

UNIVERSITE D'ANGERS
FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Marie GUYOMAR

Née le 16/05/1983 à Brest

Gwladys GUILLOTEAU

Née le 27/02/1983 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le : 16 Novembre 2012

***QUE PENSENT LES GYNECOLOGUES ET LES MEDECINS
GENERALISTES POSANT DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS, EN
SARTHE ET EN MAINE ET LOIRE, DE CE MODE DE CONTRACEPTION
CHEZ LA FEMME NULLIPARE ?***

Président : Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

Répartition du travail

Gwladys Guilloteau a réalisé le recrutement et l'entretien des 17 médecins généralistes et gynécologues exerçant en Maine et Loire.

Marie Guyomar a réalisé le recrutement et l'entretien des 15 médecins généralistes et gynécologues exerçant en Sarthe.

Nous avons analysé conjointement les résultats et rédigé ensemble l'article et le résumé.

UNIVERSITE D'ANGERS
FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Marie GUYOMAR

Née le 16/05/1983 à Brest

Gwladys GUILLOTEAU

Née le 27/02/1983 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le : 16 Novembre 2012

***QUE PENSENT LES GYNECOLOGUES ET LES MEDECINS
GENERALISTES POSANT DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS, EN
SARTHE ET EN MAINE ET LOIRE, DE CE MODE DE
CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME NULLIPARE ?***

Président : Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)

MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM. ANNAIX Claude ANNWEILER Cédric	Biophysique et médecine nucléaire Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes BEAUVILLAIN Céline BELIZNA Cristina BLANCHET Odile	Immunologie Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement Hématologie ; transfusion
M. BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM. CAILLIEZ Éric CAPITAIN Olivier CHEVAILLER Alain	Médecine générale (maître de conférences associé) Cancérologie ; radiothérapie Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM. CONNAN Laurent CRONIER Patrick CUSTAUD Marc-Antoine	Médecine générale (maître de conférences associé) Anatomie Physiologie
Mme DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. DUCLUZEAU Pierre-Henri FORTRAT Jacques-Olivier HINDRE François JEANGUILLAUME Christian	Nutrition Physiologie Biophysique et médecine nucléaire Biophysique et médecine nucléaire
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM. LACOEUILLE Franck LETOURNEL Franck	Biophysique et médecine nucléaire Biologie cellulaire
Mmes LOISEAU-MAINGOT Dominique MARCHAND-LIBOUBAN Hélène MAY-PANLOUP Pascale	Biochimie et biologie moléculaire Biologie cellulaire Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM. MOUILLIE Jean-Marc PAPON Xavier	<i>Philosophie</i> Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne PELLIER Isabelle PENCHAUD Anne-Laurence	Radiologie et Imagerie médicale Pédiatrie <i>Sociologie</i>
M. PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M. PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes ROUSSEAU Audrey SAVAGNER Frédérique	Anatomie et cytologie pathologiques Biochimie et biologie moléculaire
MM. SIMARD Gilles TURCANT Alain	Biochimie et biologie moléculaire Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

Septembre 2012

Composition du Jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe

Directeur de thèse :

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Madame le Docteur PENCHAUD Anne-Laurence

Madame le Docteur PLARD Céline

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Remerciements communs :

A Mr le Professeur DESCAMPS, nous vous remercions de nous faire l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.

A Mme le Professeur BARON qui a accepté de diriger notre thèse, nous vous remercions de votre grande disponibilité et de vos conseils constructifs qui nous ont permis de mener à bien notre travail.

A Mme le Docteur PLARD et Mme le Docteur PENCHAUD, merci de participer à ce jury et de l'intérêt porté à notre travail.

A Mr le Professeur HUEZ Jean-François qui a accepté notre demande tardive pour faire partie de notre jury, nous vous remercions.

Merci également à Mme MILANI qui depuis toutes ces années est toujours aussi disponible et patiente.

Merci à tous les médecins qui ont acceptés de participer à nos entretiens et qui ont permis la réalisation de ce projet.

Remerciements de Marie :

Je remercie sincèrement Gwladys, ça a été un plaisir après avoir été ta co-interne de pédiatrie, de réaliser cette thèse avec toi. Et maintenant, quand on se reverra, ce ne sera plus pour travailler autour de cette thèse mais à se détendre autour de bons dîners!

Je remercie mes 2 amours: Yannis, je suis la plus heureuse depuis que j'ai la chance de partager ma vie avec toi, et notre petite Sophie, qui a débuté cette thèse dans mon ventre et l'a finie sur mes genoux! Quel bonheur de t'avoir ma puce.

