2014, une enquête européenne menée auprès de 502 femmes de 18 à 30 ans portant sur les facteurs décisifs du choix de méthodes contraceptives de longue durée d'action révélait encore des croyances inexactes sur le DIU.

Pourtant selon une enquête de 2012 publiée par l'American Journal of Obstetrics and Gynecology, les femmes jeunes qui ont une haute connaissance du DIU sont 6 fois plus susceptibles d'être intéressées par la méthode que les autres (30). Celles qui avaient entendu parler du DIU par un professionnel de santé, étaient 2,7 fois plus intéressées par le DIU que celles qui le connaissaient par une autre source, ou que celles qui n'en avaient pas entendu parlé (26, 31).

L'étude CHOICE publiée en 2010 aux USA démontrait qu'après explication claire et neutre de toutes les méthodes contraceptives, ainsi que la suppression des contraintes financières, 2/3 des patientes choisissent une contraception de longue durée d'action, dont 56 % un dispositif intra-utérin (32).

D'autres études comme l'étude de GUICHETEAU en 2012, menée sur 72 patientes nullipares portant un DIU au cuivre, montre un taux de satisfaction de 90 % à un an (31). De même, une étude en 2016 réalisée sur 279 femmes de 18 à 29 ans dont 75 % étaient nullipares, révélait un taux de satisfaction à 18 mois équivalent entre le DIU hormonal et de la pilule oestroprogestative (respectivement 82.1 % et 81.9 %). Elle montrait aussi chez celles ayant un DIU hormonal une plus forte susceptibilité à continuer leur méthode contraceptive après l'étude (66,2 %) (33).

De même, l'étude CHOICE reconduite en 2015 afin d'évaluer le taux de continuation de

contraceptifs de longue durée d'action chez les nullipares, tout comme l'étude de SUHONEN en 2004 révélaient des taux de continuation à 1 an de plus de 80 % chez les nullipares avec DIU, nettement supérieurs aux taux retrouvés chez les nullipares avec contraception orale (59 % et 73 % respectivement) (34, 35).

Le manque de formation / Connaissances

Récemment en 2016 à Lille (36), une étude menée sur des médecins généralistes a révélé que les freins principaux à la pose en cabinet de ville étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle, ainsi que l'aspect chronophage du geste.
Une enquête réalisée en 2013, évaluant les réticences des médecins généralistes à prescrire/poser les DIU chez les nullipares, montrait que le principal frein à la promotion du DIU étant une méconnaissance globale de celui-ci (37).
En 2011, une thèse réalisée à Angers, évaluant les apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale révélait que la moitié de ces internes ne font pas de stage en gynécologie (38).
Une grande majorité des médecins généralistes ne posant pas de DIU n'ont jamais été formés à la pose de dispositifs intra-utérin durant leur cursus universitaire. Une étude réalisée entre 2012 et 2013 à Lyon, évaluait l'effet d'un atelier de formation sur les pratiques d'utilisation des DIU, chez des professionnels de santé aptes à en poser (gynécologues, sages-femmes, et médecins généralistes). Ils réalisaient une formation de 2h standardisée puis étaient évalués sur leur pratique. Ils étaient notamment formés sur les différentes poses (méthodes « classique » et « directe »). On retrouvait alors une augmentation significative de la pose de DIU chez les nullipares et multipares par les médecins qui ne posaient pas de DIU avant formation. Une formation appropriée à la pose de DIU auprès des médecins généralistes et même au cours du cursus universitaire permettrait une désacralisation du geste et un moyen de lutter contre ce frein (39).

Les complications

La perforation utérine et le risque infectieux font partie des freins identifiés (20, 36).
La perforation utérine est estimée dans de nombreuses études entre 0,1 et 3 pour 1 000 et il n'existe pas de différence significative de sur-risque entre les différents DIU, et quelque soit l'âge ou la parité des patientes (40). Huit cas sur 10 se passent lors de la pose, les migrations extra-utérines

spontanées sont rarissimes. Certaines situations à risque ont été identifiées comme majorant la probabilité de perforation utérine (post-partum immédiat, utérus rétro-versé ou hyper-antéversé) (19, 41).

Sur le plan des maladies inflammatoires pelviennes (MIP), comprenant les salpingites, endométrites ou péritonites, de nombreuses études ont été menées, notamment par l'OMS en 1992 sur grande cohorte (42), en comparant la prévalence des infections génitales hautes (IGH) entre femmes ayant un DIU au cuivre et celles non porteuses. Elle était strictement identique entre les deux groupes. Seule l'incidence sur les 20 premiers jours suivants la pose était plus importante. En 1996 et 2000, deux nouvelles études retrouvent, elles aussi, un sur-risque précoce après la pose du DIU au cuivre. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le DIU au cuivre et celui à la Lévonorgestrel (40).

Plus récemment, l'étude rétrospective de BERENSON menée entre 2002 et 2009 estimait ce risque à 1 %, quelque soit l'âge et le type de DIU de la patiente (43). La HAS et le CNGOF recommandent un dépistage de Chlamydiae Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae chez les patientes nullipares ou avec antécédents d'IST, voir partenaires sexuels multiples afin de limiter le risque infectieux (8, 40). Aucune étude à ce jour n'a démontré de lien entre stérilité tubaire et antécédent de DIU (40).

Les GEU chez les patientes porteuses de DIU sont de l'ordre de 0.02 pour 100 femmes par an alors qu'elle varie de 0.3 à 0.5 pour 100 femmes sans contraception. Le risque absolu est donc extrêmement faible (44). Il n'y a pas de différence retrouvée entre les nullipares et les multipares.

La malposition en situation intra-utérine est cependant plus fréquente. 10 % des DIU posés seraient mal positionnés, souvent en position isthmique ou endocervicale (40, 46).

Les échecs de pose, quant à eux sont difficiles à estimer mais faibles. Une étude américaine prospective de 2013, met en évidence un taux d'échec de pose de DIU au cuivre de 19,6 % chez les nullipares contre 13,6 % chez les multipares (45).

Le matériel et équipement nécessaires pour la pose

Beaucoup de médecins généralistes gardent à l'esprit la nécessité d'avoir un équipement spécifique au cabinet en cas de malaise ou d'hémorragie (matériel pour perfuser, bouteille d'oxygène, atropine...). Aucune recommandation récente n'a clairement fait état d'une obligation matérielle réanimatoire en cabinet de ville pour la pose de dispositif intra-utérin.

Cependant, des mesures d'asepsie sont recommandées par la HAS en 2007, sur « l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical ». Utilisation de matériel stérilisé

ou à usage unique (spéculum, pince de Pozzi, hystéromètre), usage initial de gants à usage unique mais non obligatoirement stériles dans le cadre d'une procédure « No Touch », double désinfection du col utérin et parois vaginales (47).

Ce texte stipule aussi qu'il n'existe pas d'études comparatives entre différentes modalités de pose des DIU qui permettent d'établir la nécessité d'une détersion de la vulve ou le port de gants stériles.

Le lien causal entre colonisation liée à la pose du DIU et la survenue d'une MIP reste très controversé encore actuellement.

Une publication COCHRANE en 2007 ne démontre aucune preuve que la désinfection cervicale avant l'insertion, quel que soit le produit utilisé, diminue la prévalence des infections pelviennes (48).

Une antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée (40, 47).

Une échographie est recommandée à 6 semaines de la pose. Le CNGOF propose aussi une échographie immédiate en post-insertion du DIU (40).

La peur de la douleur

C'est l'un des principaux freins des patientes. De nombreuses études ont cherché à évaluer cette douleur, et à proposer des solutions pour y palier.

Sur le plan antalgique avant la pose, de nombreux travaux réalisés au niveau international sur la prise d'Ibuprofène à doses suffisantes (400mg) avant la pose de DIU ont montré une absence de différence significative de ressenti de la douleur, selon les échelles d'évaluation de la douleur (49, 50, 51, 52).

De même, le bénéfice du Misoprostol intra-vaginal n'a pas été démontré, voir augmenterait les effets indésirables comme les contractions utérines, les nausées et la douleur (53).

De manière générale, de nombreuses études démontrent une douleur à la pose ressentie plus intense chez les nullipares comparées aux multipares (51, 54). La HAS aussi préconise une pré-médication à la pose chez les nullipares en vue de l'insertion, considérée comme plus douloureuse chez ces patientes (8).

Une étude comparant des DIU de petites tailles contenant du Lévonorgestrel versus le MIRENA®, montre que la pose d'un dispositif plus petit semble plus facile et moins douloureuse chez les nullipares (55). Certains articles démontrent qu'il n'est pas prouvé que ces DIU de plus petite taille, soient plus adaptés ou conviennent mieux aux nullipares (8, 56).

Une étude qualitative évaluant le vécu de la pose de DIU chez les nullipares retrouvait comme

facteurs de meilleure acceptabilité de la douleur ; la brièveté du geste et le rôle du médecin dans l'information préalable sur la pose et l'accompagnement lors de la pose (57).

En effet, l'OMS décrit le modèle BERCER pour orienter et accompagner au mieux les patientes dans leur choix contraceptif (17). Un article de P.Hillard relatif au « counseling » et publié en 2013 développe des points pratiques pour les « long-acting reversible contraception » (LARC) et notamment le DIU chez les adolescentes. Il décrit la nécessité d'information des jeunes femmes afin de palier aux idées reçues et croyances, des temps de consultation avec notamment une description de la pose et de sa durée. Il encourage à éduquer les adolescentes sur le DIU, et notamment de les informer sur sa taille afin de diminuer leur anxiété (58).

Tout récemment en décembre 2017, une étude qualitative a évalué l'influence du choix de la technique de pose sur la douleur des patientes (nullipares et multipares). Elle mettait en évidence d'une part, une évaluation subjective de la douleur moyenne modérée à 4,4/10, avec toujours un ressenti douloureux plus intense chez les nullipares que chez les multipares, et d'autre part, une corrélation entre angoisse et douleur. Plus les patientes étaient angoissées, plus le geste de pose était vécu douloureusement. Cette étude montrait aussi que quelque soit la technique de pose, l'usage de la pince de Pozzi augmente la douleur ressentie (59).

La même année, une méta-analyse révèle que l'intervention non pharmacologique permet de mieux réduire la douleur : le counseling avant et pendant la pose, la réassurance et la distraction durant la pose permettent de réduire l'anxiété. Ils parlent de « verbal anesthésia » (60).

Rémunération et responsabilité professionnelle

La pose de DIU en cabinet est rémunérée à 38,40 euros, tout comme le changement de DIU. Cette cotation n'a pas été revalorisée en 2017. La thèse de Mme CLOCHEY en 2015 montrait le désarroi des médecins généralistes et gynécologues vis à vis de cette rémunération jugée faible par rapport au geste chronophage, technique et risqué. Certains citent en exemple la cotation de la pose d'implant sous-cutanée, mieux rémunérée alors que celle-ci se réalise rapidement, et avec moins de technicité (61).

Sur le plan médico-légal, en effet le médecin posant des DIU doit en informer sa compagnie d'assurance responsabilité professionnelle. Les coûts peuvent varier en fonction des assurances mais la pose de DIU en cabinet engendre une augmentation des frais d'assurance. Ceci aussi contribue aux réticences des médecins généralistes à la pose des DIU et a été aussi identifié par l'HAS (20).

2.5 Les différentes méthodes de pose du DIU

De nouvelles méthodes de pose naissent aussi depuis plusieurs années. En 2000, apparaît la méthode de pose « directe » ou « torpille » dite de Cristalli-Bonneau (62).
Elle est notamment promue par le Dr Martin WINCKLER.
Les méthodes « directe » et « classique » sont décrites en Annexe (Annexe 5).
Peu d'études comparatives ont été réalisées pour évaluer si il existe une différence significative de complications per et/ou post-pose de DIU entre la méthode « classique » et « directe » (déplacement, perforation, infection) ainsi qu'une différence significative d'efficacité contraceptive.
Une étude qualitative de 2015, publiée par la revue Exercer, interrogeait des médecins pratiquant la méthode « directe » afin d'avoir leur opinion. Cette méthode paraissait plus simple et plus rapide, nécessitant moins d'instruments donc moins de gestes techniques. Ils déclaraient aussi choisir cette méthode car moins douloureuse pour les patientes, par absence de préhension et traction du col utérin avec la pince de Pozzi (63). Une étude qualitative récente sur les « Poses atypiques de DIU en consultation » corrobore ces propos, en révélant que le moment le plus douloureux identifié par les patientes lors de la pose était la préhension du col utérin avec la pince de Pozzi (64).
Certains pensent aussi que le risque de perforation et d'infection est moindre, ce qui en théorie semble logique car sur le plan infectieux, l'orifice interne du col n'est franchi qu'une seule fois dans cette méthode contre deux fois dans la méthode « classique ». Sur le plan de la perforation, le DIU est poussé vers le fond utérin avec ses bras déjà dépliés sans hystérométrie préalable (63).
Des études sont en cours afin de comparer l'efficacité de la méthode « directe » et surtout les risques de complications.
D'autres médecins usent parfois de techniques de relaxation afin de limiter l'anxiété des patientes, et donc le ressenti de la douleur à la pose (57). Cela inclut le « counseling » mais aussi des méthodes comme l'hypnose, la sophrologie, la « participation active »...
Aucune étude sur l'intérêt/bénéfices de ces techniques lors de la pose de DIU n'a été publiée jusqu'ici. Certaines études dans le cadre de travaux de thèse évaluant notamment la douleur des patientes lors de l'insertion du DIU et les techniques pouvant limiter cette douleur les citent (57, 59, 65).
La participation active et le détournement de l'attention peuvent aussi être une méthode de pose alternative. Cité aussi dans la thèse de Sophia GALLI (57), le Dr. DESSEIGNET, gynécologue-obstétricien exerçant à La Réunion, a réalisé un mémoire sur la « Pose de DIU sans douleur » en 2015 (82). Il réalise les poses de DIU sous écho-guidage, en expliquant les différentes étapes de la pose mais aussi en faisant participer la patiente. Celle-ci exerce elle-même la pression pelvienne avec l'échographe afin de verticaliser l'utérus et éviter l'usage de la pince de Pozzi. La patiente est

donc concentrée à la fois sur la pression qu'elle doit exercer mais aussi sur l'image échographique où elle visualise l'insertion (Annexe 6).

L'apparition de ces différentes méthodes de pose permettent de lever de nombreux freins : limiter l'anxiété et la douleur vécues par les patientes, faciliter le geste de la pose pour le praticien en limitant en théorie la durée de temps de pose, la difficulté d'insertion et le risque infectieux et donc augmenter l'accessibilité et l'acceptabilité des patientes comme des soignants au DIU.

2.6 En résumé

Si on fait le bilan du DIU, ils présentent des avantages non négligeables qui permettraient une certaine liberté de la femme ne désirant pas de grossesse. Une contraception de longue durée d'action, sans gestion quotidienne donc permettant une observance maximale, invisible et discret, à faible coût (parmi les plus faibles du marché), avec possibilité d'un dispositif sans hormones (seul contraceptif reconnu efficace, non hormonal), peu de contre-indications, utilisé aussi en contraception d'urgence et avec bonne tolérance sur le long terme.
Pourtant, les études montrent encore aujourd'hui de nombreuses réticences à la pose de DIU chez les médecins comme les patientes. Celles-ci sont souvent liées à nombreux *a priori* et croyances de la part des patientes mais aussi des médecins généralistes, souvent par méconnaissance, manque d'expériences et formation insuffisante voir inexistante.

C/ Justification

1/ Place du médecin généraliste dans la pratique gynécologique et la contraception

1.1 Généralités et épidémiologie

En France et dans beaucoup d'autres pays, le médecin généraliste, aussi appelé médecin de famille ou traitant, est en première ligne de l'accès aux soins. Selon le CNGOF mais aussi le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), il a toute sa place en gynécologie médicale, notamment dans la prévention des cancers gynécologiques, l'examen gynécologique, la contraception, le suivi des grossesses non compliquées, la ménopause et sa prise en charge, ainsi que sur des gestes tels

que le frottis cervico-vaginal (FCV), et bien sur la pose de contraceptif sous-cutané NEXPLANON® et pose de DIU.
L'Observatoire de la médecine générale (OMG) de la Société française de médecine générale (SFMG) avait publié en 2009 un classement des motifs de consultation par ordre de fréquence (66). La contraception était alors en 15ème position (Annexe 7).
On retrouve aussi comme motif de consultation pouvant inclure un motif gynécologique « les examens systématiques et prévention » en 1ère position ou bien « Douleur abdominale » en 14ème position. Notre pratique médicale est pluridisciplinaire et celle-ci inclut aussi la gynécologie médicale.
En moyenne en France, une femme consulte 3,6 fois par an son médecin généraliste pour un motif gynécologique. Ce chiffre croit avec l'âge de la patiente mais il reste de 2,5 fois par an chez les 15-20 ans. La contraception représente 35 % des motifs gynécologiques, soit 1/3 de ces consultations selon l'Observatoire de Thalès (67).

En 2004, une thèse menée auprès de 242 médecins généralistes du Val d'Oise faisait état d'une fréquence de consultation à motif gynécologique hebdomadaire pour 40 % d'entre eux et quotidienne pour 18 %. Ces pourcentages atteignaient 49 % et 32 % pour les généralistes femmes (68).
Une enquête menée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Normandie en 2017, montre que 90 % des médecins généralistes interrogés déclarent « assurer tout ou partie du suivi gynécologique de leurs patientes » et que selon le syndicat MG France « 95 % des médecins généralistes ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires », contrairement aux gynécologues, dont seuls 38,5 % pratiquent le tarif sécurité sociale en France (69).
Le rapport EPILULE va dans le même sens en déclarant que le suivi gynécologique est assuré par 39 % des médecins généralistes et 57 % des gynécologues (70).

Pourtant, selon l'enquête BVA de 2008, menée par la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM), « seules 20 % des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique » (71).

1.2 Déserts médicaux et pénurie de médecins.

L'Atlas de la démographie médicale en France, dernièrement publié en 2017 par le CNOM, et faisant le comparatif sur les 10 dernières années (de 2007 à 2017), mettait en évidence une tendance

à un transfert des médecins de l'activité libérale à l'activité salariale, ainsi qu'un creusement des inégalités territoriales au détriment des régions déficitaires en offre de soins. Le nombre en médecins généralistes en activité régulière (libérale et salariale, incluant les remplaçants) est en baisse depuis 2007 (-9,1 %). Il en est de même pour beaucoup de spécialités médicales, et notamment les gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens (72).
Malgré une tendance à la croissance en 2017, plusieurs phénomènes expliquent qu'on parle aujourd'hui de « pénurie de gynécologues ». D'une part, la suppression entre 1984 et 2003 de la spécialité de Gynécologie médicale, la baisse du numérus clausus durant près de 10 ans ainsi que du nombre de postes de spécialité de façon générale, et comme vu précédemment, les implantations disparates territoriales des médecins (73).

En France, en 2017, cette spécialité est divisée en trois catégories :

- Gynécologue-obstétriciens comme spécialité chirurgicale
- Gynécologues médicaux et obstétriques, et Gynécologues médicaux en spécialités médicales.

On dénombre 4 465 gynécologues-obstétriciens, 1 148 gynécologues médicaux et obstétriques, et 1 136 gynécologues médicaux. La moyenne d'âge est élevée par rapport à toutes les autres spécialités, autour de 60 ans. Pour la gynécologie médicale par exemple, 62 % ont plus de 60 ans.
Au vu des pyramides des âges et des tendances actuelles, on estime un manque important de gynécologues-obstétriciens d'ici 10 à 15 ans (72).

La Réunion est assez épargnée par le phénomène selon l'Agence régionale de la santé de l'Océan indien (ARSOI) (74). Hormis une moyenne d'âge des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens à peu près équivalente, laissant présager une carence en offre de soins d'ici un même laps de temps, sa densité médicale pour les gynécologues est excellente et nettement supérieure à celle de la métropole (72, 74). Notamment pour les gynécologues-obstétriciens où elle est quasiment doublée (27,4/100 000 habitants contre 16,4/100 000 en métropole). Elle est bien moindre pour les gynécologues médicaux (4,7 contre 4,3 en métropole en 2017).
L'île connaît une certaine croissance des gynécologues-obstétriciens en activité régulière depuis quelques années (74).
Il en est de même pour les médecins généralistes en activité régulière, +2,5 % en 2018 par rapport à 2017. Au total, 1 212 médecins généralistes avec une densité des médecins généralistes équivalente à celle de métropole (140 pour 100 000 habitants) (75).

On retrouve une corrélation, en rapport avec cette offre de soins optimale à La Réunion, avec les résultats de l'enquête de 2016 menée par l'ARSOI sur « Le recours aux soins à La Réunion ». 90 % des réunionnais déclaraient être à une quinzaine de minutes d'un service de soins courants et ce, quel que soit le moyen de transport. 85 % des réunionnais consultent le médecin généraliste au moins une fois par an et 34 % des réunionnaises de plus de 18 ans voient le gynécologue (76).

2/ Hypothèse

Comme nous l'avons vu plus haut, de nombreuses études internationales et en France métropolitaine ont été réalisées sur ce sujet. Nous cherchons à obtenir l'opinion des médecins généralistes installés à La Réunion sur la contraception par DIU d'un point de vue global et sa pose dans leur cabinet en évaluant les freins à la pratique de ce geste. L'hypothèse serait qu'il existerait d'autres freins, différents de ceux déjà identifiés en métropole, potentiellement spécifiques à La Réunion sur le plan ethno-socio-culturel. Cette étude permettrait d'avoir un regard comparatif entre les médecins généralistes de La Réunion et ceux de la métropole. D'autre part, nous espérons identifier le mécanisme de construction de ces réticences depuis leurs origines jusqu'à leur consolidation.

3/ Questions de recherche

Cette étude s'articule autour d'une question de recherche principale :
« Quelles sont les réticences à la prescription/pose de DIU en cabinet libéral par les médecins généralistes installés à La Réunion, ne posant pas de DIU, chez les femmes en âge de procréer ? »
De cette question principale, naît l'envie de rechercher le fondement de ces réticences afin de proposer des mécanismes de déconstruction pour lutter contre ces freins.

4/ Objectifs de l'étude

A travers cette étude faite auprès des médecins généralistes réunionnais ne posant pas de DIU, je souhaite prendre connaissance de leur opinion vis à vis de ce contraceptif et de la pose de celui-ci en cabinet de ville. L'objectif principal de l'étude était d'explorer les réticences des médecins

généralistes de La Réunion à poser des DIU.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A/ Choix de la méthode

Afin d'explorer l'opinion et notamment les réticences des médecins généralistes de La Réunion à la pose du DIU en cabinet libéral, ainsi que leurs origines, nous avons réalisé une étude qualitative descriptive par entretiens semi-structurés.
La méthode a été rapportée en respectant les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research).

B/ Population

Nous avons déterminé une population cible de médecins généralistes vivant à La Réunion, sans limite d'âge. Les critères d'inclusion étaient : médecins généralistes thèsés, installés en cabinet libéral, ne posant pas de DIU au moment de l'étude. Les critères d'exclusion étaient : médecins généralistes remplaçants ou internes de médecine générale thésés ou non, non installés en cabinet, retraités, exerçant une activité hospitalière, même partielle, posant des DIU, médecins refusant de participer à l'étude.

L'échantillonnage à variation maximale a été fondé au départ sur les critères d'inclusion et d'exclusion, puis complété par des critères de variance tels que l'activité gynécologique du médecin, antécédent de poses de DIU ou non, formations/stages de gynécologie durant les études médicales, sexe du médecin, âge, lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain).

Le recrutement s'est effectué initialement par convenance, puis en aléatoire, par effet « boule de neige » et enfin sur du volontariat. Les médecins ont été contactés par téléphone à partir de l'annuaire, souvent par le biais de leur secrétaire médicale. Lors des appels, je tenais le même discours d'introduction en leur expliquant que je réalisais un travail de thèse sur l'opinion des médecins généralistes à La Réunion sur le DIU, adressé aux médecins n'en posant pas. Je leur expliquais alors que cette étude était une étude qualitative sous forme d'entretien individuel anonyme d'une durée indéterminée, souvent fonction de la discussion, et qu'il pouvait se réaliser à leur cabinet directement, ou par rendez-vous téléphonique selon leur choix (Annexe 8).

C/ Recueil de données

Le recueil de données s'est fait par entretiens individuels semi-structurés, approfondis, soit par rendez-vous téléphonique enregistré, soit à leur cabinet médical en face à face en rendez-vous ou en fin de consultations.
L'enregistrement audio lors des face à face était réalisé avec le dictaphone de mon téléphone mobile après l'accord oral des médecins interrogés. Il n'y a pas eu d'enregistrement vidéo. Lorsque le rendez-vous était téléphonique, l'enregistrement était effectué à l'aide d'un magnétophone ou ordinateur, toujours après consentement oral du médecin.
Après enregistrement, dans un délai de deux à 7 jours, chaque entretien était retranscrit à l'écrit avec le logiciel Pages®, avant d'être analysé pour la thèse.
Un canevas d'entretien a été élaboré avec l'aide du directeur de thèse. Il a été testé lors d'un entretien pilote. Il était évolutif et s'articulait autour d'une première question « brise-glace » :
- « Souvenez-vous, la dernière patiente venue consulter pour vous demander des conseils sur le DIU, que lui avez-vous dit ? » (Annexe 9).

La retranscription *verbatim* était réalisée *ad integrum*, au mot près, en incluant le « non verbal » comme les rires, les silences ou pauses.
La saturation des données a été recherchée.

D/ Analyse des données

Une analyse inductive générale des données a été réalisée. Un codage ouvert et axial des verbatims ont été effectués à l'aide du logiciel *QSR NViVo 11*® afin de coder ces verbatims en unités de sens. Ceci permettant de les organiser sous forme de catégories et sous-catégories.
L'analyse initiale a été réalisée par l'investigateur. Une triangulation des données a été réalisée avec le directeur de thèse et le rapporteur de la thèse permettant la validation de la structuration des résultats et d'appuyer la validité interne de l'étude.

E/ Aspect éthique

Le consentement de chaque médecin a été pris oralement après les avoir informé de l'anonymisation des données, juste avant de débuter l'entretien enregistré. Chaque médecin inclus a été identifié par la lettre E accompagnée d'un chiffre ou nombre en rapport avec la chronologie des entretiens.

Une déclaration de conformité en application à la loi 78-17 du 06 janvier 1978, récemment modifiée en juin 2018 a été réalisée et acceptée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés CNIL) sous le numéro de récépissé : 2210137 v 0 (Annexe 10).

III. RÉSULTATS

Cette étude s'est déroulée entre août et novembre 2018. Au total, 13 entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes installés à La Réunion.
La saturation des données a été obtenue au 12ème entretien, lorsqu'aucun nouveau concept ou hypothèse n'était mis en évidence par rapport aux précédents entretiens. Un 13ème entretien a été réalisé pour conformer la saturation des données.

E1, E2, E5 et E13 ont été recrutés par convenance, puis E6, E11 et E12 par effet « boule de neige ». E3, E4, E7 et E8, eux, l'ont été via une sélection aléatoire simple avec un annuaire public informatisé Pages Jaunes®, puis enfin recrutement sur du volontariat via une annonce postée sur un groupe de médecins réunionnais d'un réseau social pour E9 et E10.
Quatre médecins ont refusé de réaliser l'entretien ; trois par manque de temps, un par manque d'intérêt.

La durée des entretiens était comprise entre 9 minutes et 40 minutes (Tableau 1).
Neuf entretiens ont été enregistrés sur le dictaphone du téléphone de l'investigateur (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E12, E13), trois avec un magnétophone (E9, E10, E11) et un via le dictaphone d'un ordinateur (E3). Les enregistrements sur magnétophone et sur ordinateur avaient été réalisés lors d'entretiens téléphoniques (quatre au total). Parmi les entretiens réalisés en face à face, un seul a été réalisé au domicile du médecin (E2), le reste a été réalisé au cabinet médical de chaque praticien.

Entretiens	Date	Type d'entretien/ Lieu	Durée
E1	09/08/18	Face à face au cabinet médical	40mn40s
E2	17/08/18	Face à face au domicile du médecin	18mn44s
E3	24/08/18	Entretien téléphonique, médecin en voiture	10mn32s
E4	24/08/18	Face à face au cabinet médical	08mn58s
E5	11/09/18	Face à face au cabinet médical	29mn34s
E6	12/09/18	Face à face au cabinet médical	29mn51s
E7	17/09/18	Face à face au cabinet médical	17mn30s
E8	17/09/18	Face à face au cabinet médical	21mn54s
E9	11/10/18	Entretien téléphonique, médecin au cabinet médical	24mn04s

E10	11/10/18	Entretien téléphonique, médecin à son domicile	29mn45s
E11	16/10/18	Entretien téléphonique, médecin à son domicile	20mn02s
E12	22/10/18	Face à face au cabinet médical	22mn22s
E13	31/10/18	Face à face au cabinet médical	32mn53s

Tableau 1 : caractéristiques des entretiens et de leur déroulement (lieu, date et durée)

A/ Caractéristique de la population

1/ Sexe, âge et répartition géographique

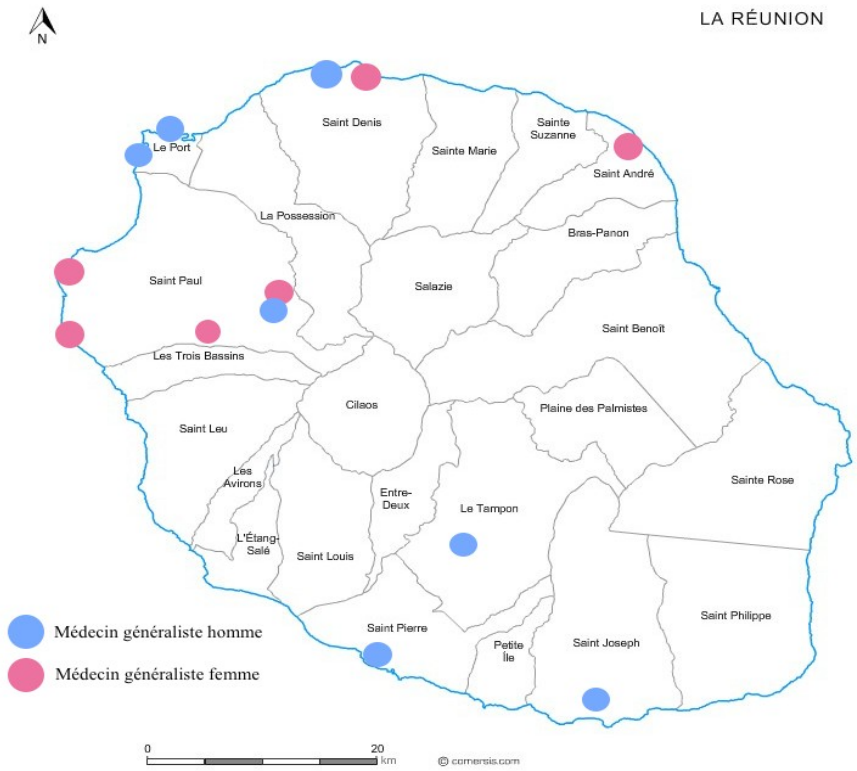
Parmi ces 13 médecins généralistes, il y avait six femmes et sept hommes.
Les âges des médecins interrogés s'étendaient de 31 à 65 ans, avec une moyenne d'âge, tout sexe confondu, de 46 ans (Tableau 2).
Tous étaient installés en cabinet de ville. De même, la totalité des praticiens participant à cette étude étaient en cabinet de groupe, allant de deux à cinq médecins dans chaque cabinet.

Médecin	**Sexe**	**Âge (ans)**	**Lieu d'exercice**	**Année d'installation**	**Milieu**
1	H	56	Guillaume	1992	Semi-rural
2	F	59	Salines les bains	2003	Urbain
3	H	36	Saint Joseph	2013	Semi-rural
4	H	39	Saint Pierre	2010	Urbain
5	F	47	Boucan Canot	2004	Urbain
6	H	63	Le Port	1981	Urbain
7	F	39	Saint Denis	2013	Urbain
8	H	37	Saint Denis	2017	Urbain
9	H	32	Le Tampon	2016	Semi-rural
10	F	31	Saint André	2018	Semi-rural
11	F	48	Saline les hauts	2001	Semi-rural
12	H	65	Le Port	1987	Urbain
13	F	46	Guillaume	2002	Semi-rural

Tableau 2 : caractéristiques des médecins interrogés : âge, sexe, lieu d'exercice, année d'installation

La répartition géographique était assez disparate (Carte 1) :

- 7 médecins au niveau du territoire Ouest
- 2 médecins au niveau du territoire Nord
- 1 médecin au niveau du territoire Est
- 3 médecins au niveau du territoire Sud.



Carte 1 : répartition géographique des médecins généralistes interrogés lors de l'étude

Aucun n'exerçait en milieu considéré comme rural (les Cirques ou des zones très déficitaires en soins).

2/ Formations et cursus universitaire

Huit des 13 médecins interrogés déclaraient avoir réalisé leur internat de médecine générale à La Réunion, ce qui équivaut à 62 % environ (Tableau 3).

Neuf médecins sur 13 ont réalisé un stage en gynécologie-obstétrique au cours de leur cursus. Un seul médecin ayant fait son internat à La Réunion n'a pas réalisé de stage en gynéco-obstétrique. Parmi ceux ayant fait un stage, deux signalaient n'avoir fait que de l'obstétrique (E6, E12), d'autres uniquement des gardes d'urgences gynécologiques (E10).

Tous ceux ayant posé par la suite des DIU en cabinet (cinq médecins) étaient passés en stage de gynécologie et/ou avaient réalisé le DU de Gynécologie médicale. Ils représentent 38 % de l'échantillon.

Parmi les neuf médecins ayant réalisé un stage en gynécologie, trois avaient appris à ce moment là le geste de la pose de DIU.

A noter, 10 des 13 généralistes inclus dans l'étude ont passé des Diplômes Universitaires, dont 5 une formation au DU de Gynécologie Médicale.

Médecin	**Internat**	**Stage gynéco-obstétrique**	**Posait des DIU**	**Formation Diplômes Universitaires**
E1	Réunion	Oui	Non	DU d'Hypnose, DU de Prise en charge de la Douleur
E2	Paris	Oui	Non	DU Gynécologie Médicale (non validé), DU d'Hypnose, DU de Sexologie
E3	Bordeaux	Non	Non	
E4	Réunion	Non	Non	DU d'Acupuncture
E5	Réunion	Oui	Non	DU de Gynécologie médicale, DU Orthogénie, DU de Pratique psycho-corporelle et Santé intégrative
E6	Toulouse	Oui	Non	
E7	Réunion	Oui	Oui	DU de Gynécologie médicale, DESC de Médecine d'Urgence
E8	Caen	Non	Non	DU de Médecine Hyperbare
E9	Réunion	Oui	Oui	
E10	Réunion	Oui	Non	DU de Médecine Tropicale
E11	Réunion	Oui	Oui	DU de Gynécologie médicale
E12	Lille	Oui	Oui	DU de Médecine Tropicale, DU de Formation pour pratique de la Médecine Esthétique et Anti-âge, DU d'ophtalmologie

E13	Réunion	Non	Oui	DU de Gynécologie médicale

Tableau 3 : cursus et formations des médecins généralistes interrogés

B/ Opinions des médecins généralistes sur le DIU

1/ Une opinion plutôt positive et favorable

E1 : « […] la contraception euuuu par le stérilet, c'est c'est vraiment une contraception que entre guillemets je vend. »
« Même si je ne pose pas de stérilet, j'ai tendance à mettre en avant les avantages du stérilet [...] »
E2 : « Ce que j'ai pu lui dire, écoute, que c'était un, un bon moyen de contraception [...]»
E5 : « […] ah je pense que, je pense que c'est top ! Moi si j'avais un, actuellement un stérilet sans hormones, ça serait génial ! J'aimerais bien l'avoir là. »
E6 : « […] franchement je suis absolument pro-stérilet, euuu ça, ça, comment dirais-je, ça… Ça règle beaucoup de problème. »
E8 : « […] je suis vraiment favorable à ce moyen de contraception là. »
E9 : « Ba moi je pense que c'est une bonne contraception [...] je suis plutôt pro-stérilet. »
E11 : « Mieux que l'im', mieux que l'implant, mieux que la pilule. Dés que je peux, moi je, je favorise ça oui ça c'est sur. […] je pense que c'est, non une bonne, très bonne contraception. »
E12 : « Je pense que c'est, c'est un dispositif qui est, qui est intéressant [...] »

Dans l'ensemble, les médecins interrogés étaient favorables à ce moyen de contraception. Beaucoup déclaraient qu'il était un bon moyen de contraception s'il était bien posé et/ou toléré par les patientes. La tolérance variable était souvent citée.
L'avantage identifié majeur du DIU restait l'observance.

1.1 L'observance : l'avantage clé du DIU

E1 : « […] un peu par empathie pour les pour les femmes mais je me dis que franchement euuu, de ne pas avoir de comprimés à prendre tous les jours, c'est quand même un sacré confort. »
E5 : « Qu'est ce qui, à ton avis, différencie le dispositif intra-utérin des autres contraceptions, que ce soit en positif ou en négatif hein. Qu'est ce qui différencie vraiment le…» - « Le fait qu'il n'y est

pas d'oublis. Donc euuuu plus sur par rapport aux échecs par oublis. »
E10 : « […] il faut, faut être observante, 'fin je trouve ça compliqué en fait. 'Fin déjà moi je, 'fin je trouve ça compliqué alors que, voilà on est, 'fin on est médecin et tout ça, donc je me dis que pour les patientes c'est parfois encore plus compliqué - Rires - 'fin je pense hein. »
E12 : « […] ça a un peu d'efficacité de plus de 90 % donc euuuu ça, ça c'est quand même assez sécurisant, heumm, et puis, et surtout bon en fait c'est, euuuuu y'a plus de problèmes d'oubli de prise de contraceptifs. »
E13 : « Moi je trouve que c'est super quand, parce qu'il y a un moment où la pilule on est a marre de prendre des cachets tous les jours et puis que t'y penses pas […] chaque soir tu penses pas qu'il faut prendre ton truc, est ce que tu l'as pris ou pas et voilà. »

L'observance était la qualité la plus citée lors des entretiens, notamment souvent comparée à celle de la pilule qui reste contraignante et difficile selon une majorité de médecins.

1.2 La tolérance

E1 : « […] j'aurais tendance à dire moins de 10 % retirent leur stérilet. »
E8 : « Ba je pense que c'est très bien parce que effectivement, comme tu dis, y'a peu, y'a très peu de gens qui reviennent pour euuuu demander à ce qu'on l'enlève, donc c'est quand même, qu'à priori c'est quand même très bien toléré. »
E10 : « […] en général, les patientes elles en sont hyper cont', 'fin voilà elles en sont très contentes […] quand c'est bien fait, quand 'fin quand c'est bien placé, elles l'oublient complètement euuu et puis euuuu elles, et puis voilà elles sont tranquilles pour un bon nombre d'années. »
E11 : « Beaucoup de retraits en tous les cas, et puis repartir. Alors soit elles ont plus envie de poser de stérilet du tout, donc faut repartir sur autre chose, euuuuu soit ba ouais repar', repartir sur un stérilet en cuivre quoi. »
E12 : « […] je pensais qu'il y avait peu d'effets secondaires, jusqu'à ce que j'ai une, une de mes patientes qui, qui avait, qui était sous, sous un dispositif d'imprégnation hormonale, euuuu qui l'avait retiré, et quand elle a retiré, elle m'a dit « Olalala j'aurais dû l'avoir fait av', beaucoup plus tôt. », parce que elle rapportait un certain nombre d'effets secondaires à ça, euuuu notamment bon euuu une certaine irritabilité, prise de poids […] C'est vrai qu'il y en a beaucoup qui me disent justement, ba qu'il y a, 'fin peu d'effets secondaires, en tout cas que c'est plutôt bien toléré.»

Les avis et les expériences divergeaient. Certains signalaient peu d'effets secondaires et trouvaient qu'il était plutôt bien toléré par leurs patientes. D'autres allaient dans le sens contraire, que ce soit lors de la pose ou sur le DIU en lui-même (effets cités type saignements, prise de poids, dysménorrhées, sensation des fils par le partenaire [E1, E6, E11 et E12]).

2/ Le discours auprès des patientes

2.1 Le terme « Stérilet »

E1 : « […] je lui ai parlé de, ba du stérilet au cuivre et du … et du Mirena. »
E2 : « […] je ne pose pas les DIU moi euu les stérilets pardon […] »
E3 : « […] c'est assez rare qu'elles demandent des questions sur le stérilet […] »
E4 : « […] elles se posent la question bin DIU enfin stérilet au hormone ou stérilet au cuivre […] »
E8 : « Après là c'est sur le stérilet en particulier ? »
E9 : « […] on posait, on, on posait pas mal de stérilet du coup. »
E12 : « Non c'est voir si le, si le, si le, le stérilet est bien posé […] »
E13 : « Alors à chaque fois je lui explique les deux types de stérilet… »

Tous les médecins interrogés lors de l'étude ont spontanément utilisé ce terme. Malgré mon usage systématique du « dispositif intra-utérin » à chacune de mes questions, tous ont exprimé naturellement ce mot.

2.2 Un DIU hormonal ou au cuivre, « sans ou avec les règles »

E2 : « […] le stérilet au cuivre qui n'est pas hormonal et qui a un effet mécanique et qui peut donc provoquer des règles abondantes donc il faut le savoir, et inversement, je leur parle du dispositif euuu hormonal qui euuuu donne, délivre des doses hormonales moins importantes que la pilule mais qui, qui est quand même hormonal et surtout en leur expliquant
bien que elles peuvent ne pas avoir de règles, avec ce dispositif là. »
E4 : « […] elles se posent la question bin DIU enfin stérilet au hormone ou stérilet au cuivre donc je leur dis les différences. »
E5 : « […] j'explique qu'il y a le, avec hormone/sans hormone, donc avec règles ou sans règles,

euuuuu avec les avantages et les inconvénients que je vais quand même pas passer sous silence. »
E6 : « […] le stérilet, bon ba ça tient 5, 6 ans, que elle peut choisir les stérilets qui font pas saigner, les stérilets qui font saigner enfin qui, qui conservent les règles ou qui ne conservent pas les règles [...] »
E11 : « […] je vais lui décrire les deux qualités de stérilet qu'on a à disposition, soit le stérilet hormonal, ou le stérilet en cuivre et avec euuuu chaque, pour chacun leurs avantages et leurs inconvénients. […] je leur explique que, voilà soit, soit vous voulez des règles, pas de règles. »
E13 : « Euuuuu si elles veulent absolument voir leur règles, alors si y'a, comme y'a une possibilité d'aménorrhée sous le MIRENA, ba je leur dis est ce que vous êtes prêtes à ne plus les voir ? Est ce que ça va pas vous stresser tous les mois ? »

La majorité des médecins décrivait les deux principaux types de DIU. Ils disaient expliquer aux patientes les avantages et inconvénients de ce contraceptif, ainsi que les effets secondaires. Ce qui ressortait très souvent c'était l'impact sur les règles mais aussi les douleurs possibles. Deux médecins ont aussi insisté sur l'évaluation de la « motivation » de la patiente à choisir le DIU (E2, E13).

2.3 Une contraception qui reste de « deuxième intention »

E3 : « […] il reste les poses de stérilets mais ça reste quand même euuuu marginal. »
E4 : « […] après souvent, celles qui sont sur les stérilets, elles ont quand même déjà essayé les pilules contraceptives, c'est souvent parce qu'elles les oublient. »
E5 : « […] D'emblée à une jeune fille, je vais plutôt lui proposer la pilule et puis je vois si y'a des oublis ou pas et là, tout de suite je passe au stérilet»
E6 : « On voyait la pilule un peu comme une libération féminine, ce qui a été vécu comme une libération féminine de toute manière. Bon, plus que le stérilet, le stérilet qui était quand même un peu en deuxième ligne, bon. »
E12 : « […] c'est des personnes qui, qui ont pas, que, hum, ou qui ont des, des, des contre-indications à la, aux contraceptifs oral ou alors euuu qui ont des tendance à l'oubli enfin et que voilà, et donc c'est, c'est à celles là plutôt je propose un dispositif intra-utérin, ouais, mmh. […] lorsque posé très tôt. Hein par exemple, une femme qui avait, qui avait un doute, en fait là on donne la pilule du lendemain là, ba ça pouvait avoir un effet de pilule du lendemain. Je sais pas si c'est une réalité aussi ? »

Le DIU restait encore dans les esprits des médecins, une contraception de deuxième intention. Les médecins interrogés avouaient ne pas y penser souvent, notamment chez les jeunes filles ou chez les nullipares. Un médecin a évoqué aussi l'indication du DIU en tant que contraceptif d'urgence (E12).