Je remercie ma mère, mes frères, Adèle et Anne-Laure pour leur présence depuis toujours et les excellents moments que nous passons régulièrement ensemble.

Je remercie Céline Plard, qui grâce à notre rencontre lors d'un entretien de thèse m'a proposé de venir travailler à ses côtés; ce projet me fait très plaisir.

Et enfin je remercie tous mes amis et copines de fac!

Remerciements de Gwladys

Je remercie également Marie qui m'a proposé de réaliser ce sujet conjointement. Ce fut très agréable de travailler avec toi, cette collaboration a été enrichissante et motivante.

Un grand merci à Christophe et Norah pour leur soutien ainsi qu'à ma famille et mes amis.

Liste des abréviations

DIU: Dispositif Intra-Utérin

GEU: Grossesse Extra-Utérine

GIU: Grossesse Intra-Utérine

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

MIP: Maladie Inflammatoire Pelvienne

HAS: Haute Autorité de Santé

AINS: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

DREES: Direction Recherche Etudes Evaluation Statistiques

DU: Diplôme Universitaire

FMC: Formation Médicale Continue

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

INED: Institut National des Etudes Démographiques

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

Plan

Introduction	10
Matériel et méthode.....	11
Résultats	12
Discussion	21
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26
Table des matières	29

Introduction

Dans le monde, les dispositifs intra-utérins (DIU) représentent la première méthode de contraception avec plus de 110 millions d'utilisatrices. Ces chiffres élevés sont imputables à la Chine et à l'Asie du sud-est, où vivent les 2/3 des femmes porteuses de DIU. Parmi les pays développés, c'est en Europe que le DIU est le plus utilisé¹.

En France, le taux d'utilisation du DIU est faible: 21% des femmes en moyenne l'utilisent et seulement 1,3% des nullipares de 15 à 49 ans. Le taux s'élève à 20% pour les femmes ayant eu un enfant et 40% pour les femmes en ayant 2 ou plus². Cinquante pourcents des français pensent que le DIU est réservé aux femmes plus âgées ayant eu un ou des enfants. Le DIU est encore principalement perçu comme une contraception d'arrêt et non comme celle d'espacement des naissances³.

Plusieurs études précisent les effets bénéfiques du DIU: contraception non hormonale, efficace, peu onéreuse et avec peu d'effets secondaires⁴⁻⁵. Il constitue un mode de contraception indépendant de la volonté et avec une longue durée d'action⁶. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le DIU comme méthode contraceptive de première intention, y compris pour la femme nullipare.

L'écart entre les recommandations et l'utilisation du DIU chez la nullipare des médecins généralistes et gynécologues en France nous a conduit à explorer les points de vue, représentations et pratiques des médecins généralistes et gynécologues en Sarthe et en Maine et Loire.

Matériel et méthode

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menée auprès de médecins généralistes et gynécologues de Sarthe et Maine et Loire.

Le recrutement a été fait selon un échantillonnage raisonné à variation maximale (âge, sexe, spécialité, mode d'exercice, lieu d'exercice, activité professionnelle supplémentaire, formation complémentaire en gynécologie). Les médecins généralistes ont été recrutés pour partie à une journée de formation médicale continue de gynécologie s'adressant aux médecins généralistes de Sarthe, Maine et Loire et Mayenne. Une information leur a été distribuée énonçant un travail de thèse sur le DIU. Les gynécologues et l'autre partie des médecins généralistes ont été contactés par bouche à oreille et dans l'annuaire. Les médecins non thésés, ne posant pas de DIU et les sages-femmes ont été exclus de l'étude.