2.4 Discours sur le DIU au cuivre

E2 : « […] stérilet au cuivre qui n'est pas hormonal et qui a un effet mécanique et qui peut donc provoquer des règles abondantes. […] elles sont contre les hormones, vu, vu un petit peu l'ambiance environnante. »
E5 : « […] y'en a beaucoup qui ont des ménorragies quand même hein sous le non euuuu enfin celui sans, sans hormone, et ça donne lieu quand même à des anémies et des, un inconfort important. […] Par rapport à, aussi à la polémique qu'il y a eu, sur les risques thromboemboliques où là, la demande aussi a augmenté un peu et nous on le propose plus facilement aussi. »
E7 : « On a une grosse demande par rapport notamment au stérilet en cuivre, au fait qu'il n'y ait pas d'hormones. Euuuuuuu voilà, donc je pense que, à ce titre, c'est un bon moyen de contraception. »
E8 : « […] ce qui me paraît important ouais c'est que l'av', l'avantage du stérilet au cuivre c'est que c'est un des rares moyens de contraception qui n'est pas hormonal, et du coup c'est là le principal avantage moi à mes yeux quoi. »
E9 : « […] c'était quand même un bon moyen de contraception, notamment celui au cuivre, je trouve qui est, où y'a, où il n'y a plus d'hormones pour le corps et je trouve que c'est, c'est pas mal quoi. […] c'est le meilleur moyen parce que du coup t'as plus du tout d'hormones, t'as plus de, tu diminues ton risque de, de, de maladie thromboembolique, euuu tu diminues pas mal de problèmes avec […] »
E11 : « Alors plus au cuivre que le MIRENA, puisse que y'a vraiment un gros problème de retour négatif avec des prises de poids, de l'acné, des choses comme ça, donc euuuu je suis revenue au stérilet en cuivre d'avant - Rires - Voilà. »

Les avis restaient divergents. Certains médecins, notamment les plus âgés, citaient surtout le risque de ménorragies ou effets indésirables (E2, E6). A l'inverse, une majorité avait tendance à promouvoir le DIU au cuivre, notamment par son absence d'imprégnation hormonale. En comparaison avec le MIRENA®, beaucoup signalaient une meilleure tolérance vis à vis d'une absence des effets secondaires liés aux hormones, et une plus grande demande des patientes suite au scandale des pilules de 3ème génération (E5, E7, E8, E9, E11 et E12).

2.5 Discours sur le DIU hormonal

E5 : « De plus avoir de règles, c'est génial. Euuu je trouve ça extrêmement confortable. »
E6 : « […] pour le MIRENA, je dis, si vous avez des règles abondantes tout ça, bon ba MIRENA peut vous sauver la situation, donc euuu j'en parle comme ça hein. »
E7 : « […] voila, plus tendance à orienter vers un stérilet aux hormones si la dame était plutôt… Après 35 ans, dans une optique de plus avoir ses règles, enfin voilà de, que les choses se terminent entre guillemets, même si le terme est pas très « heureux », tranquillement, voilà un stérilet aux hormones après 40 ans et puis voilà. »
E11 : « […] y'a quelques soucis avec le MIRENA® mais l'autre y'a franchement, y'a pas, pas de problèmes particuliers hein. »
E12 : « […] je pensais qu'il y avait peu d'effets secondaires, jusqu'à ce que j'ai une, une de mes patientes qui, qui avait, qui était sous, sous un dispositif d'imprégnation hormonale, euuuu qui l'avait retiré, et quand elle a retiré, elle m'a dit « Olalala j'aurais dû l'avoir fait av', beaucoup plus tôt. », parce que elle rapportait un certain nombre d'effets secondaires à ça […]. »
E13 : « […] je pense que j'ai un peu tendance à mettre plutôt un MIRENA, à proposer plutôt le MIRENA […] Par rapport au fait que, y'a pas beaucoup de règles et que, peut être que personnellement - Rires - C'est un truc qui me, qui me saoule ! »

Là encore, on constatait des avis variables. Beaucoup voyaient l'avantage d'une aménorrhée suite à l'exposition hormonale, d'autres décrivaient des retours négatifs de patientes ayant présenté des effets secondaires liés à l'action progestative de ce dispositif (acné, prise de poids...). (E12)

2.6 Discours vis à vis des réunionnaises : approche culturelle et traditionnelle

E5 : « […] elles pensent que c'est pas normal et puis, donc ça c'est plutôt les femmes créoles qui, qui parlent de ça. Qui, le fait de pas avoir leurs règles, ça leur pose un problème. Les femmes zoreilles non. Ça a pas l'air de leur poser un problème, elles voient plutôt le, le fait que c'est confortable. […] certaines femmes ont du mal à l'idée d'avoir un corps étranger à l'intérieur mais j'ai pas trouvé que ce soit plus telle population que telle autre […] certaines femmes plutôt créoles euuuu mais je pense que c'est par méconnaissance, ont peur de ne pas avoir de règles, euuuu par ce qu'elles pensent que c'est contre nature et que faut bien que ça s'écoule quelque part et que presque elles vont grossir, grossir euuuu et exploser […] la pilule est plus répandue chez les créoles

parce que plus facile peut être d'accès, du coup elles en parlent entre elles… Et puis, si il y a celles qui ont entendu parlé qu'il y avait eu des soucis avec certains stérilets et du coup hop le stérilet est rayé de leur, de, des , des possibilités. »
E6 : « Ouais tu vois, Malbaraises, Malbaraises euuuu, Cafres ouais et Chinoises pffff là je savais pas, je vois pas de différence, moi pour moi j'ai pas vu de différence. »

La plupart des généralistes ne décrivaient pas de différence importante entre les différentes ethnies réunionnaises. Malgré des cultures très différentes, que ce soit malabars, chinois, cafres, arabes, comoriens ou « z'oreils » notamment, les médecins avaient tendance à affirmer qu'ils tenaient le même discours sur la contraception. Beaucoup de ces médecins n'avaient jamais réalisé de remplacement ou d'exercice de la médecine générale en métropole et donc étaient limités dans la comparaison (E1, E4, E7, E9, E13).

3/ Le ressenti et impressions lors des poses de DIU chez les médecins qui en posaient

E7 : « […] moi j'étais pas très très à l'aise, autant quand j'étais à l'hôpital, ça se passait bien mais ici en fait, j'avais un peu une appréhension […] « Les poses se sont en général bien passées. » - « Oui, tout à fait ouais. »
E9 : « […] comment tu t'es senti ? Quand euuu justement tu en posais ? » - « Ba plutôt à l'aise. »
E10 : « […] je trouvais ça pas facile euuu, pas facile - Rires - pour moi. […] j'étais pas forcément très à l'aise hein [...] »
E12 : « Ba c'était, c'était relativement simple hein ! C'était, donc euuuu, ba c'était, bon peut être que j'avais eu des cas aussi facile hein, je ne sais pas. »
E13 : « Mais j'avais psychoté, j'avais imaginé que ça aurait pu être compliqué si y'avait eu le moindre problème, que la dame ne se sente pas bien, que, que je sais pas quoi, que ça saigne, qui est un problème particulier. »

Leurs expériences de pose, qui restaient souvent faibles (entre 5 à 10 poses), étaient vécues comme des moments anxiogènes : « je ne me sentais pas à l'aise ». Pourtant, la quasi-totalité déclarait ne pas avoir eu d'expériences traumatisantes de pose. Dans l'ensemble celles-ci s'étaient bien passées.
E11 avait posé durant 10 ans des DIU de façon assez régulière.

4/ Place du médecin généraliste dans la pose du DIU

E1 : « Absolument, je pense que c'est ce qui permettrait de, probablement, de démocratiser. »
E5 : « […] il a toute sa place parce qu'il connait souvent mieux les patientes, il voit comment elles fonctionnent, comment, quels sont les vécus antérieurs donc il, il peut plus appréhender le, le, l'anxiété de la patiente. […] elles prennent rendez-vous chez le gynéco puis quand on leur dit que c'est que dans 15 jours et bien elles viennent voir leur généraliste et quand elles voient que le généraliste sait faire de la gynéco, elles sont quand même bien rassurées, c'est, elles disent que c'est confortable. »
E9 : « je pense que ils ont tout intérêt à le faire et puis en plus euuuu les patientes, je pense, se sentent en confiance tu vois si c'est le médecin de famille qui, qui fait ça et… Donc je pense que faut, faut le, faut l'inciter.
E10 : « […] quand on dit qu'on va, qu'il faut aller chez le gynéco pour le poser, ba des fois elles vont, elles sont un peu gênées ou quoi et 'fin je pense que c'est, ça, ça leur facilite pas mal les choses si c'est le médecin généraliste qui, qui les pose, qu'elles connai', que, le médecin qui les suit quoi, 'fin j'ai l'impression en tout cas que ça les rassure, en plus moi c'est, moi je suis une femme, tout ça. »
E13 : « Y'en a quelques unes oui qui ont dit « Oh ba j'aimerais bien parce que on se connait bien et tout, donc là […] »

Lorsqu'on évaluait l'opinion des praticiens sur ce sujet, la majorité estimait que ce geste pouvait être légitime dans le rôle du médecin traitant. Beaucoup voyaient l'avantage d'être « médecin de famille », connaissant bien ses patients et appréhendant mieux l'anxiété de ses patientes. D'autres citaient le gain de temps pour les patientes, par rapport aux délais de rendez-vous du gynécologue.

C/ Réticences identifiées

1/ Les croyances et *a priori*

1.1 Croyances des médecins

E1 : « […] il peut même y avoir une augmentation des cas de grossesses extra-utérines, mais ça

reste… Ça reste très faible. […] il me semble que peut être que c'était difficulté de pose, par rapport à un col plus, plus fermé, peut être. »

E2 : « […] peut être avec l'expérience, j'ai l'impression que tel ou tel profil ira mieux avec tel ou tel euuu… Tel euuuuu, pardon, moyen de contraception. »

E5 : « Parce que moi j'ai l'impression que c'est la Pozzi qui est affreusement douloureuse mais si ça se trouve c'est juste le passage du col qui est douloureux. Mais intellectuellement moi cette Pozzi, je peux, avec sa mâchoire, je peux pas la voir – Rires […] »

E6 : « […] quand on met le stérilet bon qui a pas de, bon que ça protège pas contre les grossesses extra-utérines […] ça faisait intrusion euuuu, une intrusion qui n'était pas, ça me paraissait pas, alors que la pilule c'est pas naturel non plus, tu vois, mais dans mon esprit, la pilule, la femme pouvait gérer mieux tout ça. »

E7 : « Moi je me sentais moins légitime qu'un gynéco pour le faire. »

E8 : « […] je pense que les gens, peut être les gens sentent aussi que… Que, peut être que dans mon discours ça se ressent que je vais pas euuuu leur proposer euuuu de, de le faire donc je pense que, peut être y'a une petite retenue par rapport à ça. »

E10 : « […] je pense qu'elles sont, de toute façon la jeune fille, c'est pas vraiment ce qu'elle recherche en général comme type de contraception. »

Il persistait encore de nombreuses croyances erronées sur le stérilet de la part des médecins (surestimation de complications comme les GEU (E1 et E6), surestimation de la douleur à la pose...). Ces méconnaissances pourraient être un frein à proposer le dispositif intra-utérin.

1.2 Croyances et méconnaissances des patientes selon les médecins

E1 : « Non je crois qu'elle avait pas forcément d'a priori eut, elle savait que euuu ça pouvait éventuellement donné des douleurs, des saignements, etc… Mais euuu elle avait pas trop d'a priori à mon souvenir. […] la patiente le voit probablement peut être aussi comme un acte un petit peu spécialisé ou pour le spécialiste. »

E2 : « […] j'ai des femmes, tu leur mets n'importe quel moyen de contraception, de toute façon ça ne va pas. Donc y'a vraiment, quelque part, vraiment, au delà de ça, c'est, c'est, ba elles ont pas envie de de contraception mais elles ont pas le choix, il en faut une. »

E3 : « il y en a quand même la majorité qui préfère séparer la, le gynéco du reste et, et du coup quitte à ce qu'elles aillent voir ma consoeur pour la partie gynéco […] »

E5 : « je vois des gens des bas très « zoreilles » qui ont l'habitude d'aller directement chez le

gynéco, pensant que il n'y avait que les gynéco qui faisaient de la gynéco […] certaines femmes plutôt créoles euuuu mais je pense que c'est par méconnaissance, ont peur de ne pas avoir de règles, euuuu par ce qu'elles pensent que c'est contre nature et que faut bien que ça s'écoule quelque part et que presque elles vont grossir, grossir euuuu et exploser. »

E7 : « Alors y'a deux av', enfin y'a deux, c'est assez net, soit y'a un rejet tout de suite euuuu « Ah non, ça dans mon corps, pas possible ! Etc, soit au contraire, une demande qui est de plus en plus forte par rapport au stérilet sans hormone. »

E13 : « […] y'en a pleins qui ne savent pas, qui y'a, 'fin si elles savent qu'il y en a un qui s'appelle MIRENA par exemple, et, mais elles savent pas, elles savent pas vraiment la différence. […] ou y'en a aussi qui, qui disent « Oulala non non ça, ça, ça, ça va me faire grossir », 'fin qui ont des idées euuuuuuuuu un peu préconçues […] peut être qu'il y a des a', des a priori parce que c'est quelque chose qui est dans le corps, donc ça va plus les, les rebuter. »

Certains considéraient les patientes comme déjà informées sur le DIU, notamment par les expériences de l'entourage, souvent péjoratives (saignement, douleur, grossesse sous stérilet...). Beaucoup confiaient que les patientes pensaient que le geste de la pose de DIU était un acte spécialisé et réservé aux gynécologues.

1.3 Le DIU comme corps étranger

E1 : « On introduit un corps étranger euuuu, par les voies naturelles. »

E2 : « […] moi je voulais être sur que, que l'idée d'avoir un un corps étranger euuuu et qu'elle supporte l'idée d'avoir un corps étranger. »

E4 : « […] l'efficacité elle est bonne, après ça se passe pas des fois parce que, c'est un corps étranger […] »

E5 : « […] certaines femmes ont du mal à l'idée d'avoir un corps étranger à l'intérieur […] »

E6 : « […] intellectuellement ça me, c'est curieux hein mais, moi même, ça faisait intrusion euuuu, une intrusion qui n'était pas, ça me paraissait pas, alors que la pilule c'est pas naturel non plus, tu vois, mais dans mon esprit, la pilule, la femme pouvait gérer mieux tout ça. »

Parmi l'échantillon, certains décrivaient la notion de « corps étranger ». Souvent exprimé par les patientes comme étant leur principal frein avec la douleur, ce terme donnait une image péjorative de ce contraceptif.

2/ Les freins liés aux patientes

2.1 La nulliparité

E1 : « Je garde toujours ça comme étant pas la contraception première chez les nullipares. […] Je le vend moins aux nullipares, c'est clair. […] c'est vrai que j'aurais tendance à attendre pour la nullipare qu'elle m'en parle et pas le proposer d'emblée. »
E4 : « […] Si elles ont eu déjà un enfant ou pas, même si maintenant c'est plus une contrainte. »
E5 : « […] dans nos études on disait pas de stérilets chez les nullipares […] souvent c'est « Bon ba j'ai jamais eu d'enfants » donc je leur rappelle qu'on peut aussi mettre en place les stérilets, et je le met euuuu pas forcément sur le même plan de… D'indication que la pilule. »
E6 : « Mais peut être les multipares, bon bien sur les, celles qui ont pas encore enfanté mais quelque fois ça m'a pas, j'en parle si elles me demandent des questions sur la contraception mais euuu sinon, plutôt multipares ou au moins une parité. »
E8 : « […] y'a 2 ou 3 semaines, je t'aurais dit non, et puis en fait, d'après ce que je commençais à lire, j'avais l'impression que c'était pas un, une, une mauvaise contraception pour les nullipares hein. Peut être que je me trompe là, j'ai pas encore approfondi le truc mais… »
E10 : « […] moi je le recommanderais pas, j'ai l'impression, pas à quelqu'un qui n'a pas accouché [...] »
E11 : « Alors les nullipares c'est vrai que je suis pas, je suis pas… Franchement, non j'ai pas le, le stérilet facile chez la nullipare ! […] en nullipare, mettre un stérilet, c'est vrai que j'y pense pas forcément et, ba là je suis plutôt pilule ou implant. »
E12 : « […] pour toi la nulliparité c'est un frein à le proposer ? » - « Alors moi j'ai entendu dire que c'était plus une contre-indication… »
E13 : « […] je pense que je pense plus à en parler effectivement, à proposer ça, euuu quand elles ont eu des enfants. »

Des médecins disaient être informés récemment de l'indication possible du DIU pour les nullipares (E8, E12). On observait encore une méconnaissance des DIU pour les nullipares. Ce frein se retrouvait aussi chez les médecins connaissant l'indication de ce contraceptif chez ces patientes. Ce dispositif restait encore une contraception de deuxième intention, la douleur étant l'argument phare chez ces patientes n'ayant jamais connu de grossesse ni de « passage » du col utérin. (E5, E13)

2.2 L'âge des patientes

E1 : « […] je pense que c'est la contraception idéale des femmes qui ont entre 40 et 50. »
E4 : « […] je lui ai dit que c'était une bonne contraception après ça dépend de l'âge hein quand même. »
E5 : « En général sur euuuu ba ça dépend de l'âge de la patiente […] si j'ai des petites jeunes, je vais pas d'emblée leur parler du stérilet […] »
E11 : « Ba déjà par rapport à l'âge. A partir de 40 ans, moi je leur conseille toutes de passer euuu au stérilet. »
E13 : « […] pour les jeunes je vais pro', plus proposer la contraception par pilule. […] ça dépend de 2 choses, ça va dépendre de l'âge et de si elles ont eu ou pas des enfants. »

Au frein de la nulliparité, s'ajoutait l'âge des patientes. Parfois en rapport direct avec la nulliparité car celle-ci était synonyme de « jeune femme ». E13 déclarait limiter son indication de DIU selon l'âge et la parité des patientes, ces deux critères jouant directement sur son discours sur la contraception. Certains identifiaient l'âge par rapport aux contre-indications hormonales à partir de 35-40 ans, permettant une alternative aux pilules oestro-progestatives.

2.3 Pas de suivi des patientes

E9 : « […] quand elles me parlent de contraception, mais euuu je leur propose pas forcément de le poser parce que, parce que y'a pas d'affinités entre nous, parce que c'est des, des, des patientes que je vois une fois et que je vais revoir peut être une autre fois mais tu vois, c'est le hasard quoi […] C'est plus par ce que c'est pas, je suis pas médecin traitant, et les patientes souvent, je les, je les connais pas plus que ça […] »

E9 est un médecin travaillant en cabinet SOS. Dans ce contexte, il me déclarait ne pas faire de suivi de patient(e)s et donc, ne plus poser de DIU alors qu'il en posait avant.

3/ Les freins liés aux médecins

3.1 Une formation initiale insuffisante

E1 : « […] quand j'ai travaillé en gynéco comme interne euuu on m'a montré mais… Comme disait Aristote c'est en faisant les choses qu'on apprend […] on ne mesure pas quelles vont être je dirais les…Les cases à cocher pour devenir après généraliste. Et donc euuu ba les gynéco devraient dire « bon ok quand tu seras généraliste euuu tu devras savoir poser un stérilet. Et donc c'est pas un ou deux qu'il faut qu'on te montre, c'est 50. »

E2 : « […] j'ai fait un stage de gynéco mais euuuu, j'ai pas le souvenir euuu, contraception à l'époque, j'ai pas le souvenir qu'on est appris, même sûre […] Oui ça me fait un peu peur parce que je me suis pas vraiment formée. »

E3 : « […] j'ai pas fait de stage en gynéco en interne, et après euuuu j'en ai pas fait particulièrement euuuu par la suite. »

E4 : « […] j'ai jamais fait pendant l'internat, et c'est tout […] »

E5 : « […] en stage en tant qu'interne j'aurais aimé, en dehors de voir les suites de couche, qu'on apprenne à, à, alors les frottis peut être que j'avais dû en voir, mais qu'on m'apprenne à poser les stérilets, qu'on m'apprenne à faire des touchés, enfin j'ai tout appris toute seule hein après. […] J'ai pas eu assez d'expériences en tant qu'interne, clairement. »

E6 : « Comme n'ayant pas appris, bon j'ai dit bon. Après coup, c'est vrai qu'après y'a des formations tu vois. J'ai dit bon ba, bon je, je savais comment c'était sur le plan théorique mais j'ai pas trop appris la pratique. Donc après j'ai laissé tomber. »

E8 : « J'en pose pas parce que je suis pas formé, en fait je suis jamais passé en gynéco comme étudiant. […] J'en ai jamais posé, j'en ai jamais enlevé, j'en ai même jamais vu poser. »

E10 : « […] ils m'ont guidé, oui voilà, oui ils m'ont guidé en fait, alors euuuu ils ont dû peut être me, m'aider à tenir la pince, ou ce genre de chose là […] c'était plutôt la formation qui me manquait. »

E11 : « Et pendant l'internat vous aviez posé des dispositifs ? » - « Pas beaucoup, non, non, non. »

E12 : « […] j'ai pas été formé correctement à la pose quoi en fait […] nos confrères gynécologues nous mettaient vraiment, vraiment en garde de, de, de, de poser des stérilets hein. Ils nous, ils recommandaient pas du tout à un généraliste de le faire. […] si on est bien formé je pense qu'il n'y pas de raison qu'on le fasse pas. »

Lors des entretiens, une partie des médecins ayant fait un stage en gynécologie avaient vu et participé à la pose de DIU. Ils étaient toujours accompagnés d'un sénior, mais jamais complètement lâchés. D'autre part, le nombre de poses de DIU lors des stages restait faible, souvent estimé insuffisant par la majorité des médecins interrogés et justifiant le fait qu'ils n'en posaient pas seul en cabinet.
Certains ont déclaré avoir ressenti une réticence des gynécologues à les former à la pose (E5, E12).