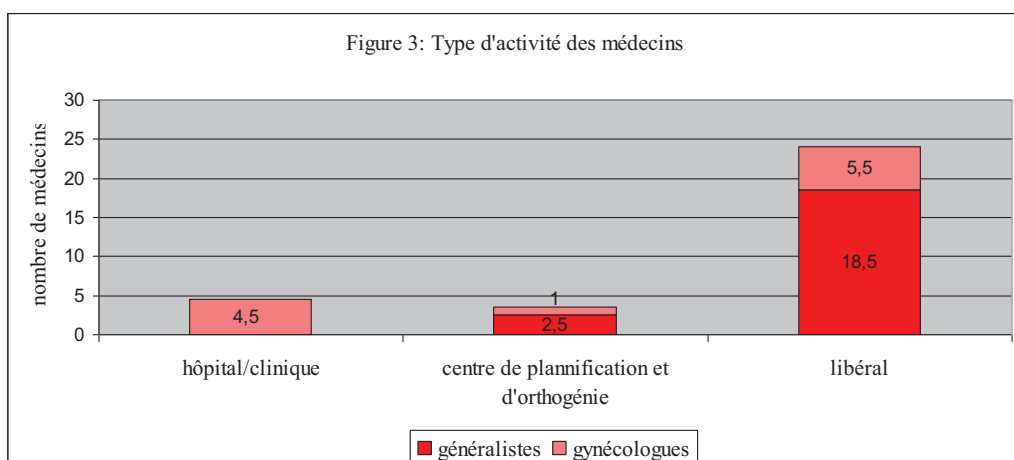
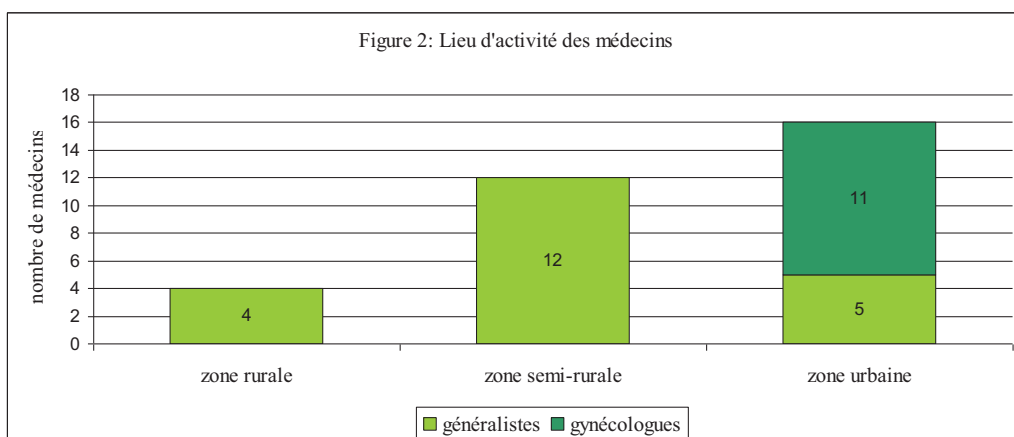
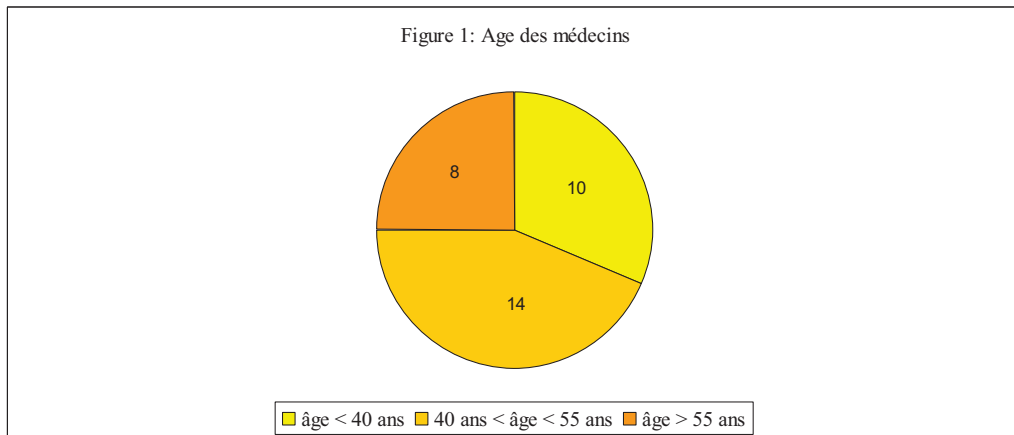
Le guide d'entretien élaboré à partir des données de la littérature (les recommandations HAS², les rapports de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)¹⁻⁶) a été ajusté au bout d'un mois. Il explorait dans un premier temps leur point de vue sur le DIU, la place de cette contraception dans leur pratique professionnelle et leur avis sur son utilisation et acceptation par les patientes. Puis il interrogeait leur pratique contraceptive chez la femme nullipare et en particulier celle du DIU.

Les interviews se sont déroulées de Janvier à Juin 2012, jusqu'à saturation des données. Elles ont duré en moyenne 30 minutes et ont été réalisés avec un enregistrement audio sur le lieu de travail des praticiens après leur accord et la connaissance du thème précis de la thèse. Ils ont été entièrement retranscrits constituant le verbatim de l'étude. Les données ont ensuite été codées manuellement par deux investigatrices et analysées sous forme thématique avec triangulation.