3.2 Frein lié aux expériences

3.2.1 Expériences personnelles

E5 : « […] mon discours peut être biaisé. Parce que moi personnellement, par expérience, j'ai trouvé ça affreusement douloureux, et je ne veux plus entendre parler de stérilet pour moi, et c'est le pourquoi du comment que je ne pose pas de stérilet […] Alors j'ai été allée voir une psy, une euuu…- Rires - une psychologue j'allais dire… Ohhh le lapsus ! Une euuu gynéco qui n'est pas du tout psychologue, qui n'est pas du tout euuuu douce, […] je pense que je n'étais pas prête à avoir un stérilet mais bon j'ai, je me suis faite poser un stérilet et pour me détendre, elle m'a dit « Mais détendez vous ! ». Rires. « Non mais là je ne peux pas, détendez vous ! ». Voilà donc euuuu c'était pas possible, elle a mis le stérilet j'ai eu bien mal et j'ai eu longuement mal et surtout j'ai saigné pendant 6 mois. […] ça reste un, un petit traumatisme quand même je pense . »
E6 : « […] j'ai milité pour l'avortement en 76, on a milité pour l'avortement, pour le stérilet, tout ça, donc on est allé loin mais euuu simplement moi j'étais dans des groupes euuu gauchistes où on militait pour les stérilets posables par n'importe qui. […] j'étais, moi tu sais en médecine, et y'en avait d'autres qui n'étaient pas en médecine, et je te dis c'était des groupes euuuu extrémistes hein, enfin extrémistes euuuu sur le plan de, oh ben c'est à dire que à l'époque, donc euuu tu pouvais t'inviter à faire des IVG euuu, des IVG quoi, tu pouvais faire des IVG parce que c'était pas encore légalisé mais, mais justement c'était un geste politique. »
E9 : « […] je lui ai fait une petite écho pour voir et y'avait un début de grossesse et y'avait son stérilet. […] j'ai vu un, un médecin généraliste où je faisais un remplacement en fait, c'était un cabinet de groupe, et y'avait un médecin dans le, dans le, la salle de consultation à côté de moi, qui devait poser un stérilet, et du coup, ça faisait plusieurs mois que j'avais pas posé de stérilet, du coup je lui ai demandé si je pouvais venir avec lui pour qu'il me remontre un peu. Et lui si tu veux, il a posé son stérilet mais trop à l'arrache quoi, sur un coin de table, sur, sans gants euuu 'fin vraiment en mode dégueu quoi, et euuu, et tu vois j'ai trouvé ça un peu limite. »

E10 : « […] je crois que j'ai dû voir une ou deux grossesse sous DIU - Rires. »
E11 : « […] j'ai eu deux cas de, de dispositif qui est parti en, en intra, en péritonéal là, il a fallu les retirer en coelio […] Un sur un utérus cicatriciel donc bon, a priori c'était, mais bon, voilà, et après une autre fois, y'avait pas de, pas de raison particulière, donc euuuu après ça m'a, ça m'a refroidi […] C'est c'est deux expériences, la prem', la première bon je me suis dit ça peut arriver, ok d'accord, bon c'est ce que le gynéco m'avait dit, mais à la deuxième, j'ai dit « Non mais là, ça suffit, ça commence à bien faire ! ». »
E12 : « […] c'est une dame qui était venue pour, pour retirer son dispositif, prrrrt, et ben les fils étaient trop courts - Rires - Donc j'ai pas pu le retirer mmh. » - « Ah ouais. » - « Et une autre fois, c'était l'inverse, le fil était trop long, et c'était le mari qui s'en était plaint - Rires - Voilà. »

Quelques praticiens ont raconté leurs expériences personnelles du DIU et de sa pose. Certains ont vécu des complications fréquentes à la pose (déplacement, échec, fils trop ou pas assez longs), mais E11 avait vécu la perforation utérine chez deux patientes où la pose c'était *a priori* bien déroulée. Pour E5, c'était une expérience directement vécue en tant que patiente, avec une pose de DIU « traumatisante ».
Ces expériences tendaient en effet à freiner ces médecins à réaliser ce geste de la pose.

3.2.2 Expériences entendues

E1 : « […] elle a 38 ans, et qui m'a dit euuu « Non non moi je veux pas le stérilet parce que autour de moi tout le monde, toutes les femmes sont tombées enceintes ». »
E6 : « y'avait un gars de, euuuu je sais plus son nom, il mettait des stérilets à l'insu des patientes. Il… C'est extraordinaire, mais euuu ça a réglé beaucoup de problèmes. […] ils recevaient les dégâts des stérilets. Tu vois les, les infections tout ça, donc ça m'a pas motivé pour faire, je me suis dit peut être que je vais laisser au spécialiste.»
E12 : « C'était dans, dans mes cours et, et, peut être plus par rapport au DU, quand, on en a plus parlé à ce moment là de, parce que finalement y'avait, y'avait d'autres médecins en formation qui, qui en posaient déjà. Ils, ils ont pas attendu le DU forcément pour, pour form' les poses de stérilets. Et mais y'en a qui racontaient leurs histoires quoi, puis forcément on raconte que, que des trucs qui ont posaient problème donc, même moi une seule fois c'est bon j'ai pas envie du tout quoi de vivre ça. »

Les expériences entendues étaient souvent négatives, que ce soit dans l'enseignement ou provenant

des confrères, comme les complications liées à ce contraceptif et des effets secondaires rapportés. Les patientes aussi, exprimaient fréquemment, selon eux, une mauvaise tolérance.

3.3 Accessibilité à ce contraceptif et à la pose en tant que médecin généraliste

E1 : « non c'est pas un acte spé euuu je pense que c'est, c'est tout à fait gérable. Mais c'est pas non plus effectivement anodin. […] j'ai pas souvenir que ça soit un acte si compliqué que ça […] je suis resté un peu sur cette habitude de déléguer, euuuuuuu ce que j'imagine font pas mal finalement les généralistes. »
E2 : « […] je trouve que ce n'est pas un geste anodin entre guillemets […] je trouve que c'est un peu invasif […] c'est des gestes qui, à mon avis, sont pas très compliqués […] je crois que c'est uniquement le frein. C'est le côté technique, j'avoue que je suis pas, j'ai pas la patience. »
E4 : « […] mise à part le côté difficile de la pose, parce que je pense que c'est pas évident de ce que j'ai pu comprendre […] « Ça vous parait un geste compliqué ? » - « Non il est pas compliqué, je crois […] »
E5 : « […] traditionnellement avec la Pozzi, avec un gynéco qui en général est un hyper spécia', un hyper technicien et qui a pas mis la femme en condition, je trouve ça assez barbare. »
E6 : « Alors, le geste de la pose, c'est simple. »
E7 : « […] je pense que c'est faisable, euuuu encore une fois nnnnnee, enfin c'est faisa', c'est tout à fait faisable. […] Moi je me sentais moins légitime qu'un gynéco pour le faire. »
E8 : « Du coup, alors ton avis, même si tu en as pas vu, sur la technicité de la pose, qu'est ce que tu en penses ? » - « J'en pense c'est que c'est pas sorcier. » - « Ouais. » - « Enfin ça a pas l'air sorcier. […] y'a énormément de gens qui ne vont jamais voir le gynéco et on est le premier interlocuteur, voir le seul interlocuteur pour, pour la plupart […] »
E9 : « Ba le geste je trouve que c'est assez simple […] »
E10 : « […] je trouve ça assez technique […] »
E12 : « […] il faut être bien formé à la, à la bonne technique hein mais bon, si, si on est bien formé je pense qu'il n'y pas de raison qu'on le fasse pas. […] le geste à mon avis, il est pas très compliqué hein. »
E13 : « […] ce côté euuuuuuuuu invasif de, de, du geste, 'fin invasif, 'fin pour moi c'est assez, c'est assez, assez invasif, euuuummm c'est pas quelque chose avec lequel je suis très à l'aise. »

Tous voyaient le geste de la pose du DIU comme possible et accessible au médecin généraliste traitant. Seulement, ces médecins déclaraient aussi trouver ce geste « invasif », « technique » et

« non anodin ». Une majorité exprimait le fait qu'ils pensaient que ce n'était pas non plus un geste compliqué. Il existait une contradiction entre le caractère technique et invasif du geste et son accès pourtant envisageable par ces généralistes.

3.4 Le manque d'intérêt

E2 : « […] je suis pas attirée tellement par euuu la technique, dans ma, ma façon, d'exercer […] j'ai pas forcément envie d'investir dans cette formation là, j'ai d'autres choses qui me passionnent plus. »
E3 : « Parce que c'est vrai là je, c'est plus une priorité on va dire. »
E4 : « Non, non non. Ça me branchait pas. » - « C'était pas quelque chose qui vous intéressait ? » - « Non, les frottis, tout ça, c'est pas trop mon truc ouais. » - « Le côté gynéco ? » - « Ouais bof, ouais. » […] Les gestes techniques de gynéco m'ont jamais trop branché […] »
E6 : « […] le stérilet je suis pas trop, trop emballé, et j'ai, j'ai pas forcé à apprendre. […] je conseille les femmes et je lui dis « Bon ba faites avec des, des gens qui sont plus motivés »
E8 : « […] j'ai pas d'affinités particulières pour ça et du coup, je ne fais pas l'effort de, j'ai pas l'effort jusqu'à maintenant en tout cas de, d'aller me former plus que ça […] je sais pas quel est le terme exact mais par… Par procrastination. »

Certains généralistes ont exprimé le fait de ne pas être intéressés par ce geste, souvent pour des raisons diverses : manque d'intérêt pour la gynécologie, aspect chronophage associé...
Sur les cinq médecins ayant déclaré un manque d'intérêt, quatre étaient des hommes.

4/ Les freins liés au geste de la pose de DIU

4.1 Le frein matériel : nécessité d'un équipement spécifique au cabinet

E1 : « […] il y avait une espèce de juridiction par rapport au fait de ce qu'il fallait avoir comme matériels, pas de de réa, pas d'oxygène lorsqu'on pose un stérilet […] j'ai gardé ce truc en tête. Que il faut avoir du matériel de réa enfin oxygène machin, je sais plus quoi pour intervenir si jamais il y avait une hémorragie ou… Bon et résultats euuu ba forcément quand tu entends ça, ça te euuu ça te met pas enclin à te dire « Ba si si il faut que j'en pose quand même ». […] il faut avoir une bonne table euuuu et résultat euuu ma table en est un signe hein ! J'ai pas de table euuu j'ai

pas de table gynéco. »

E2 : « Moi ça me dérange, si il y a un malaise vagal ou quoi que ce soit, il faut de l'oxygène […] dans un cabinet médical où on est pas, on est pas vraiment, enfin je trouve que l'environnement n'est pas suffisamment pour moi euuuu médical. »

E4 : « […] il faut un milieu sécurisé et sécurisant. […] je crois qu'il faut savoir faire une perfusion, tout ça, donc j'ai pas tout ça […] Pourquoi pas un chariot de réa, tu vois – Rires. »

E5 : « […] pendant nos études on nous a dit « Y'a toujours le risque du malaise vagal et il faut la bouteille d'oxygène, il faut tout un dispositif » euuu et je sais pas exactement ce qui faut, et moi alors dès qu'il y a des trucs en plus, laisse tomber ! […] quand je l'ai appris, moi la pose de stérilet ça avait l'air d'être euuuu un truc où euuuu… Presque il fallait l'adré' quoi ! - Rires. »

E11 : « Alors le geste en lui même, puisse que moi je fais des frottis, ne me dérange pas, mais par contre c'est la, c'est la pose, ne pas pouvoir, 'fin moi j'ai pas d'échographe, ne pas regar', ne pas pouvoir voir où est ce qu'il est »

E12 : « […] j'ai arrêté pour quelle raison c'est que euuuu je crois qu'il y avait des problèmes euuuuuu y'avait des problèmes d'ordre, d'ordre médico-légal en fait hein. C'est à dire que il fallait avoir de l'oxygène au cabinet […] y'avait quelque chose qui m'avait, qui m'avait, qui m'avait un peu, hum, qui, qui m'avait rendu un peu réticent, euuummmm dans le temps, c'était, c'était que les in', les instruments qu'on utilisait hein. Parce que c'était des instruments en, en métal donc il fallait les stériliser, c'était, c'était tout un bordel quoi

E13 : « […] c'était pas très adapté mon, d'abord parce que j'ai une table, j'ai pas une table gyn', de gynéco, j'avais, on avait des étriers à l'époque, 'fin qu'on mettait sur la table là, mais c'est, c'est, c'était pas une table qui cassait. Donc c'est un peu sport quoi […] le fait qu'on ait pas d'écho. Parce que là du coup, moi j'ai pas d'appareil d'écho euuuuu ça c'est, c'est, c'est, ba je trouve que c'est pas super pratique pour nous en tant que généraliste parce que tu peux pas être sûre par rapport à cette, à cette distance là et, et puis après tu, surtout tu peux pas vérifier tout de suite derrière. Ça c'est quand même hyper confortable je trouve de pouvoir vérifier que ton geste il est ok quoi»

Cette réticence était majeure chez les médecins interrogés, surtout chez les plus âgés. Ils gardaient à l'esprit l'obligation d'avoir de l'oxygène, de quoi perfuser mais aussi de l'adrénaline. E1 et E13 expliquaient aussi la nécessité d'avoir une table gynécologique adaptée. E12, lui, était freiné par la nécessité d'une stérilisation des instruments pour la pose de DIU. Certains déclaraient être freinés par la non accessibilité directe à l'échographie en post-pose de DIU (E11, E13).

4.2 Les complications de la pose de DIU

E1 : « Je crois qu'on garde toujours un peu cette idée du risque euuuuu de perforation, de… Voilà de mal le poser euuu qui qui, voilà tout simplement de mal le poser. »
E4 : « Je sais que quand ça se passe mal avec les malaises vagaux, ah il faut savoir, faut être habitué […] »
E5 : « […] quelque chose où il pouvait y avoir des soucis secondairement donc euuuu, ça m'a bien refroidi moi, ça m'a bien, voilà. Je trouvais ça anxiogène pour moi. »
E6 : « […] quelque chose où il pouvait y avoir des soucis secondairement donc euuuu, ça m'a bien refroidi moi, ça m'a bien, voilà. Je trouvais ça anxiogène pour moi. »
E7 : « […] pendant le DU, on nous a quand même dit « Attention, il peut y avoir des gros malaises vagaux, etc. »
E13 : « […] si elle te fait un malaise, la dame, 'fin je trouve c'est compliqué de gérer ça toute seule, toute seule […] j'avais psychoté, j'avais imaginé que ça aurait pu être compliqué si y'avait eu le moindre problème, que la dame ne se sente pas bien, que, que je sais pas quoi, que ça saigne, qui est un problème particulier […] la perforation ça c'est un truc vraiment qui me stresse beaucoup. »

La majorité des médecins interrogés avaient conscience de la rareté des complications, mais n'en étaient pas moins anxieux. Malgré les connaissances, ils déclaraient avoir souvent entendu par des confrères ou lors de leurs études, vu à l'hôpital ou vécu par des patientes, des événements marquants de poses compliquées pouvant expliquer leur réticence actuelle à ce geste.

4.3 La douleur à la pose

E3 : « […] y'a quand même des retours de patientes qui disaient que des fois elles se, ça se passe pas forcément, en fait c'est pas, c'est pas particulièrement agréable [...] »
E4 : « Je voyais les patientes qui, qui étaient en gérance quand même. Quand je mettais le spéculum et tout, j'ai dit bon aller j'arrête parce que…C'est pas trop fait pour moi, ouais. »
E5 : « J 'ai confirmé que ça pouvait faire mal – Rires […] Alors je fais pas d'hypnose mais voilà moi je suis preneuse de tous ces outils là pour qu'il y ait zéro douleur […] j'ai l'impression que c'est la Pozzi qui est affreusement douloureuse mais si ça se trouve c'est juste le passage du col qui est douloureux . »
E6 : « Faut pas faire mal hein, oui, non non. Non moi les, même je met, je met les anti-, les anti-

douleurs […] »

E7 : « […] ce qui me posait le plus de soucis en fait c'était la, la, l'orientation du spéculum. J'ai peur de faire mal au moment où je pose le spéculum. »

E10 : « […] j'ai l'impression que c'est quand même un, un acte qui peut être un peu douloureux ou un peu traumatisant […] c'est de faire mal à la patiente en fait. C'est que j'ai pas envie de lui faire mal. »

E11 : « je me dis que ça va peut être faire mal à la pose. »

E13 : « […] ouais j'ai vraiment l'impression que c'est plus sur le frein de la pose, de la potentielle douleur. »

Si c'est un frein pour les patientes à l'accès à ce contraceptif, il l'était aussi chez les médecins. Ils signalaient facilement que c'était un acte douloureux. La nulliparité, selon eux, augmenterait aussi cette sensation de douleur et renforcerait ce frein à le proposer/poser.

4.4 Absence de pratique régulière et répétition du geste de la pose

E1 : « […] pas suffisamment répété entre le moment où on a pratiqué et le moment où on remet, on se remet en action pour que je me sente à l'aise à le faire. […] il faut répéter les choses pour savoir les faire [...] »

E3 : « […] je pense que c'est un geste, enfin comme tout les gestes, il faut en faire pas mal […] Que ce soit un geste qui soit pratiqué souvent pour euuu pour être quand même plus à l'aise. »

E8 : « […] comme n'importe quel geste de toute façon, même enlever un implant sur un patient obèse, on peut y passer une demi heure et suer du front pendant, pendant 20 minutes hein c'est sur hein ! Quand on a pas, quand on en a pas enlevé 500, voilà. »

E9 : « […] je pense que c'est mieux d'en, d'en faire quelques uns de temps en temps quoi, pour, pour garder la main, je pense. »

E10 : « […] c'est un geste quand même, moi je trouve ça assez technique hein mine de rien voilà, je pense qu'il faut vraiment de l'entrainement. »

E11 : « […] les gestes un peu techniques, si on les pratique pas régulièrement, ça devient pffff presque ouais, non pas, oui dangereux même pour la personne, ouais. »

E13 : « […] et puis comme j'en pose plus, comme j'en pose plus après t'oublies aussi, t'as, t'as plus le, t'as plus l'habitude […] un truc que tu fais hyper rarement, pffff moi ça me, ouais ça me met, ça me stresse trop. »

Là encore, on retrouvait le frein du manque de pratique régulière et de l'expérience. La pose du DIU, considérée comme un geste technique et souvent comparée avec les sutures ou pose de drain/cathéter ou même pose d'implant, nécessitait pour beaucoup l'entrainement nécessaire. La répétition de l'acte était synonyme de maîtrise et d'un maintien de compétences. Cela limitait leur anxiété. Cette réticence était très souvent citée, notamment chez les médecins ayant été formés et/ou ayant posé à un moment donné des DIU.

4.5 Geste chronophage

E2 : « […] il faut que ça aille vite quand même quoi. Tu vois, je vais pas y passer des heures […] »
E3 : « […] au début je m'étais dit que je le ferai et puis c'est vrai que… C'est, c'est le temps. »
E7 : « […] si je veux mettre en position gynéco, j'ai 5 minutes de préparation, euuuuu voilà et, et du coup en fait faire ça, en plus de tout le reste […] ça va me bloquer une demi heure, trois quart d'heure, le temps que j'installe tout euuu, voilà on s'installe on pose euuuuu je remet tout pour la consultation suivante, etc. »

La notion de temps a été quelques fois abordée par les médecins. Pour certains, ce n'était pas un facteur qui les freinait, mais pour d'autres cela restait trop chronophage. Ils désignaient aussi la notion de *devoir faire un choix* devant le nombre de consultations et motifs quotidiens (E2, E6, E7).

4.6 La rémunération basse

E11 : « […] j'ai plus besoin de, même, même si la cotation est plus importante, et encore elle est, voilà, c'est pas énorme […] la rémunération, elle est pas énorme pour poser un stérilet. »

E11 avait évoqué le sujet de la rémunération qui reste relativement basse. En tant que médecin généraliste, l'acte restait moins rémunéré que pour le spécialiste.

4.7 L'assurance et le risque procédurier

E11 : « J'ai dû en poser pendant, pendant 10, 15 ans et maintenant j'en pose plus - Rires » - « D'accord. Par rapport à ces deux expériences ? » - « Hum, ba en fait c'est surtout par rapport à la procéduri... Je sais pas comment on dit, les gens, y'a, y'a de plus en plus de procédures donc euuuu

tu, tu te dis que si jamais ils ont, y'a un problème, y'a bien quelqu'un qui va finir par porter plainte, et puis c'est bon quoi. »

E11 déclarait être freiné par le risque de poursuites judiciaires en cas de complications. Ce médecin avait notamment signalé qu'une assurance professionnelle était nécessaire si on posait les DIU. D'autres citaient l'aspect médico-légal au niveau de l'équipement matériel.

5/ Les freins liés au contexte médico-environnemental

5.1 L'offre de soins, avantageuse à la Réunion

E1 : « On est à 10mn des, tu descends 10 minutes un quart d'heure et tu es chez un spé […] »
E2 : « […] je me dis, de toute façon y'a les, y'a des gynéco qui posent, des sages femmes qui posent euuu, j'ai pas forcément envie d'investir dans cette formation là […] »
E6 : « […] comme y'avait d'autres qui faisaient mmmm, moi ça me déran', ça me dérangeait pas […] Si y'avait pas eu de gens qui posent, tout ça, moi je m'y serais mis. »
E7 : « […] y'a un gynéco à 10 mètres et que, comme je vous disais, j'en ai au moins 6 dans le quartier […] je suis pas du tout isolée sur le plan géographique […] les délais de consultation sont de 4 à 6 semaines, ce qui a rien de choquant [...] »
E8 : « Et puis euuu y'a tellement de gens autour de moi qui le font que peut être aussi voilà. »
E9 : « […] je pense que y'a des gynécos qui sont, y'en a plusieurs au Tampon, y'a la clinique Durrieux en plus là où y'a, y'a pas mal de gynéco, donc euuuu je pense c'est peut être pour ça aussi qu'on en voit pas énormément. »
E11 : « […] ça sert à rien de se stresser la vie pour, pour poser un stérilet, alors que j'appelle, si la patiente a ses règles, le lendemain elle va poser son stérilet quoi hein. » - « Oui. D'accord donc y'a aussi la facilité de prise en charge par le spécialiste… » - « Ouais. »

Les généralistes questionnés avaient, pour beaucoup, la tendance à déléguer grâce à la présence proche d'un ou plusieurs gynécologues-obstétriciens avec un délai d'attente déclaré raisonnable.
L'offre de soins participait à leur désintérêt pour la pose de DIU à leur cabinet.

5.2 Une faible demande des patientes

E1 : « J'aurais eu encore des demandes « Ah bon, c'est dommage que vous ne posiez pas… » je j'aurais vu ça comme un manque, dans mon exercice professionnel. »
E3 : « […] c'est assez rare qu'elles demandent des questions sur le stérilet même. […] Au début, je m'étais dit que je me formerais et puis en fait, avec le temps, je… Pfff j'en vois pas particulièrement la nécessité. »
E6 : « […] les femmes sont pas très demandeuses. »
E8 : « […] beaucoup de femmes qui ne viennent pas nous voir pour ces questions là donc euuu on est pas tellement confronter au quotidien à des demandes de cet ordre là. »
E12 : « […] la dernière qui est venue pour des dispositifs intra-utérins, déjà ça remonte à pas mal de temps hein. »
E13 : « […] je ne crois pas avoir eu une jeune qui vient me dire, une jeune sans enfant, qui vient me dire « Ba je voudrais poser un stérilet ». Ça je crois que ça m'est jamais arrivé. »

La moitié des médecins déclarait ne pas avoir trop de demandes de pose de DIU par les patientes. Dans ce contexte, ceux-ci estimaient qu'il n'était donc pas nécessaire de se former.

D/ Des solutions de « décontruction » des réticences évoquées lors des entretiens

E5 : « Maintenant si on me dit que en faisant la méthode « Torpille » euuuu hypnose machin, y'a pas de douleur, du coup y'a plus besoin de tout, tout ce, tout ce Ramdam autour, ok. […] mon mari fait sans la Pozzi aussi, donc je n'voilà et visiblement ça se passe beaucoup mieux comme ça, et puis après l'hypnose. Dernièrement ma gynéco qui me dit « Oui oui oui mais moi je les pose sous hypnose et ça se passe très bien. »
E9 : « […] y'a eu un, un gynéco là de St Pierre ouais qui a fait une étude lui, sur les, sur la pose de stérilet sans, utilisait sans pince en fait, pour éviter de, de blesser le col […] je l'ai vu son, son article là, et j'ai trouvé ça vachement bien. »
E8 : « […] je viens de m'inscrire à une formation justement là… UFMC en gynéco là donc euuu, on va essayer de se plonger un peu dedans. » - « Aaahhhh d'accord. Pourquoi ? Envie ou parce que

de la demande ou… » - « Ba envie euuuu, envie de, d'être un peu plus compétent ouais. C'est vrai que là y'a pleins de questions qu'on me posent où je suis pas, je suis pas très carré quoi donc euuuu envie, ouais, envie d'approfondir un peu les choses. »

E10 : « […] on en posait pas encore, parce qu'en fait je compte, j'aimerais bien en fait m'y mettre en fait, euuuuuu à en poser […] j'ai envie de m'y mettre maintenant que je suis installée […] Donc je vais y aller par moi même pen', pendant ses consultations à lui en fait.

E11 : « […] peut être qu'il faudrait que je retourne - Rires - me reformer pour mettre. Non, je, je le ferais avec appréhension, et euuuu j'ai franchement plus envie de me stresser quoi. […] « Si mettons demain, donc vous refaites une formation et demain, vous avez une échographie dans le cabinet. Est ce que vous pensez que vous pourriez en reposer ou non ? » - « … Pfff alors faut, ça veut dire qu'il faut que je me forme, que je me reforme à la pose du stérilet, et surtout il faut que je me forme à, à l'échographie, ça va faire beaucoup de choses là hein ! »

E12 : « […] moi j'aimerais bien refaire une formation hein ! Si je peux refaire une formation, moi je, je me disais bien, j'y retournerais bien à l'hôpital […] j'ai un échographe en plus, donc euuu ba je peux contrôler tout de suite, tout de suite si c'est bien posé, mal posé, enfin tout ça, et puis euuuu ouais, non ça m'intéresse bien […] « Ça te rassurerait du coup ? » - « Oui bien sur oui ». »

E13 : « il faudrait que je revois mon bureau hein, pour euuu, pour que je le fasse mais bon, j'ai un peu la flemme – Rires […] je me disais est ce que, par exemple, je me rachète une, je m'achète une table gynéco ou pas […] probablement que je ne chercherai pas à trouver des solutions pour, pouvoir en reposer. 'Fin je crois, peut être que… Je te dirais hein si j'ai changé d'avis mais euuuu pour l'instant non, je crois pas […] après qu'est ce qu'on pourrait faire de plus, ça, ça, ça serait d'avoir un appareil d'écho […] Ah là je pense ça, ça pourrait, oui, ba on parlait de, de quelles stratégies ba pourquoi pas oui, mais là ça demande un, un investissement »

Après identification des réticences, on a cherché à évaluer la réversibilité de celles-ci. Schématiquement, on retrouvait plusieurs pistes citées par les médecins :

- Une formation suffisante à la pose, théorique et surtout pratique
- Un équipement matériel optimal et un environnement sécurisant pour la pose
- Des solutions de lutte contre la douleur : la pose de DIU sans pince de Pozzi, l'hypnose, le détournement de l'attention.
- Des méthodes de pose de DIU moins techniques et rapides pour le médecin.
- Un accès facilité à l'échographie afin d'évaluer la bonne position du DIU et limiter les déplacements et/ou complications.

IV. DISCUSSION

A/ Mes *a priori*

Cette étude qualitative était mon premier travail de recherche. Lorsque j'ai débuté les entretiens semi-dirigés, je ne connaissais pas grand chose à la recherche qualitative. Durant mon cursus médical, j'avais l'impression de voir plutôt des études quantitatives. Seul hic, mon sujet et ma question de recherche ne collaient pas avec une étude quantitative et était beaucoup plus pertinente en exploration qualitative. J'aimais mon sujet et je me suis donc lancée dans l'apprentissage de la recherche qualitative.

Au début, il faut comprendre qu'il y a toute une méthodologie à respecter, un caractère humain essentiel lors des entretiens, un long travail de retranscription. Les premiers entretiens étaient difficiles par manque d'expériences, souvent dans l'hésitation lors des interrogations et mal à l'aise. J'avais des difficultés à poser des questions ouvertes, à laisser des « pauses actives » et à user de questions de relance. J'ai commencé à réaliser un canevas d'entretiens au bout de la 5ème entrevue, sous les conseils de mes pairs afin de m'aider à rester sur mes thématiques et mon objectif. Au cours de l'étude, il a été continuellement ajusté, amélioré en fonction de chaque entretien, avec l'aide de mon directeur de thèse, afin d'avoir une meilleure validité interne. Des thèmes ont été crées et modifiés en fonction de l'entretien précédent.

Ceci m'a permis de progresser en tant qu'investigatrice et d'améliorer la qualité de mon travail de thèse.

Avant de commencer ce travail, j'avais de nombreux *a priori* et idées reçues. Je pensais notamment que le sexe masculin des médecins pouvait être un frein pour eux comme pour les patientes à l'accès à la pose de DIU et à la gynécologie en général. Mais je n'ai pas retrouvé ce frein chez les médecins hommes interrogés malgré mes questions explicites sur le sujet. Certains même m'ont déclaré que quelques patientes préféraient avoir un médecin gynécologue homme. Une étude réalisée par Olivier LANNE montrait également que le sexe masculin n'était pas un problème pour les patientes (93). Par contre, le frein du manque d'intérêt pour le domaine de la gynécologie est principalement retrouvé chez les généralistes hommes interrogés.

Je pensais aussi que les freins seraient différents de ceux identifiés en France métropolitaine de part les variances culturelles et ethniques. Hors, la plupart des médecins n'identifient pas de franche différence selon les patientes et mon étude retrouve la majorité voir la quasi-totalité des freins déjà

identifiés lors des études qualitatives réalisées en métropole.

B/ Résultat principal

L'objectif de cette étude qualitative était de prendre connaissance de l'opinion des médecins généralistes réunionnais sur le DIU chez ceux n'en posant pas/plus à leur cabinet médical. La question principale de recherche, pour rappel, était l'identification de leurs réticences à la prescription/pose de DIU. Les origines de ces réticences ont transparu via leur identification, notamment le manque de formation et *a priori* des médecins liés à leur cursus médical et les expériences négatives vécues ou entendues.
Sur l'identification des freins, nous avons obtenu des résultats attendus similaires à ceux retrouvés sur d'autres travaux, mais aussi des résultats surprenants et inattendus.

1/ Le DIU : représentations autour de ce contraceptif

L'opinion générale déclarée est unanimement positive et favorable au DIU chez les médecins interrogés. De nombreux travaux et études qualitatives le démontrent : les médecins généralistes ont un avis positif sur ce moyen de contraception (16, 36, 84, 85).
Cependant, nous avons identifié des freins encore très présents autour de ce DIU.

Tout d'abord, l'usage du terme « stérilet », encore très archaïque. Ce terme datant des années 70 aux USA renvoie une image de « stérilité ». Le CNGOF, l'OMS et l'HAS, préfèrent l'utilisation du terme « DIU » plutôt que « stérilet », et ce depuis les années 2000. Ils insistent sur l'aspect irréversible que renvoie ce terme aux patientes. Pourtant, il perdure encore aujourd'hui comme le montre aussi le travail de thèse du Dr CAVARO-ASCHEHOUG (16). En réalisant un focus-groupe afin d'évaluer les représentations des médecins généralistes sur le stérilet, celle-ci fait le même constat.
Utilisée aussi par les médias et sources d'information sur internet, cette expression limite probablement encore les patientes, et notamment les jeunes femmes, à l'accès à ce contraceptif.

L'un des gros freins retrouvé dans notre étude était les croyances des médecins autour de ce contraceptif, aussi lié à la vision et aux représentations du DIU par leurs patientes. Certains

médecins ont appuyé le risque majoré de GEU (E1, E6). On retrouve cette méconnaissance dans beaucoup d'études et notamment au niveau international. En Angleterre, une étude de 2011 montrait que 23 % des médecins généralistes pensaient que le risque de GEU était plus important sour DIU au Lévonorgestrel (86). Dans l'étude qualitative récente de Igor MOSKALYK en 2017 (80), cette méconnaissance du DIU est encore bien présente, tout comme dans les travaux de Pauline RIVIERE en 2014 (87) et de Maëlle FONTAINE en 2013 (37) qui mettent en évidence des croyances de risque majoré de GEU ou de MIP.
Pourtant, le CNGOF en 2000 ainsi que la HAS et l'OMS en 2013 insistent sur le risque plus faible de GEU par rapport à la population générale. L'antécédent de GEU n'est d'ailleurs pas considéré comme une contre-indication absolue à l'usage d'un DIU.

Dans notre étude, d'autres médecins déclaraient qu'ils ne le proposaient pas à certaines patientes selon leur « profil » ou qu'ils pensaient que ça ne leur conviendrait pas (E2, E10).
Dans de nombreuses études évaluant les informations reçues par les patientes sur le DIU, un certain nombre, souvent des nullipares, déclarait d'ailleurs ne pas avoir reçu d'information claire sur le DIU, voir était déconseillé par leur médecin généraliste (23, 88). Selon l'étude qualitative d'Alexia FOURNIER en 2014, les femmes interrogées avaient reçu plus d'informations sur le DIU par leur entourage que par des professionnels de santé (81). La désinformation via certains sites internet et médias pourraient aussi accentuer les réticences des patientes à en discuter avec un professionnel de santé et à l'essayer.
Avec l'étude de FLEMING, nous avons constaté que le facteur prépondérant à l'intérêt et au choix de ce contraceptif était le fait d'avoir reçu une information sur le DIU (2,7 fois plus de chance d'être intéressée par le DIU) (26). De même, l'étude CHOICE ainsi qu'une enquête américaine réalisée en 2012 corroborent ces constats : augmenter l'information sur les LARC et notamment les DIU pourrait augmenter l'adhésion à ce moyen de contraception.
En 2007, l'INPES déclarait en campagne grand public : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». En 2013, la HAS rappelle aussi l'importance d'un temps de consultation dédié à l'explication des différents moyens de contraception sous forme de « counseling », en respectant le modèle BERCER (8, 17, 18).
En novembre 2017, est apparue avec la revalorisation des tarifications des consultations de médecine générale, une cotation pour la première consultation de contraception et prévention chez les patientes mineures. Passée comme consultation « spécialisée », cotée CCP, elle est rémunérée à 46 euros et incite le médecin généraliste à réaliser une consultation dédiée et à optimiser le conseil contraceptif auprès des adolescentes.

La vision du DIU comme « corps étranger » est elle aussi pourvoyeuse de réticences chez les patientes comme chez les médecins généralistes. Dans notre étude, certains médecins déclaraient que cette notion de corps étranger était le frein principal de leurs patientes à adhérer au DIU (E1, E2, E5). Pourtant, une partie de l'échantillon signalait que cette notion était subjective. En effet, E1 soulignait le fait que la contraception orale hormonale est elle aussi un corps étranger mais « chimique ». A l'inverse, E6 pensait que la contraception orale paraissait moins intrusive pour les patientes. Une enquête descriptive menée auprès de 150 patientes en 2014 en Seine-et-Marne retrouvait que 35 % d'entre elles étaient freinées par la peur du corps étranger et de son rejet par leur corps (89). De même, la thèse de GUILLOTEAU G. et GUYOMAR M. retrouvait cette réticence chez les médecins généralistes et gynécologues, surtout pour les nullipares (22).
L'étude de FLEMING, là encore, en interrogeant des patientes de 14 à 27 ans, majoritairement nullipares, mettait en évidence comme frein principal à l'accès à ce contraceptif, l'idée d'avoir un corps étranger (46 % des patientes) (26).

Nous pourrions penser, au vu des données de la littérature actuelle, même à l'international, qu'une information claire et complète, lors de consultations dédiées avec des professionnels de santé bien informés, en utilisant la méthode du « counseling », augmenterait l'accès et la compliance des patientes à utiliser le DIU comme contraceptif. Une lutte contre la désinformation des patientes et la méconnaissance des médecins généralistes permettraient aussi une meilleure orientation contraceptive des patientes.

2/ Les médecins généralistes

2.1 Un manque de formation initiale et continue

Depuis 2004, la réglementation du DES de médecine générale impose la réalisation d'un stage de gynécologie et/ou pédiatrie de 6 mois au cours de l'internat. Hors, une bonne partie des internes n'ont pas accès au stage en gynécologie et ressentent un manque de formation en gynécologie dans leur cursus d'apprentissage en tant que médecin généraliste. C'est le cas notamment des internes interrogés lors du travail de thèse de BARANGER-ROYER Lise en 2011, dont la moitié déclaraient ne pas avoir fait de stage en gynécologie (38).

Dans notre étude, neuf médecins sur 13 avaient réalisé un stage en gynécologie-obstétrique mais seulement trois médecins avait appris à réaliser la pose de DIU durant son stage (E1, E9 et E11). Trois des neuf médecins, soit 1/3 n'avaient réalisé qu'un stage d'obstétrique en salle d'accouchement. Il s'est avéré que c'était les médecins les plus âgés de l'étude (E2, E6, E12). Cela peut s'expliquer avec le fait que les médecins généralistes pratiquaient les accouchements à domicile à une certaine époque et que cette formation était essentielle. Un autre médecin signalait n'avoir fait que les urgences gynécologiques sans voir le geste de la pose pratiqué (E10), et enfin un autre déclarait n'avoir fait que les suites de couche et n'avoir pas été suffisamment formé en gynécologie de façon globale (E5). Pour ceux ayant posé au moins une fois un DIU durant leur cursus médical, tous signalaient n'en avoir posé que très peu et/ou en présence, voir avec assistance d'un gynécologue. Seul E9 avait continué à pratiquer la pose de DIU en dehors du stage de gynécologie car il avait aussi été formé à la pose par son maître de stage de niveau 1 qui en posait régulièrement. Pour les autres médecins interrogés ayant pratiqué la pose *a posteriori*, la quasi-totalité avait réalisé le DU de Gynécologie médicale (E7, E11, E13). Seul E12 déclarait s'être formé « sur le tas » en réalisant des FCV, pose de DIU en cabinet médical sans avoir été formé préalablement.
La thèse de Maëlle FONTAINE montrait aussi des résultats similaires, avec une majorité de médecins qualifiant leur formation initiale en gynécologie d'insuffisante voir inexistante (37). Dans l'étude FECOND, seulement 29 % des médecins généralistes considéraient que leur formation à la pose de DIU était suffisante (6).
En 2013, le manque de formation faisait partie des principaux freins à l'accès et au choix du DIU par les médecins généralistes selon la HAS (20).

Malgré parfois une formation complémentaire adaptée, celle-ci semble être insuffisante car ce qui ressort de notre étude est surtout un manque de pratique plus qu'un manque théorique. En effet, de nombreux médecins me déclaraient que ce geste n'était pas, à leur sens, suffisamment répété et pratiqué pour être maîtrisé et sécurisant. Là aussi, selon une étude de 2012 en Vendée, le premier frein à la pose serait le manque de pratique associé aussi à une demande insuffisante (voir ci-après) (90).

Hors, dans cette même étude, 42 % des médecins généralistes interrogés déclaraient qu'ils accepteraient d'en poser s'il étaient formés.
Selon une étude publiée en 2002 dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, une formation adaptée ne montrerait pas de différence de compétence entre médecins

généralistes et gynéco-obstétriciens dans la pose de DIU (91).
L'étude comparative de Betty KUNZE montrait aussi l'effet bénéfique d'un atelier de formation à la pose de DIU, notamment chez les médecins ne posant pas de DIU avant cette formation (39).
L'étude de Fanny LAMIRAULT réalisée dans le Languedoc-Roussillon avait aussi montré qu'une formation post-universitaire favorisait 4 fois plus la pratique de pose de DIU que la formation initiale seule (96).

La formation pratique initiale et continue des médecins généralistes à la pose de DIU pourraient, au vu des connaissances actuelles et des résultats de notre étude, enrichir le discours porté sur le DIU par les généralistes. Elles permettraient de favoriser leurs connaissances sur ce dispositif afin d'améliorer aussi les informations données aux patientes lors du discours contraceptif et pourraient augmenter la prescription/pose de ce contraceptif pour celles-ci en cabinet de ville.

2.2 Les expériences entendues ou vécues

Tous les médecins interrogés dans notre étude avaient au moins une anecdote entendue ou même vécue à raconter. Celles-ci étaient toutes en défaveur du DIU : grossesses sous DIU, MIP, malaises vagaux... La quasi-totalité décrivait des expériences racontées par des confrères ou des patientes, voir durant leurs études. Les grossesses sous stérilet avaient été vécues par trois des 13 médecins interviewés (E9, E10, E11). L'un d'entre eux m'avait déclaré que le DIU était en voie d'expulsion au moment du constat du début de grossesse. Aucun ne m'avait déclaré de grossesse extra-utérine par ailleurs. La crainte de grossesse comme effet indésirable reste une crainte pour les médecins généralistes selon des données de la littérature (16, 37, 94).
Malgré tout, l'ensemble des praticiens de l'étude n'ont pas pour autant, remis en doute l'efficacité de ce contraceptif. Les travaux évaluant l'opinion des médecins généralistes sur l'efficacité du DIU retrouvaient aussi ce même constat (22, 36, 85). Rappelons que l'efficacité de ce contraceptif reste bonne selon l'indice de Pearl (de 0,2 pour le DIU au Lévonorgestrel, à 0,6 pour le DIU au cuivre).
L'argument phare retrouvait dans notre étude, appuyant son efficacité théorique et pratique, était l'observance des patientes. Là aussi, la thèse de Ramsey GONTHIER (84) et de Maëlle FONTAINE (37) retrouvaient cet argument majeur, marquant son atout face à la pilule oestroprogestative.

Dans nos entretiens, un médecin avait directement vécu une mauvaise expérience sur deux poses de DIU différentes ; la perforation utérine. (E11) Ce praticien avait d'ailleurs arrêté de poser des DIU suite à ces deux incidents, décrits comme « l'ayant refroidi ».

Ce risque, pourtant très rare, est cité et redouté par la majorité des médecins de l'étude. Même si ce risque est bien souvent surestimé par les professionnel de santé, comme le déclarait la HAS en 2013 lors de son état des lieux sur les freins à l'accès au DIU, il serait de l'ordre de 0,1 à 3 pour 1000 selon la CNGOF, en accord avec la littérature internationale (20, 40).

Cependant, les expériences influencent nos opinions et donc notre discours envers nos patientes. L'étude FECOND de 2013 avait démontré que l'expérience personnelle du praticien influence de manière statistiquement significative sa prescription.

2.3 Un manque d'intérêt dans le domaine de la gynécologie

Certains des médecins interrogés avouaient ne pas avoir d'interêt pour la pose de DIU. La plupart déclaraient d'ailleurs que leur pratique gynécologique était limitée voir inexistante (E3, E4, E8). Nous avons constaté que la grande majorité était des hommes. L'étude d'Alice DE VERBIZIER a elle aussi fait ce même constat (101). Le genre du praticien a une influence sur sa pratique de la gynécologie comme l'a montré Audrey DELANNOY-EGLINGER (95) avec un nombre d'actes en gynécologie statistiquement plus élevé chez les généralistes femmes. Le manque d'intérêt des hommes comme la notion d'appréhension de la demande en gynécologie sont des facteurs freinant l'exercice dans ce domaine (37).

3/ Les patientes

3.1 L'âge et la nulliparité

A travers nos résultats, persistent encore des freins bien encrés chez les médecins malgré des recommandations datant de 14 ans sur les indications du DIU pour toutes les femmes, quelle que soit leur parité. Certains travaux de thèse, au départ, étayaient la théorie d'une méconnaissance des changements de recommandation chez les médecins généralistes principalement. (37, 92). L'étude FECOND en 2010 mettaient en évidence que 84 % de médecins généralistes interrogés pensaient que ce n'était pas un moyen de contraception pour les nullipares (21).

Hors des études qualitatives récentes montrent que maintenant, la grande majorité voir la totalité

des médecins généralistes connaissent l'indication chez la nullipare et la jeune femme (22, 36, 37, 80).
Dans notre étude, tous les médecins interrogés étaient au courant, depuis plus ou moins longtemps, de la possibilité de proposer ce moyen de contraception chez cette catégorie de patientes. Hors, ils affirmaient aussi, malgré leurs connaissances, orienter leur discours selon l'âge ou la parité des patientes, et ne pas souvent le proposer chez elles. E5 et E13 notamment, me déclaraient ne pas le proposer vis à vis de la douleur à la pose, pouvant être majorée chez les nullipares n'ayant jamais eu de « passage » au niveau du col. La thèse de Maëlle FONTAINE retrouvait aussi cette crainte de l'insertion difficile et douloureuse chez la nullipare (37).
Dans l'étude d'Elise REYNIER, 76 % des médecins généralistes ne le proposent pas aux nullipares en 1ere intention, 46 % parfois en seconde intention. 57 % d'entre eux pensaient que l'inconvénient principal pour la nullipare reste la tolérance de ce contraceptif (23). Beaucoup d'autres études orientées sur les nullipares ont le même constat, notamment le travail de Chloé RIEU et Marie SIBEL. Leur étude réalisée en 2015, montrait la difficulté à avoir des informations et une approbation à l'accès de ce contraceptif chez les nullipares. Toutes décrivaient « un parcours du combattant » et confirmaient l'absence d'informations données par leur médecin traitant sur le DIU alors qu'elles déclaraient ne pas être à l'aise avec leur contraception orale (88). L'étude de Sofia GALLI réalise le même constat (57).

La problématique à l'accès à une information éclairée sur le DIU chez ces nullipares ou jeunes femmes ne serait donc pas une méconnaissance des indications de ce dispositif chez ces patientes mais plutôt une persistance de craintes et *a priori* des médecins généralistes à le proposer chez elles. Le jeune âge est lui aussi associé à une intimité difficilement abordable et à l'absence d'examen gynécologique (le FCV étant recommandé à partir de 25 ans). Cette problématique est abordée dans la thèse d'Igor MOSKALYK (80) et dans celle de Margaux RIPAUD et Aurore RIALLAND (99). Cette crainte d'atteinte à la pudeur de ces patientes pourrait jouer un rôle dans les limites à proposer ce contraceptif.

Pourtant, certaines études montrent clairement qu'après information détaillée sur tous les types de contraceptif, une majorité de nullipares choisissent le DIU. L'étude CHOICE fait ce constat chez les nullipares interrogées, qui choisissent à 58 % le DIU (contre 9 % la contraception orale) (32).
De même, lorsque le médecin généraliste exprime ses compétences en gynécologie, les patientes seraient alors plus confiantes et sereines en leurs capacités, et adhérentes à leur discours (100).

Le manque d'information sur le dispositif entretiendrait aussi les nombreux *a priori* identifiés comme freins à l'accès au DIU chez les nullipares (notion de corps étranger, stérilité...). Celle-ci apparaît même dans certaines études comme frein majoritaire chez ces patientes (94, 97).

Comme développé dans l'introduction de notre étude, le counseling avec information adaptée, précise, sur l'ensemble des contraceptifs, quel que soit l'âge ou la parité des patientes, permettrait probablement de limiter les méconnaissances sur ce contraceptif et d'augmenter l'usage du DIU chez les nullipares. Les médecins généralistes sont aussi des acteurs primordiaux dans le conseil contraceptif en soins primaires.

3.2 Tolérance

La tolérance du DIU est très souvent vu comme un frein pour les médecins généralistes. Dans nos entretiens, beaucoup citent des effets secondaires/complications que ce soit lors de la pose, à court terme, ou à distance de celle-ci. Certains me citent les métrorragies sous DIU, d'autres des douleurs persistantes. Cette tolérance est souvent imaginée moindre chez les nullipares. Pourtant dans l'étude de Guicheteau sur la tolérance du DIU au cuivre, on constate un taux de continuation à 1 an chez les nullipares de 90 %, avec un taux de satisfaction de 93 % à 1 an. De même, la thèse d'Elsa CANTOS sur la comparaison de tolérance entre DIU au cuivre et DIU au Lévonogestrel réalise le même constat avec un taux de continuation à 1 an de 90,2 % quel que soit le type de DIU chez les nullipares (98).

Un article paru dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction en 2002 montrait un taux de continuité à 1 an de 82 % mais diminuant avec le temps pour atteindre 31 % à 4 ans. 63 % des patientes ne présentaient ni effet secondaire ni complication. La cause principale de retrait sur 5 ans d'exposition au DIU était le renouvellement du DIU, majoritaire après 36 mois d'utilisation, suivi des complications et du désir de grossesse (91). L'intérêt aussi de cet article portant sur des poses faites par des médecins généralistes était de mettre en évidence une absence de différence signification de ses chiffres comparativement aux autres données de la littérature qui portent sur les poses réalisées par des professionnels expérimentés comme les sages-femmes ou gynécologues-obstétriciens.

4/ Freins autour du geste de la pose

4.1 Un geste douloureux, technique et pas anodin

Nous l'avons vu plus haut, ce frein est retrouvé dans de nombreuses études. Dans nos entretiens, certains médecins évoquaient, en plus du « corps étranger », le frein de la douleur à la pose pour les patientes. Ce frein est aussi retrouvé chez les médecins, notamment dans le cadre de la pose chez les nullipares, où selon une étude parue en 2014, 39 % des médecins la craignaient. La nulliparité était assimilée à une probabilité plus élevée de ressentir une forte douleur lors du geste, justifiée par l'absence de premier passage du col (Cf nulliparité). L'étude de Sofia GALLI montrait qu'après information de la douleur à la pose et des effets indésirables du DIU, les patientes nullipares s'avèrent plus tolérantes que les patientes non informées (57). L'anxiété est d'ailleurs identifiée dans la littérature comme pourvoyeuse d'une surestimation de la douleur (57, 59). Aujourd'hui, les études démontrent le bénéfice à fournir une information précise sur les effets indésirables lors de la pose, et à proposer des techniques de relaxation/détournement de l'attention ou usage du « verbal anesthesia » lors de la pose du DIU (60).

Aucun antalgique n'a réellement fait la preuve de son efficacité en prémédication lors de l'insertion de DIU (15). Pourtant dans de nombreuses thèses traitant des différentes stratégies antalgiques utilisées pour la pose de DIU, beaucoup de médecins usent encore d'anti-spamodiques et d'anti-inflammatoires (57, 59, 61). Les patientes concernées sont souvent celles qui présentent une grande anxiété à la pose. On peut se poser la question : le réel traitement antalgique, ne serait-il pas la prise en charge de l'anxiété (57) ?

Un autre moyen de limiter le ressenti de la douleur lors de ce geste serait de ne plus utiliser la pince de Pozzi. Dans l'étude menée par Lucie MESNARD en 2017, l'insertion du DIU, quelque soit la méthode directe ou classique, était vécu comme moins douloureuse sans la Pozzi (59). C'est aussi le constat de Guillaume PEREZ dans son travail sur les poses atypiques de DIU. Il retrouvait aussi que, quelque soit le choix de la technique ou la position de la patiente lors de la pose, cela n'influençait pas le ressenti de la douleur (64). Ces deux études se rejoignaient sur un point essentiel développé précédemment : le seul facteur diminuant la douleur reste une bonne relation de confiance entre la patiente et son médecin grâce aux conseils/informations données sur le geste (59, 64).

Les médecins peu expérimentés ont tendance à surestimer la douleur de la pose de DIU, mais aussi à voir ce geste comme difficile, technique, risqué (84). Beaucoup de médecins interrogés dans notre étude parlaient de *geste pas anodin* ou *geste technique*, *non répété/pas assez fait*. Ces notions

reviennent aussi dans beaucoup de travaux où l'envie de poser des DIU est limitée par le manque de répétition du geste (22, 37). L'aspect technique de cet acte est en rapport avec la nécessité d'usage de matériaux spécifiques et d'un équipement au cabinet adéquat (table adaptée, instruments multiples). Il est d'autant plus anxiogène que le geste peut être douloureux et à risque de complications, souvent majorés dans les esprits des généralistes (85). Comme vu plus haut, une des solutions serait de réaliser des ateliers de formation pratique à la pose afin de dédiaboliser celui-ci. Les médecins généralistes, après formation, se sentaient plus à l'aise, avec moins d'appréhension à la pose (39). Dans l'étude de Betty KUNZE, une majorité utilisait la technique directe ou « torpille » car elle présentait l'avantage d'être plus rapide, avec moins de contraintes techniques (pas de traction du col avec la pince de Pozzi, et pas d'hystérométrie), et moins douloureuse pour les patientes. Ce résultat est aussi retrouvé dans une étude comparative sur les différentes méthodes de pose directe/classique où les médecins, une fois formés, trouvent la méthode « torpille » plus simple et rapide, et surtout moins technique (63). La nécessité d'aseptie lors du geste peut, elle aussi, limiter les médecins généralistes à la pose en cabinet de ville. Pourtant, tout comme lors de gestes type points de suture ou pose d'implant NEXPLANON®, celle-ci reste possible au cabinet.

4.2 Les complications liées à la pose : un frein irrémédiable ?

Cette réticence est identifiée depuis longtemps dans la littérature. Parmi les médecins interrogés, ce sont les plus âgés qui décrivent des complications telles que grossesse extra-utérine, MIP, perforation... C'est le cas notamment de E2 et E6. Beaucoup décrivent aussi des grossesses sous DIU sans pour autant les citer comme fréquentes (E9, E10, E11, E12). La crainte de la perforation était, selon leur discours, la complication la plus redoutée/grave. Parmi nos 13 médecins inclus dans l'étude, E11 avait arrêté la pose de DIU suite à deux épisodes de perforation utérine. Les poses s'étaient pourtant bien déroulées, sans douleur.
Le risque de perforation est extrêmement rare, de 0,1 à 3 pour 1 000 (40). Là aussi, des études sont en cours sur l'intérêt de la pose par méthode directe ou « torpille » pour limiter ce risque.

Dans la littérature, les craintes principales restent le malaise vagal et les MIP (37, 87, 92).
Il n'existe pas de surisque démontré, lié à la nulliparité.
Concernant le risque d'IGH, celui-ci est le même chez les patientes porteuses d'un DIU, quelque soit le DIU, que dans la population générale selon CNGOF et d'après des études menées sur grandes cohortes (40). Un surisque existe cependant durant les trois premières

semaines après la pose. Il est estimé de façon générale entre 1 et 2 pour 1000 femmes. La HAS recommande un dépistage des IST lorsqu'il existe des facteurs de risque (âge < 25 ans, partenaires multiples...). Ceci permettrait de limiter les risques avant la pose de DIU et de permettre en même temps un dépistage des patientes en cabinet de médecine générale. D'autre part, un suivi des patientes porteuses de DIU avec une consultation précoce à 1 mois de la pose, permettrait d'évaluer l'apparition de signes d'IGH pour une prise en charge rapide et optimale. Parmi les généralistes de notre étude, E9 m'a signalé une patiente présentant une grossesse avec DIU en voie d'expulsion. La malposition ou l'expulsion sont des complications beaucoup plus fréquentes mais moins redoutées. Environ 10 % des DIU malpositionnés seraient en position isthmique ou dans l'endocol.
Enfin la GEU n'a été évoqué que par quelques médecins lors des entretiens mais sans qu'ils associent le DIU comme facteur de risque. On peut penser que ces croyances erronées comme le surisque de GEU est en train de disparaître.

A travers les entretiens, nous avons pu constater plusieurs choses. Tout d'abord, le risque le plus redouté reste la perforation. Celui-ci est probablement encore surestimé par nos médecins. Les croyances ont tendance à disparaître comme le risque de GEU, de stérilité ou même la croyance de la non-indication chez les nullipares. Une augmentation des connaissances des médecins généralistes sur les risques de complications mais aussi les moyens mis à disposition pour les réduire au maximum (dépistage IST, règles d'aseptie lors de la pose, échographie de contrôle précoce pour vérifier la bonne position du DIU, des consultations de suivi) pourraient alors limiter ce frein.

4.3 L'obligation matériel et équipement pour la pose de DIU : une croyance persistante

Sept des 13 médecins évoquaient la problématique matérielle. Ils identifiaient ce frein, que ce soit via une nécessité médicamenteuse comme d'avoir de l'oxygène ou des kits de perfusion, des drogues cardiaques, ou une nécessité matérielle pure comme une table gynécologique appropriée ou du matériel stérilisable/à usage unique. D'ailleurs, il est étroitement corrélé au frein médico-légal.
De nombreuses thèses ont réalisé ce même constat (36, 37, 80, 84, 85).
Pourtant, depuis 1974, les textes mentionnent la possibilité de pose du DIU sur le lieu d'exercice du praticien, hors d'une structure agrée.

L'obligation à posséder du matériel de réanimation ou de l'oxygène pour la pose de DIU, n'a plus lieu d'être depuis le circulaire numéro 8113 du 29 avril 1981 du Code de la Santé Publique.
A travers notre étude, on peut constater que ces croyances persistent encore en 2018, notamment chez les médecins interrogés les plus âgés (entre 45 et 65 ans). Là encore, une meilleure information des médecins reste la clé pour lutter contre ses idées préconçues.

La nécessité de stérilisation du matériel n'a été que peu citée dans notre étude, sans qu'elle soit dénoncée comme un frein à la pose de DIU. Pourtant, dans l'étude d'Olivine SALMON comme dans celle de Maëlle FONTAINE et de Blandine GUIDI-RONTANI, elle ressort comme facteur majeur limitant le geste de la pose des médecins généralistes, notamment pour le matériel stérilisable par autoclave (36, 37, 84). Qu'il s'agisse de matériel jetable ou stérilisable, ceci a un coût pour le médecin et peut donner une dimension plus complexe du geste de la pose de DIU, surtout pour les médecins peu ou non expérimentés.

4.4 Un geste chronophage, mal rémunéré, avec risque médico-légal

L'acte de la pose de DIU peut demander un temps de consultation long. Dans notre étude, quelques médecins signalaient cet aspect chronophage dans leur pratique (E2, E3 et E7).
Ce qui leur paraissait difficile, c'était la gestion en cabinet de médecine générale de ce genre de consultation longue, lorsqu'on a « tout le reste » a géré. E7 citait notamment la difficulté lorsque la salle d'attente est pleine et que les motifs de consultation sont parfois multiples, de gérer ce genre de situation. Ce médecin généraliste, qui posait des DIU avant, me déclarait que cela pouvait prendre 30 à 45 minutes, ce qui va dans le même sens qu'un médecin de l'enquête d'Olivine SALMON, qui disait parfois nécessiter le temps de deux consultations, la durée de consultation moyenne étant estimée à environ 16 minutes selon la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) (84).

En plus de cet aspect chronophage, se surajoute la faible rémunération de l'acte. Peu de médecins connaissent réellement celle-ci, comme le montrent certains travaux (36, 101). Dans notre étude, seul E11, évoque ce problème de rémunération basse. Il était le médecin ayant pratiqué le plus de poses de DIU à son cabinet et était donc le plus expérimenté des 13 médecins interrogés. Certains généralistes dans d'autres études voient ce geste comme peu rentables (22, 37). Rappelons que la cotation de la pose de DIU (JKLD001) reste rémunérée à 38,40 euros et n'a pas été revalorisée en

2017, contrairement à beaucoup d'autres actes. De même, le retrait simple du DIU par voie vaginale sans matériel intra-utérin de préhension équivaut à la rémunération d'une consultation normale GS.

L'aspect médico-légal fait, lui aussi, peur à beaucoup de médecins. Identifiée dans de nombreuses études, cette réticence reste étroitement liée au risque de complications, au contexte « hyper-procédurier » actuel ainsi qu'aux croyances d'obligation matérielle (36, 37, 61, 80, 84, 85).
Dans notre étude on retrouve surtout l'aspect matériel dans les discours des médecins interrogés (E1, E6 et E12). E11, médecin ayant vécu 2 poses compliquées de perforation utérine, disait vouloir arrêter ce geste pour le risque procédurier. En effet, ce risque semble être de plus en plus présent dans le domaine médical. Ce climat a tendance à renforcer les réticences des médecins à pratiquer des gestes à risque. Des assurances professionnelles pour les médecins généralistes posant des DIU existent, mais cela ne déroge pas la responsabilité du médecin lors d'une plainte si il existe une complication liée à la pose. Le médecin a pour obligation l'information des patientes, y compris des complications même rares afin de se prémunir d'éventuelles poursuites judiciaires.

Ces freins sont clairement identifiés dans la littérature actuelle. Hélas, l'évolution de la médecine tend à l'augmentation de ces risques. La meilleure prévention reste donc l'information complète des patientes. D'autre part, le geste en lui même reste vu comme chronophage pour le médecin généraliste et mal rémunéré, ce qui lui fait perdre de l'intérêt. Les solutions pourraient être d'essayer de revaloriser ce geste notamment en augmentant sa cotation, et de donner une information claire et complète aux patientes en proposant éventuellement des fiches d'informations et/ou de décharge à faire signer par les patientes.

5/ Freins liés à l'environnement et au contexte

5.1 Une faible demande/sollicitation pour ce moyen de contraception

Dans notre étude, la majorité des médecins m'exposaient la problématique de la faible demande. Ils me disaient même qu'ils se seraient volontiers formés si il y avait eu plus de demandes. C'est aussi ce que constate certains auteurs avec une volonté de se former régie par la demande des patientes (22, 94).
Malgré cette faible sollicitation pour le DIU, les médecins de notre étude avaient tous plus ou moins une activité gynécologique fréquente. Tous faisaient le suivi de grossesses et, du conseil

contraceptif. Cependant, que ce soit des prélèvement ou FCV, les pratiques étaient très variables. E1, E3, E4, et E7, médecins hommes, n'en faisaient pas car ils étaient tous en cabinet de groupe avec un médecin femme pratiquant ces gestes. De façon générale, les consultations sur motif gynécologique et/ou l'activité gynécologique étaient considérées comme relativement fréquentes.

Certaines études montrent pourtant des réticences de la part des patientes à se faire prendre en charge sur le plan gynécologique par leur médecin traitant. Dans la thèse de Mélanie ORA notamment, plusieurs constats sont réalisés. Environ 1/3 des patientes de l'étude déclaraient être gênées par l'abord de ce domaine avec son médecin traitant, 45 % le seraient pour la réalisation d'un examen gynécologique (100). Ce travail aborde aussi la notion de « compétence » du médecin généraliste dans la gynécologie. 56 % des femmes interrogées dans cette étude ne savaient pas si leur médecin traitant était compétent dans ce domaine. Dans l'étude d'Audrey DELANNOY-EGLINGER, près de la moitié des femmes déclaraient préférer un suivi gynécologique par un praticien autre que leur médecin traitant. Leur crainte était là encore un manque de compétence (95).

L'enquête BVA de 2008, pour rappel, montrait que seul 20 % des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique (71).

Les médecins généralistes ne se sentent pas toujours identifiés comme compétents (22, 36). Pourtant, là encore, l'information des patientes sur les capacités et compétences de leur médecin généraliste augmenterait leur confiance dans ce domaine. Peu de patientes savent que les médecins généralistes peuvent poser des DIU (16, 36, 37).

Dans notre étude, malgré cette faible demande, les médecins interrogés déclaraient tous avoir eu des patientes qui demandaient si il/elle ne posait pas de DIU.

On retrouve aussi une différence par rapport aux conclusions de nombreuses études de métropole. L'activité gynécologique des médecins généralistes interrogés semble relativement fréquente et importante. Même si certains déclarent ne faire quasiment pas de gynécologie, par manque d'intérêt associé, ils délèguent ce domaine-là à leur consoeur/confrère du même cabinet médical. Beaucoup comme E2, E5, E10 ou E11 déclaraient avoir fréquemment des consultations avec motif gynécologique. Huit réalisaient régulièrement des FCV, un ne pratiquait pas car installé en cabinet SOS médecins et les 4 restants, des hommes, avouaient laisser leurs consoeurs « s'occuper de ce domaine » (E1, E3, E4, E7).

Dans le même sens que la majorité des études réalisées sur le sujet, la demande de DIU et/ou de pose par le médecin traitant est jugée comme très faible. Les avis sont variables quant à l'évolution des mentalités des patientes,. Certains médecins ont l'impression d'une augmentation des demandes,

notamment dans le contexte sociétal de « retour au naturel » avec le DIU au cuivre. (E5, E7, E10) D'autres ne ressentent pas du tout une augmentation de la demande (E2, E4, E11). Tous les médecins interviewés déclaraient pourtant parler du DIU comme moyen de contraception lors du discours contraceptif pour leurs patientes.

Il existe donc un paradoxe entre activité gynécologique plutôt bonne du médecin généraliste réunionnais, et une demande extrêmement faible quant à ce moyen contraceptif. On pourrait se poser la question de l'origine de cette faible sollicitation : est-ce un défaut d'information voire une mauvaise information des patientes sur le DIU, souvent véhiculée par l'entourage ou les médias ? Est-ce le discours du médecin généraliste utilisant le terme « stérilet », déclarant « ne pas les poser » ? Est ce des aspects religieux ? Il serait intéressant de recueillir l'opinion des réunionnaises sur la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique, la contraception et la pose du DIU.

5.2 Une offre de soins suffisante

L'offre de soins peut jouer un rôle important dans la pratique médicale des médecins généralistes, notamment dans la diversification de leurs capacités. Que ce soit en soins primaires ou dans l'accès aux spécialistes, différentes études ont montré cet impact à travers la prévalence de médecins généralistes posant des DIU en cabinet de ville.
Dans des régions à faible densité de spécialistes, notamment en gynécologues-obstétriciens, la pratique de la pose de DIU était relativement plus fréquente par les généralistes (autour de 30 % de médecins qui posent des DIU). C'est ce que retrouvent Elise REYNIER (23) et Lauriane MICHELET-BRETAUDEAU (92). Toutes deux ont réalisé des études dans le département Loire-Atlantique en 2010 et 2011, et leurs conclusions sont similaires ; la carence en gynécologues-obstétriciens amènent les médecins généralistes à réaliser le geste de la pose de DIU. Dans ce département, la densité en gynécologues-obstétriciens était de 18,3 pour 100 000 habitants en 2016.
A l'inverse, d'autres études font le constat inverse. L'étude de Blandine GUIDI-RONTANI réalisée en 2016 dans l'Arrageois constatait une faible sollicitation des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie, liée à une offre de soins importante dans la zone étudiée (36). De même, Olivine SALMON dans son travail réalisé en 2013 dans le Loir-et-Cher et celui de Maëlle FONTAINE la même année en Charentes, évoquent la même hypothèse (85). Mais tous parlent de baisse démographique des gynécologues-obstétriciens, où les médecins généralistes voient l'occasion de s'impliquer dans le suivi gynécologique de leurs patientes.

Dans notre travail, c'est un point important. Il est souligné par bon nombre de médecins interviewés. L'intrication entre accès facile au spécialiste gynécologue et faible demande des patientes est palpable et renforce ce détachement vis-à-vis de la pratique de la pose de DIU. La densité de gynécologues-obstétriciens à La Réunion équivaut quasiment à deux fois celle de la métropole (27,4/100 000 habitants contre 16,4/100 000 en 2017). Selon un rapport de l'ARS-OI en 2016, environ 34 % des réunionnaises de plus de 18 ans voient au moins une fois le gynécologue dans l'année. La majorité des médecins, et surtout E1, E7, E8, soulignaient la rapidité et la facilité d'accès pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue, avec un délai estimé de 4 à 6 semaines pour E7 à environ 3 semaines pour E5. Comme le disait E7, « c'est beaucoup plus simple de faire un courrier pour le gynéco ». L'ensemble des généralistes interrogés étaient installés dans des milieux urbains ou semi-ruraux. Lors du recrutement, ayant voulu interroger des médecins travaillant dans des milieux ruraux comme Saint Benoît ou les Cirques, j'ai d'ailleurs constaté que beaucoup posaient des DIU (et donc ne pouvaient pas être inclus dans notre étude). On pourrait donc conclure que ce geste de la pose est fonction de l'accès plus ou moins facile vers d'autres spécialistes posant les DIU. La Réunion en est un exemple fort, puisque la densité médicale en gynécologues-obstétriciens y est élevé et que le témoignage des médecins généralistes inclus dans l'étude va dans ce sens.

6/ En conclusion...

Après triangulation des données, nous avons constaté deux fils conducteurs étroitement imbriqués. D'un côté la formation théorique et pratique du médecin généraliste avec tout ce que ça peut inclure, de l'autre le contexte environnemental associant offre de soins élevée et demande des patientes faible.

Sur le plan de la formation, il est presque trop facile de se limiter à : *les médecins ne sont pas assez formés*. Certes, pas tous ne sont formés en gynécologie et à la pose de DIU. Cependant, on observe aussi que malgré un stage en gynécologie, voir parfois une formation à la pose de DIU (stages, DU de Gynécologie médicale), certains médecins ne se lancent pas et/ou ne continuent pas à poser des DIU. Plusieurs populations de médecins pourraient se dessiner : les médecins non formés en demande de formation pour la pose, les médecins non formés ne souhaitant pas se former pour des raisons diverses (expériences entendues, manque d'intérêt), les médecins formés à la pose mais ne voulant plus en poser (manque de pratique, d'envie ou expérience vécue)...

Toutes ces populations rentrent dans cette problématique complexe.

Sur le plan contextuel maintenant, notre étude met surtout l'accent sur l'offre de soins qui reste

parmi les meilleures de France. L'accès aux gynécologues y est facile et rapide avec des délais de rendez-vous permettant aux généralistes de déléguer facilement la pose de DIU. Pourtant paradoxalement, nous avons remarqué que les médecins interrogés ont tendance à faire un suivi gynécologique important (suivi de grossesse, FCV, discours contraceptif, pose d'implant...). C'est donc plus le geste de la pose de DIU que le domaine de la gynécologie qui freinerait les médecins généralistes, tout en sachant que la totalité des interviewés avaient une opinion favorable à ce contraceptif. En plus de cette facilité d'accès aux spécialistes, la faible demande rend leur potentielle pratique de la pose trop disparate et rare pour qu'ils se sentent suffisamment expérimentés et à l'aise.

La difficulté est alors de savoir la cause de la conséquence. Est-ce le manque de formation pratique des médecins, qui influencent les patientes à ne pas venir les voir, sachant qu'ils ne posent pas de DIU, et donc voient directement le gynécologue qu'elles pensent plus compétent ? Ou alors est-ce la faible demande des patientes avec la densité de gynécologues suffisante qui ne poussent pas les médecins à se former à la pose puisqu'ils n'en ressentent pas le besoin/l'intérêt ?

C/ Forces et faiblesses de l'étude

1/ La méthode

Afin d'apprécier l'opinion et de recueillir les éventuels freins à la pose de la part des médecins généralistes réunionnais ne posant pas de DIU, nous avons décidé de réaliser une recherche qualitative. Le choix de cette méthode s'est fait devant la question de recherche, qui explore des facteurs subjectifs. D'autre part, elle permet d'explorer des ressentis, des expressions parfois non verbalisées, et pour cela semblait plus adaptée et pertinente à la recherche en médecine générale / soins primaires (83).

2/ Validité interne

Les entretiens étaient recueillis et enregistrés de différentes façons ; au cabinet médical, au domicile du médecin ou par enregistrement téléphonique. Ils étaient tous réalisés et retranscrits par le même investigateur. Deux entretiens ont été interrompus momentanément par des appels téléphoniques

(E2, E5). Certains faisaient d'autres choses en même temps qu'ils s'entretenaient avec l'enquêteur (E3 étaient en voiture en bluetooth, E6 triait ses courriers). Quatre médecins connaissaient bien l'investigateur et trois de vue, ce qui pouvaient créer un biais de déclaration lors des entretiens.
La limite principale de l'étude reste la faible expérience des enquêteurs, étant donné que c'était le premier travail de recherche qualitative pour l'investigateur comme pour le directeur de la thèse.
L'interprétation des données a d'abord été réalisée par l'investigateur lui-même pouvant créer un biais de subjectivité et d'interprétation. C'est pour cela qu'une triangulation des données a ensuite été réalisée de façon synchrone par deux chercheurs ; le directeur de thèse ainsi que le rapporteur.

3/ Validité externe

La moitié des médecins interrogés ont été sélectionnés par convenance. De plus, sur le plan démographique, la grande majorité des généralistes étaient situés dans l'Ouest de l'île de La Réunion, l'investigateur habitant dans cette zone. Tout ceci pouvant créer un biais de sélection malgré un échantillonnage varié via les différentes méthodes de recrutement. Les critères de variance tels que les antécédents de pose de DIU ou un stage en gynécologie durant l'internat ou même un DU en Gynécologie médicale augmentent aussi la diversification de l'échantillon.
L'âge moyen des médecins généralistes interrogés était plus jeune que celui des médecins généralistes de La Réunion. Cependant, la recherche de la représentativité n'est pas le but d'une thèse qualitative.
Dans cette étude, seulement 13 médecins ont été interrogés. Devant ce faible échantillon, il est donc difficile d'extrapoler une théorie sur la population cible. Cependant, nos résultats restent relativement similaires à ceux retrouvaient dans des travaux de thèse avec étude qualitative sur le sujet. L'avantage étant qu'il existe aujourd'hui une documentation littéraire riche et variée sur ce domaine, française comme à l'international.

D/ Les perspectives

A travers notre étude, nous avons pu identifier de nombreux freins à la pose de DIU en cabinet de ville. Sur les derniers entretiens, certains médecins essayaient d'imaginer quels pourraient être les solutions permettant de les amener à pratiquer ce geste. Malgré les connaissances des indications du DIU pour les nullipares, les médecins interrogés restent toujours réticents à le proposer et à le poser.
A travers l'identification de ces freins, nous pourrions théoriquement proposer des solutions afin de

permettre un accès à la prescription/pose de DIU en tant que « contraception de première intention » :

- En proposant un stage de santé de la femme de 6 mois durant l'internat qui deviendrait obligatoire tout comme le stage de santé de l'enfant. Le cursus du DES de médecine générale passant bientôt de 6 à 8 semestres, cela permettrait un accès à ses stages, essentiels à la formation d'un futur médecin généraliste et permettant d'acquérir les gestes comme le FCV, la pose d'implant et de DIU.
- En améliorant aussi la formation pratique continue des médecins généralistes à la pose, en proposant des ateliers diverses.
- En délivrant une information claire et complète sur ce dispositif, pour les médecins comme pour les patientes, afin de lutter contre les croyances erronées et les *a priori* persistants.
- En expliquant le déroulement de la pose pour les patientes ainsi que des effets secondaires possibles et complications pour diminuer la douleur ressentie et l'anxiété lors du geste mais aussi pour lutter contre les possibles répercussions judiciaires sur le plan médicolégal.
- En réalisant dés que possible un dépistage des IST chez les patientes avant l'insertion d'un DIU, notamment si il existe des facteurs de risque, pour limiter le risque de MIP.
- En utilisant du matériel stérile à usage unique, moins contraignant et moins cher (kit pose de DIU remboursé à 60 % par la sécurité sociale), et en maintenant les règles d'aseptie selon la procédure « No Touch » recommandée par la HAS afin d'éviter tout risque infectieux.
- En favorisant des techniques de pose comme la méthode « directe », rendant le geste moins technique et plus rapide pour les médecins, et en améliorant la tolérance des patientes avec l'éviction de la pince de Pozzi, élément reconnu douloureux lors de la pose.
- En facilitant l'accès et l'usage de l'échographie avant la pose pour le dépistage des contre-indications et l'évaluation de la cavité utérine (dimensions, version) et en post-pose immédiat afin d'évaluer la position du DIU rapidement.
- En proposant une consultation rapprochée après la pose du DIU afin de rechercher des signes cliniques de malposition ou perforation utérine précoce.

V. CONCLUSION

Globalement, l'opinion est favorable au DIU. C'est une contraception reconnue efficace par l'ensemble des médecins interrogés et qui a pour avantage clé, l'observance. La tolérance était souvent jugée variable. Notre question de recherche était d'identifier quelles étaient leurs réticences à la prescription et à la pose de DIU dans leur cabinet, avec comme hypothèse la découverte de nouveaux freins ou du moins des facteurs différenciant La Réunion de la métropole.
Nos résultats restent relativement similaires à ceux retrouvés dans la littérature actuelle. Il persiste des croyances encore bien encrées, limitant la prescription de ce contraceptif.
Tout comme d'autres études menées récemment sur ce sujet, on remarque que les médecins interrogés étaient au courant des recommandations de la HAS vis-à-vis des nullipares. Malgré cette connaissance, la majorité avouait ne pas toujours proposer ce dispositif en première intention.

Notre étude est intéressante car on observe un frein particulièrement important à La Réunion ; le contexte environnemental et de la santé. Le rapport entre offre de soins élevée, que ce soient médecins généralistes ou gynécologues, et la demande faible des patientes, est très important. Beaucoup me signalaient l'absence d'intérêt ou de nécessité à faire ce geste et à se former devant ce constat. Ce facteur est probablement aussi lié à la carence en formation pratique de ses médecins généralistes et/ou à leur maintien de compétences dans ce domaine. Pourtant, ils avaient majoritairement une activité gynécologique avec pratique du FCV, parfois pose d'implant, et suivi de grossesses.

Les perspectives d'avenir sont multiples pour lutter contre ses freins, l'information restant le pilier central à l'accès du DIU pour les patientes comme pour les médecins.
Il serait intéressant notamment de proposer des campagnes d'information pour les patientes afin de lutter contre les méconnaissances transmises via l'entourage ou certains médias.
De même, une meilleure connaissance de ce dispositif par les médecins généralistes permettrait d'améliorer leur « counseling » auprès de leurs patientes.

La pose de DIU reste tout à fait abordable par le médecin généraliste traitant, tout comme l'est la pose d'implant ou la prescription de contraception orale. C'est un contraceptif de longue durée d'action, type LARC, avec bon indice de Pearl, réversible, et indiqué quel que soit la parité des patientes. Son faible coût, si on le rapporte à sa durée d'action, est lui aussi intéressant.

Le DIU pourrait alors faire partie de l'arsenal contraceptif du médecin généraliste dans la lutte contre les grossesses non désirées, les IVG en France étant toujours un problème de santé publique important.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INED. La contraception dans le monde, *World Contraceptive Patterns 2013*. [Dernière visite le 10 oct 2018]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/
2. INPES. Les Françaises utilisent elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse octobre 2011. [Dernière visite le 25 nov 2018]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf
3. INPES. Baromètre Santé 2016. Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Dernière visite le 25 nov 2018. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf
4. INSERM-INED. Bajos N., Job-Spira N., Enquête COCON. Etude de cohorte sur la contraception de 2000 à 2004. Dernière visite le 27 nov 2018. Disponible sur : http://nesstar.ined.fr/webview/?v=2&study=http%3A%2F%2Fnesstar.ined.fr%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FIE0230&mode=documentation&submode=ddi&node=0&top=yes
5. DREES. Les interruptions de grossesse en 2015. Numéro 0968, juin 2016. Dernière visite le 27 nov 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf
6. INED. Bajos N. et al., Equipe FECOND 2013. La crise pilule : vers un nouveau modèle contraceptif ? Numéro 511, mai 2014. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.fr.pdf
7. OMS. Agence des Etats-Unies pour le développement international. Planification familiale, manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève, 2011. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/index.html
8. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013 (actualisation novembre 2017). [Dernière visite le 23 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
9. ORS Océan Indien. Indicateurs de santé périnatale à la Réunion. Septembre 2018. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.ors-

ocean-indien.org/IMG/pdf/bulletin_stat_perinat_reunion_septembre2018.pdf

10. INSEE. Volant S., Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Première* n° 1642, mars 2017. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280
11. ORS Océan Indien. La santé périnatale à la Réunion : indicateurs en périnatalité et orthogénie. Décembre 2016. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/tb_ors_sante_perinatale_reunion_2016.pdf
12. Réseau REPERE de la Réunion. Grossesse précoce et scolarité à la Réunion. Etat des lieux, 2014. [Dernière visite le 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Grossesse_precoce_et_scolarite_a_La_Reunion.pdf
13. DREES. 216 700 interruptions volontaires de grossesses en 2017. Numéro 1081, septembre 2018. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf
14. Bodet A., Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse de doctorat en pharmacie, 2014 ;p58-60.
15. CNGOF. Les dispositifs intra-utérins. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, tome XXVI publié le 30 nov 2000. 24èmes journées nationales, Paris, 2000. Dernière visite le 28 nov 2018. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2000_go_281_serfaty.pdf
16. Cavaro-Aschehoug G., Dispositifs intra-utérins : historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes. Thèse de médecine générale, 2007.
17. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations de bonne pratique. Décembre 2004, p.10. [Dernière visite le 20 nov 2018]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf
18. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration avril 2013 (actualisation octobre 2017). [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
19. CNGOF. Contraceptions de longue durée : avantages et inconvénients. 2013. [Dernière

visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjJrP7h_vHeAhVRWxoKHTOwBncQFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2Fd_livres%2F2000_go_281_serfaty.pdf&usg=AOvVaw3w_67sPcnD5tKAJB8n9kzC

20. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse, avril 2013. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
21. INED. Bajos N. et al., Equipe FECOND 2010. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Numéro 492, septembre 2012 ; p1-4. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
22. Guyomar M. et Guilloteau G., Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare ? Etude qualitative en Sarthe, Maine-et-Loire. Thèse de médecine générale, 2012.
23. Reynier E., Dispositifs intra-utérins chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes, thèse 2011
24. Harb-Juhel N., Représentations des médecins généralistes sur l'utilisation des dispositifs intra-utérins comme moyen de contraception chez la nullipare. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, 2011.
25. Buhling KJ. et al., Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women : results of a survey of European / Canadian healthcare providers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 2014 ;183:146–154.
26. Fleming, Sokoloff and al., Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*, 2010.
27. Chanzy Waroquet A.-L., Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Etude prospective descriptive. Thèse de médecine générale, septembre 2013.
28. Denant D., Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, novembre 2012.
29. Gaubert S., Impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du dispositif intra-utérin. Etude qualitative auprès d'adolescentes et nullipares de 15 à 24 ans. Thèse de médecine générale, 2017.
30. Dempsey AR., Billingsley CC., Savage AH., Korte JE., Predictors of long-acting reversible

contraception use among unmarried young adults. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 2012.

31. Guicheteau C et al., Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares. Etude prospective unicentrique du 1er janvier au 21 décembre 2012, publiée en 2013.
32. Secura GM., Allsworth JE., Mullersman JL., Madden T., Peipert JF., The Contraceptive CHOICE Project : reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 2010.
33. Borgatta L. et al., A multicentre, open-label, randomised phase III study comparing a new levonorgestrel intrauterine contraceptive system (LNG-IUS 8) with combined oral 114 contraception in young women of reproductive age. *European Journal of Contraception and Reprod Health Care*. 2016.
34. Suhonen S. et al., Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women : a comparative study. *Contraception,* 2004 ;69:407–412.
35. Abraham M et al., CHOICE Project : Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. *American Journal of Obstetric and Gynecology,* 2015 ;126:823-9.
36. Guidi-Rontani B., Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? Etude qualitative dans l'Arrageois. Thèse de médecine, 2016.
37. Fontaine M., Prescription et pose des DIU chez les patientes nullipares : enquête sur les freins des médecins généralistes. Etude qualitative à Poitiers. Thèse de médecine générale, 2013.
38. Royer-Baranger LB., Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire SASPAS de mai à octobre 2010 à Anger. Thèse de médecine générale, 2011.
39. Kunze B., Impact d'un atelier de formation sur les pratiques d'utilisation des dispositifs intra-utérins. Etude comparative réalisée à Lyon. Thèse de médecine générale, 2014.
40. CNGOF. Morbidité des DIU. Orthogénie, 38èmes journées nationales, Paris, 2014. [Dernière visite le 18 nov 2018]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi7_-aSh_LeAhWEXsAKHcsfD0kQFjAAegQIChAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.fr%2Fjournees-nationales%2Ftelechargement-fichier%3Fpath%3DMAJ%252Ben%252BGO

%25252F2014%25252FMAJ%252Ben%252BGynecologie%252Bmedicale%25252FPartie%252BVII%252B-%252BOrthogenie%25252Fmorbidit%252Bdes%252Bdispositifs%252Bintra-utrin.pdf&usg=AOvVaw1g7TQbqFWx0XjL44wAVJSa

41. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Heikinheimo O., Intrauterine contraception : incidence and factors associated with uterine perforation - a population-based study. *Hum Reprod,* 2012.
42. Farley TM., Rosenberg MJ., Rowe PJ., Chen JH., Meirik O., Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. *Lancet* 1992 ;339 (8796):785-8.
43. Berenson A, Tan A, Hirth J, Wilkinson G., Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *American Journal of Obstetric and Gynecology,* 2013 ;121:951-8.
44. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets, une alternative efficace à la contraception hormonale, revue PRESCRIRE, février 2009, numéro 304 :p113-119
45. Dermish AI., Turok DK., Jacobson JC., Flores ME., McFadden M., Burke K., Failed IUD insertions in community practice : an underrecognized problem ? *Contraception,* 2013.
46. Braaten KP, Benson CB, Maurer R, Goldberg AB., Malpositioned intrauterine contraceptive devices : risk factors, outcomes, and future pregnancies. *American Journal of Obstetric and Gynecology,* 2011.
47. HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Synthèse des recommandations professionnelles de juin 2007. [Dernière visite le 21 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_synthese.doc.pdf
48. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C., Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane* Database Syst Rev 2007.
49. Bahamondes L, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Gemzell-Danielsson K. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *Journal Family Planning Reprod Health Care*. Janv 2014 ;40(1):54-60.
50. Ekelund M, Melander M, Gemzell-Danielsson K. Intrauterine contraception: attitudes, practice, and knowledge among Swedish health care providers. *Contraception*. 2014 may ;89(5):407-12.
51. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT., Prophylactic

ibuprofen does not improve pain with IUD insertion : a randomized trial. *Contraception*. 2015 mar ;91(3):193-7.

52. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H., Pain from copper intrauterine device insertion : Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American Journal Obstetric and Gynecoly*. 2006 nov ;195(5):1272-7.
53. Lesavre M., Legendre G., Fernandez H., Utilisation en Gynécologie du Misoprostol (hors AMM), *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2014, 43(190-194).
54. Lyus R., Lohr P., Prager S., Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2010 may ;81(5):367-71.
55. Gemzell-Danielsson K et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. Fertil Steril. 2012.
56. Allen RH, Goldberg AB, Grimes DA. Expanding access to intrauterine contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009 nov ;201(5):456.e1-456.e5.
57. Galli S., DIU chez les nullipares : projet, pose et vécu. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, octobre 2017.
58. Hillard PJA., Practical tips for intrauterine devices use in adolescents. J Adolesc Health. 2013 avr ;52 (4 Suppl):S40-46.
59. Mesnard L., Influence de la technique de pose du DIU sur la douleur ressentie par les femmes. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, décembre 2017.
60. Gemzell-Danielsson K et al., Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. Human Reproduction Update. 2013;19:419–427.
61. Clochey J., Difficultés et stratégies de mise en place lors de la pose d'un dispositif intra-utérin. Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. Thèse de médecine générale, 2015.
62. BLUEGYN. *BlueGEEK Journal* - Technique de la torpille de Cristalli-Bonneau. [Dernière visite le 23 nov 2018]. Disponible sur : http://bluegyn.com/
63. Savignac-Krikorian L., Méthode de pose directe des DIU. Mémoire de DU régulation des naissances : socio-epidémiologie, contraception, IVG, prévention des risques liés à la sexualité. Etude qualitative, 2015.
64. Perez G., Pose atypique de DIU en consultation : l'expérience du groupe FORMAGYN. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, 2017.
65. BLUEGYN. *Gynorama* - DIU : HypnoPose – La pose détente. [Dernière visite le 23 nov

2018]. Disponible sur le site de : http://bluegyn.com/gynorama/diu-hypnopose-4-pose/

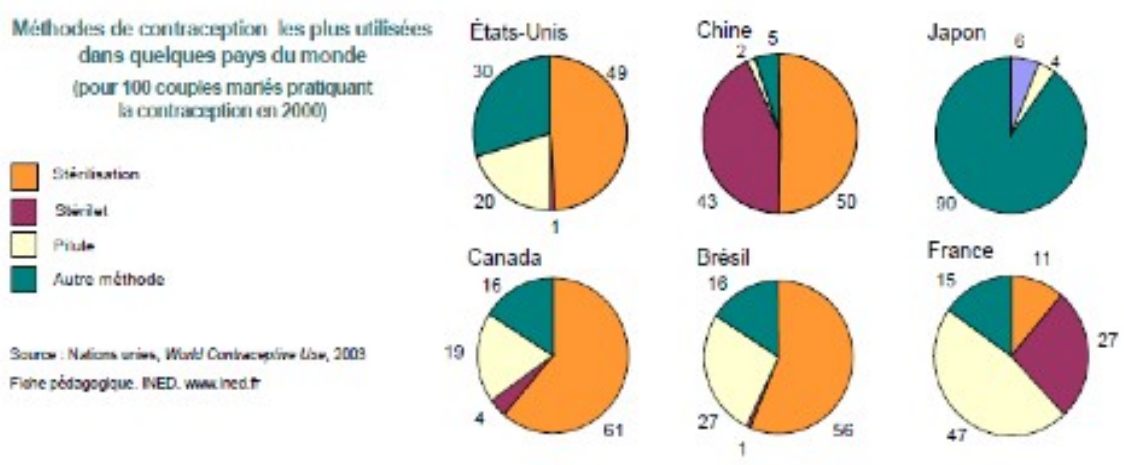
66. OMG de la SFMG. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents. 2009. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php
67. CNGOF. Observatoire Thalès. Étude 2769. Année 2000. {Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
68. Bedel-Chauvau J., Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, 2004.
69. MG FRANCE. Santé des femmes : la médecine en première ligne. Enquête de 2017 menée par l'URML de Normandie. Dernière visite le 28 nov 2018. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/sante-des-femmes
70. Qualiso J. et all. EPILULE. Rapport final, février 2004.
71. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Sondage réalisé par la FNCGM en mai 2008. [Dernière visite le 26 nov 2018]. Disponible sur : https://staticswww.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
72. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017. [Dernière visite le 26 nov 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
73. FNCGM. La gynécologie médicale en France. Page web du site de la FNCGM, partie I. Dernière visite le 28 nov 2018. Disponible sur : http://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html
74. ARS OI. Les médecins spécialistes à La Réunion en 2018. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-specialistes-la-reunion
75. ARS OI. Les médecins généralistes à La Réunion en 2018. [Dernière visite le 28 nov 2018]. Disponible sur : https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion
76. ARS OI. In extenso n°5 : Recours aux soins à la Réunion. 2016. Dernière visite le 28 nov 2018. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ARS_InExtenso_Soins_n5_16sept_BD.pdf
77. Plan L., Le dispositif intra-utérin : améliorer le conseil contraceptif chez la femme nullipare. Thèse de médecine générale, 2013.

78. Voisin F., Réticences des patientes et des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les patientes nullipares. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, 2015.
79. CNGOF. Contraception intra-utérine chez la nullipare. Le pour. 38èmes journées nationales, Paris, 2014.
80. Moskalyk I., Analyse des représentations des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur la prescription du dispositif intra-utérin chez les nullipares. Etude qualitative. Thèse de médecine générale, 2017.
81. Fournier A., Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin. Etude qualitative, 2014.
82. Desseignet P., Apport de l'échographie dans la mise en place des dispositifs intra-utérins. Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale, 2015.
83. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Imbert P., Letrilliard L., Lehr-Drylewicz A.-M., et le GROUM-F, Introduction à la recherche qualitative, publication dans la revue « *Exercer* » 2008 ; 84 : 142-5
84. Gonthier R., Dispositif intra-utérin : Représentations des médecins généralistes qui ne l'insèrent pas. Thèse de médecine générale. Etude qualitative, 2012.
85. Salmon O., Le dispositif intra-utérin et l'implant : analyse des facteurs déterminant la pratique des médecins généralistes du Loir-et-Cher. Etude qualitative, 2013.
86. Middleton AJ, Naish J, Singer N., General practitioners' views on the use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in young, nulligravid women, in London, UK. *European Journal of Contracept Reprod Health Care*. août 2011;16(4): 311-8.
87. Rivière P., Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de médecine générale. Etude quantitative, 2014.
88. Rieu C., Sibel M., L'accès au DIU comme moyen de contraception pour les nullipares : un parcours du combattant ? Thèse de médecine générale. Etude qualitative, 2015.
89. Du Mesnil Du Buisson T., Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin : enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un centre hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et d'éducation familiale de Provins (Seine-et-Marne). Thèse de médecine générale, 2014.
90. Trichet-Stephan N., Dispositifs intra-utérins : besoins en formation des médecins généralistes de Vendée. 2012

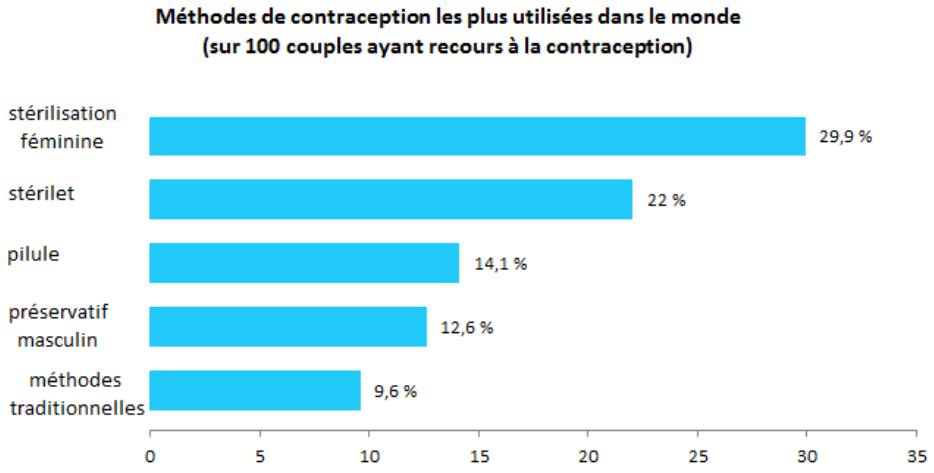
91. Marret H., Golfier F., Vollerin F., Legoaziou M.-F., Le DIU en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002 ;31:465-70.
92. Michelet-Bretaudeau L., Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux en Loire-Atlantique. 2010.
93. Lanne O., La gynécologie en médecine générale : le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes ? Thèse de médecine générale, 2009.
94. Gaillard M., Richard A., Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires. Thèse de médecine générale. Etude qualitative, 2013.
95. Delannoy-Eglinger A., A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste ? Etude du parcours de soins et de l'acrtivité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse de médecine générale. Etude quantitative, 2009.
96. Lamirault F., La formation des médecins généralistes à la pose de dispositifs intra-utérins : Étude descriptive par un auto-questionnaire anonyme auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine générale, 2012.
97. Driat D., Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de médecine générale, .
98. Cantos E., Comparer la tolérance entre dispositif intra-utérin au lévonorgestrel et au cuivre posés par les médecins généralistes de la Vienne chez les nullipares. Thèse de médecine générale. Etude rétrospective, descriptive, 2017.
99. Ripaud M., Rialland A., Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Etude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire. Thèse de médecine générale, 2016.
100. Ora M., Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Thèse de médecine générale, 2007.
101. De Verbizier A., Dispositifs intra-utérins en Médecin générale en Lorraine, état des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. Thèse de médecine générale, 2011.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : méthodes contraceptives au niveau mondial (2000)



Annexe 2 : méthodes contraceptives les plus utilisées au niveau mondial (World Contraceptive Patterns 2013, Nations Unies)



Annexe 3 : Tableau sur l'efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011, indice de Pearl

	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
Méthode de planification familiale	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*,16**	
Pas de méthode	85	85	85

Annexe 4 : les différents DIU commercialisés en France (Références HAS, Vidal)

Nom commercial	Principe actif	Taille	Forme	Durée (années)
Gynelle 375 ®	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa Cu 375 ®	Cuivre 375 mm	SL Short	Ω	5
Multi Load Cu 375 ®	Cuivre 375 mm	Short	Ω	5
Ancora 375 Cu ®	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa CuT 380A QL ®	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mona Lisa NT Cu380A ®	Cuivre 380 mm	Standard	Y	5
NT 380 ®	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
TT 380 ®	Cuivre 380 mm	Short	T	10
UT 380 ®	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
Novaplus T380 ®	Cuivre 380 mm	Normal / Maxi	Y	5
Copper T380A ®	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Sugant 380A Cu ®	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mirena ®	L	Standard	Y	5
Jaydess ®	L	Petite	Y	3

Annexe 5 : Protocole de pose de DIU, description de la méthode « classique » et méthode « torpille ».

Avant la pose :

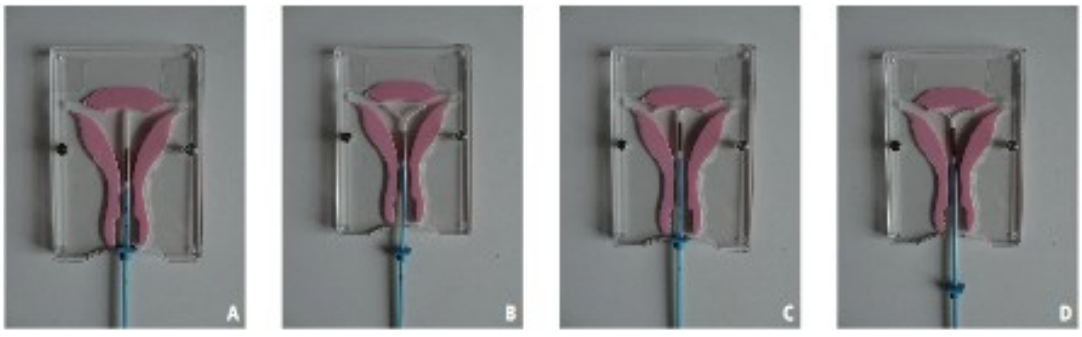
- L'OMS recommande en 2005, un examen gynécologique complet avant toute contraception. Dans le cadre du DIU, un examen abdominopelvien et gynécologique minutieux est recommandé avec palpation et mobilisation de l'utérus, recherche de signes d'infections génitales (leucorrhées pathologiques, douleur à la mobilisation), col utérin sain.
- Une recherche d'IST peut se discuter et peut être conseillée avant la pose chez des patientes à risque.
- Pas d'échographie pelvienne recommandée en pré-insertion mais certains gynécologues et médecins le préconisent pour évaluer la taille de la cavité utérine, l'absence de malformation ou fibromes, et la position de l'utérus (anté- ou rétroversé).
- Vérification de l'absence de contre-indications.
- Informations claires et adaptées données à la patiente.
- Être un professionnel de santé posant des DIU, avec formation continue conseillée, ou

une sage-femme.

- Parfois, une pré-médication à visée anxiolytique peut être proposé.

Pendant la pose :

- Insertion du DIU plutôt en début de cycle au moment des règles. Deux raisons : la première étant pour s'assurer de l'absence de grossesse, donc ne pas risquer de placer le DIU sur une grossesse débutante non connue, la deuxième pour faciliter le passage du col utérin, qui sera plus dilaté.
- Matériel stérilisé pour la pose : soit un kit de pose à usage unique, avec spéculum, pince de Pozzi, hysteromètre (uniquement fourni pour les DIU au cuivre), ciseaux...soit matériel stérilisable.
- Installation de la patiente en position gynécologique, sur une table gynécologique.
- Asepsie complète avec désinfection du col utérin par la Bétadine gynécologique, après mise en place du spéculum.
- Pose par la méthode « classique » : à l'aide de la pince de Pozzi, saisir le col utérin pour horizontaliser l'utérus. Mesurer la hauteur utérine avec l'hysteromètre. Placer ensuite la bague à la mesure retrouvée sur la canule d'insertion. Insérer le tube inserteur avec le poussoir jusqu'au fond utérin (bague placée en butée du col). Tout en maintenant le col en traction via la pince de Pozzi, reculer la canule d'un cran en maintenant le poussoir, puis pousser l'ensemble jusqu'au fond utérin avant de retirer la canule complètement. A noter, cette technique s'adresse aux stérilets Y. Pour les DIU Oméga, l'insertion se fait sans poussoir, directement. Pour les nouveaux DIU hormonaux (JAYDESS et KYLEENA), les dispositifs nécessitent une seule main car le poussoir se trouve sur une poignée attachée au tube inserteur.



- Pose par méthode « directe » ou « technique de la torpille » : initialement décrite en 2006 sur internet par Cristalli-Bonneau, et retrouvée sur de nombreux blogs et sites

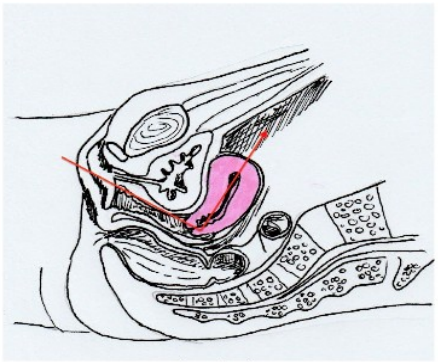
internet, cette méthode n'utilise ni la pince de Pozzi et ni l'hystérométrie. Celle-ci est surtout utilisée pour les DIU en Y. La bague est placée à environ 4cm comme point de repère. Le tube inserteur est introduit jusqu'à sentir une résistance qui traduit le passage de l'orifice interne du col. On pousse ensuite doucement le poussoir sans bouger la canule, ce qui déplie le DIU, puis on retire la canule.

- Section des fils de nylon avec les ciseaux, pas trop courts ni trop longs.

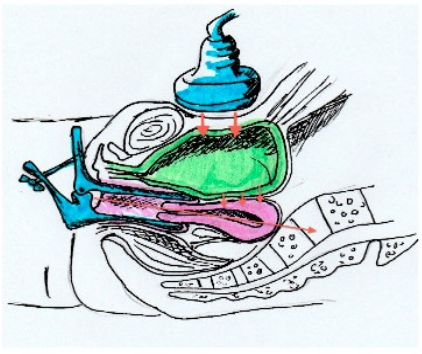
Après la pose :

- Carte remise à la patiente avec date de la pose, type de DIU et identification du professionnel de santé
- Prescription d'antalgiques possible (Paracétamol, Spasfon, voir AINS)
- Echographie de contrôle préconisée entre 3 et 6 semaines après la pose pour vérifier son emplacement et détecter un déplacement précoce.
- Surveillance gynécologique adaptée selon la patiente et selon symptômes.

Annexe 6 : technique de pose de DIU sous écho-guidage selon Dr DESSEIGNET



utérus antéversé



alignement utéro-vaginal d'un utérus antéversé

Annexe 7 : classement des motifs de consultation par fréquence, en 2009

Classement des 50 RC les plus fréquents

par patients pour tous les patients pour l'année 2009

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16556	24.28
2	ETAT FEBRILE	11849	17.38
3	HTA	8935	13.10
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8418	12.34
5	VACCINATION	8224	12.06
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7838	11.49
7	HYPERLIPIDÉMIE	5700	8.36
8	LOMBALGIE	4689	6.88
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4063	5.96
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3483	5.11
11	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3175	4.66
12	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3125	4.58
13	RHINITE	2944	4.32
14	PLAINTE ABDOMINALE	2758	4.04
15	CONTRACEPTION	2658	3.90
16	TABAGISME	2588	3.80
17	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2512	3.68
18	TOUX	2498	3.66
19	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2479	3.64
20	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2356	3.45
21	BRONCHITE AIGUË	2333	3.42
22	DIABETE DE TYPE 2	2328	3.41
23	DERMATOSE	2231	3.27
24	INSOMNIE	2191	3.21
25	OTITE MOYENNE	2113	3.10
26	ANXIETE - ANGOISSE	2093	3.07
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	2011	2.95
28	ARTHROSE	1927	2.83
29	ASTHENIE - FATIGUE	1902	2.79
30	ASTHME	1872	2.75
31	CYSTITE - CYSTALGIE	1869	2.74
32	CERVICALGIE	1820	2.67
33	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1812	2.66
34	CONTUSION	1790	2.62
35	ECZEMA	1635	2.40
36	SUITE OPERATOIRE	1619	2.37
37	CONSTIPATION	1501	2.20
38	SINUSITE	1481	2.17
39	DEPRESSION	1452	2.13

Annexe 8 : texte de présentation et d'introduction du travail de thèse pour le recrutement des médecins généralistes

« - Bonjour, je m'appelle Sarah LAURENT. Je suis médecin généraliste et je réalise un travail d'étude pour ma thèse. Mon sujet porte sur le dispositif intra-utérin, et concerne les médecins généralistes ne posant pas de dispositif dans leur cabinet médical. C'est une étude qualitative, donc qui se déroule sous forme d'entretien ou de conversation d'une durée variable selon la discussion. Chaque entretien est enregistré via un dictaphone si vous êtes d'accord, pour être retranscrit ensuite par écrit. Il reste anonyme. Vous porterez le chiffre ou le nombre en rapport avec l'ordre chronologique des entretiens. Les questions que je vous poserai seront très variables selon le sens de la conversation et différentes d'un entretien à l'autre. Seule la première question est commune pour tous les médecins. A savoir ; l'entretien peut être fait directement à votre cabinet si vous avez des disponibilités, même entre 12h et 14h ou sur rendez-vous, ou par téléphone si cela vous arrange. Je vous remercie par avance si vous pouvez m'aider dans mon travail. »

Annexe 9 : canevas d'entretien initial et final

DIU contraception	Geste de la pose	Gynécologie en médecine générale	Freins/réticences	Formations/ connaissances
Que pensez vous de ce moyen de contraception ?	Qu'avez vous en tête lorsque je vous dis « pose du DIU » dans votre cabinet ?	Quelle place prend la gynécologie dans votre pratique courante ?	Comment expliquez vous le fait que vous ne posiez pas de DIU ?	Comment vous êtes vous formé en gynécologie ?
Quelle est votre opinion sur le DIU ?	Que pensez vous du geste médical de la pose du DIU ?	Comment la gynécologie est représentée dans votre pratique courante ?	Pourquoi ne posez vous pas de DIU ?	Quels ont été vos stages/ formations/DU durant votre carrière ?
Comment voyez vous ce moyen de contraception ?	Comment imaginez vous la pose du DIU ? (selon réponse : et dans votre cabinet ?)	Quelles sont les pratiques gynécologiques que vous réalisez dans votre cabinet ?	Quelles peuvent être, selon vous, vos réticences à la pose de DIU	Comment évalueriez vous (jugeriez vous) votre apprentissage, vos expériences et vos formations en gynécologie ?
Décrivez moi/Détaillez moi votre avis sur le DIU ?		Racontez moi votre expérience en gynécologie ?	Quelles sont vos limites à la pose du DIU ?	
DIU comme « corps étranger » ou différence avec les autres contraceptions.	**Facteur ethnoculturel**			
Selon vous, qu'est ce qui différencie le DIU des autres moyens de contraception ?	Quel va être votre discours avec les patientes réunionnaises entre les différentes cultures et ethnies			

DIU contraception	Geste de la pose	Gynécologie en médecine générale	Freins/réticences	Origines des freins (mécanismes)
Que pensez vous de ce moyen de contraception ?	Qu'avez vous en tête lorsque je vous dis « pose du DIU » dans votre cabinet ?	Quelle place prend la gynécologie dans votre pratique courante ?	Comment expliquez vous le fait que vous ne posiez pas de DIU ?	Quelles peuvent être les origines de ces réticences à la pose selon vous ?
Quelle est votre opinion sur le DIU ?	Que pensez vous du geste médical de la pose du DIU ?	Comment la gynécologie est représentée dans votre pratique courante ?	Pourquoi ne posez vous pas de DIU ?	D'où viennent ces freins à la pose du DIU ?
Comment voyez vous ce moyen de contraception ?	Comment imaginez vous la pose du DIU ? (selon réponse : et dans votre cabinet ?)	Quelles sont les pratiques gynécologiques que vous réalisez dans votre cabinet ?	Racontez moi les raisons qui vous freinent à poser des DIU à votre cabinet ?	A votre avis, comment ces réticences se sont elles construites
Décrivez moi/Détaillez moi votre avis sur le DIU ?	Comment évalueriez vous la technicité/difficulté de ce geste ?	Racontez moi votre expérience en gynécologie ?	Quelles peuvent être, selon vous, vos réticences à la pose de DIU	(selon la/les réticence(s) développées, rappeler le souvenir de la première fois qu'elle est apparue ?)
	Qu'avez vous ressenti lorsque qu'une de vos patientes vous a demandé si vous posiez des DIU ?		Quelles sont vos limites à la pose du DIU ?	
Expériences personnelles	**DIU comme « corps étranger » ou différence avec les autres contraceptions.**	**Facteur ethnoculturel**	**Formations/ connaissances**	**Les solutions/ perspectives**
Si je vous dis DIU, cela vous rappelle t'il quelque chose ? Racontez moi	Selon vous, qu'est ce qui différencie le DIU des autres moyens de contraception ?	Quel va être votre discours avec les patientes réunionnaises entre les différentes cultures et	Comment vous êtes vous formé en gynécologie ?	Qu'imagineriez vous comme solution pour vous convaincre de vous mettre à la pose de DIU ?
Que pouvez vous me racontez comme expériences personnelles sur le DIU ?	Comment voyez vous le dispositif intra-utérin ?	Décrivez moi votre ressenti quant à l'approche du DIU chez les patientes réunionnaises ?	Quels ont été vos stages/formations/DU durant votre carrière ?	Quelles solutions pourraient vous donner envie de poser des DIU ?
Quelles sont vos expériences vis à vis du DIU ?			Comment évalueriez vous (jugeriez vous) votre apprentissage, vos expériences et vos formations en gynécologie ?	

A

CNIL.
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Madame LAURENT Sarah
17, PLACE LES COQUILLAGES
97434 SAINT GILLES LES BAINS

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2210137 v 0

du 28 novembre 2018

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :
1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.
Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame LAURENT Sarah

Service :

Adresse : 17, PLACE LES COQUILLAGES

Code postal : 97434
Ville : SAINT GILLES LES BAINS

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0692922018
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 28 novembre 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

NOM/Prénom : LAURENT Sarah

Opinion sur l'usage et la pose du dispositif intra-utérin, identification des réticences et de leurs origines chez le médecin généraliste réunionnais ne posant pas de DIU.

Résumé :
Contexte : Malgré une couverture contraceptive optimale, l'incidence des IVG reste importante en France métropolitaine (14,4 pour 1 000 en 2017). A La Réunion, elle fait partie des plus élevées (20,7 pour 1 000 en 2017), avec une incidence encore plus importante chez les patientes mineures. Le souci n'est pas l'accessibilité de la contraception mais sa gestion, puisque la première contraception prescrite reste la contraception orale dont l'observance est variable. Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace et de longue durée d'action. Depuis 2004, il est proposé à toutes les patientes quel que soit leur parité. Les médecins généralistes sont en première ligne dans le discours et l'orientation contraceptive des patientes mais pratiquent peu la pose de DIU. De nombreux freins ont été identifiés en métropole. Notre objectif était d'identifier les freins des médecins réunionnais ainsi que les possibilités de « déconstruction » de ces freins.
Méthode : Etude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés à La Réunion ne posant pas de DIU. Une analyse inductive générale a été réalisée.
Résultats et discussion : L'étude a été réalisée entre août et novembre 2018 auprès de 13 généralistes. L'opinion générale sur le DIU était positive et favorable. L'ensemble des médecins connaissaient les indications chez la nullipare et voyait l'observance comme le principal avantage. De nombreux *a priori* persistaient, souvent liés à une méconnaissance du DIU. Les freins identifiés sont relativement similaires à ceux de métropole et dans la littérature internationale, liés aux médecins, aux patientes et au contexte environnemental. A La Réunion, ce geste est délégué en raison de la densité médicale élevée en gynéco-obstétriciens et de sages-femmes, et d'une faible demande des patientes.
Conclusion : Il existe probablement un lien entre la formation théorique et pratique à la pose de DIU, jugée insuffisante par les généralistes, et le contexte actuel de faible sollicitation/offre de soins suffisante. Des perspectives d'avenir se dessinent, afin d'élargir l'accès à ce contraceptif : formation pratique initiale et continue aux gestes utiles (FCV, pose d'implant ou de DIU), informations et counseling des patientes, accès rapide et facile à l'échographie, apprentissage de techniques de pose alternatives, dépistage des IST en pré-pose pour limiter les MIP.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin, Contraception, Réticences, Médecine générale, Réunion, Etude qualitative

NAME/Surname : LAURENT Sarah

An opinion on the use and insertion of the intra-utérine device (IUD) and the origins of why generalist doctors in the Reunion island are reluctant to using it.

Abstract :
Introduction : Despite an optimal contraceptive coverage, France currently has a high induced abortion rate (14,4 for every 1000 people in 2017). The Reunion island in particular has one of the highest rates across all French departments (20,7 for every 1000), especially evalent among underage women.. The problem isn't accessibility to contraception, rather the daily management of it. The number one contraception method in France continues to be oral contraception (the pill) which observance may be irregular. The IUD is an efficient contraceptive method, with excellent longevity, which since 2004 may be proposed to every patient, regardless of age or parity. Few generalist doctors, in mainland France and the Reunion island, practice the IUD insertion, due to many concerns identified in the medical literature, and despite the fact that doctors are often solicited by patients for advice and counsels on contraception. Our objective was to identifie the reluctances of generalist to using IUD in Reunion Island and the possibilities of dismantling methods.
Method : Qualitative descriptive study, by semi-directive interviews with generalist doctors in the Reunion Island who didn't insert IUDs. General inductive analysis was realized.
Results and discussion : This study is carried out from August to November 2018 with 13 generalist doctors. The overall opinion of them was positive and favourable. The doctors already recognised the indicators for the nulliparous patient and considered that observance was the primary benefit of this contraceptive device. But many stereotypes persist, probably explained by lack of knowledge, when comparing with others french and international studies, as doctors, and patients seem equally reluctant to using the IUD, which can also result from environnemental concerns. Doctors tend to delegate the IUD insertion to other health professionals (gyneco-obstetrician specialists or midwives), can be explained by both the high density of them associated low demand for IUD by women. was another hurdle which may be important to overcome the feeling that doctors hold that they are inexperienced and/or that they lack practice.
Conclusion : There is a probable link between theoretical and practical trainings of generalist doctors to the IUD insertion, and a context low demand and good health care facilities.There are some perspectives that exist to overcome those concerns in order to expand IUD access : the initial and on-the-job training for gynecologic acts (insertion of subnormal implant, IUD…), information and counseling for patients, an easier and quicker access to echography, trainings on other IUD insertion method, screening for sexually transmitted diseases before IUD insertion to prevent pelvic inflammatory diseases.

Key-words : Intra-utérine Device, Contraception, Reluctancy, General Medicine, Reunion Island, Qualitative study.