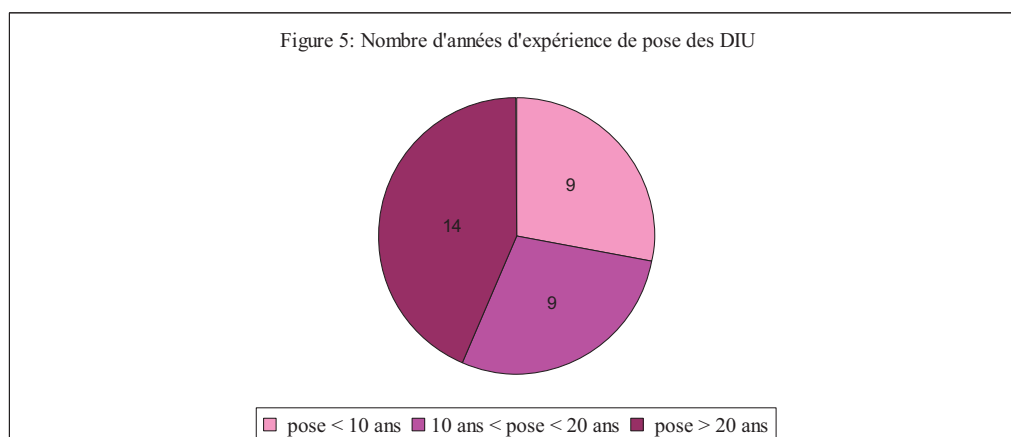
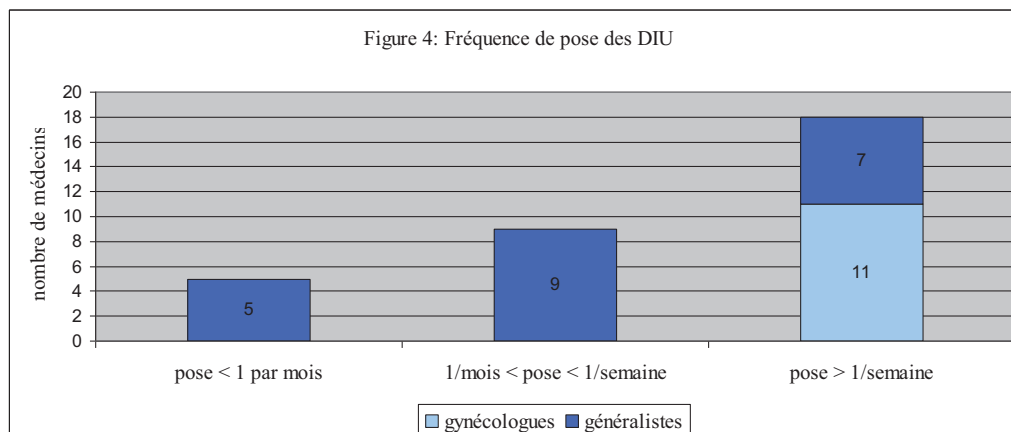
Résultats

I- Caractéristiques de la population.

Trente deux médecins (20 femmes et 12 hommes) ont participé à l'étude dont 21 médecins généralistes et 11 gynécologues.



La majorité des médecins généralistes avait un exercice de groupe et 7 avaient passé le Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie.



II- La place du DIU dans l'activité des médecins est variable.

La pose était considérée comme faisant partie de l'activité des gynécologues mais à intégrer dans leur exercice pour les médecins généralistes. Les motivations de ces derniers à le faire étaient multiples:

-La réponse à une demande. *«MG2m: Le fait qu'il y avait une demande : j'étais en campagne et j'étais obligée de faire de la gynéco.»*

-La proposition d'un choix exhaustif aux femmes. *«MG9g: De permettre aux femmes de pouvoir choisir leur contraception. Donc à partir du moment où elles choisissaient j'avais à leur proposer tous les modes de contraception et savoir le poser car si on sait pas faire je pense qu'on a du mal à en parler.»*

-Le manque d'accessibilité à une consultation de gynécologie.

-La volonté de réaliser une médecine globale. «MG5m: *Le temps d'attente pour avoir un rendez-vous déjà à l'époque et surtout c'est un acte qui est tout simple et de médecine globale: je m'étais installé pour faire de la médecine générale, complète.* »

-L'exercice auprès des médecins qui en posaient.

-L'apprentissage du geste technique pendant leurs études ou la participation à des formations de gynécologie.

Vingt cinq médecins avaient déjà posé un DIU à une femme nullipare, 7 n'en avaient pas posé. La pratique va de la proposition à la pose:

-Une majorité proposait et posait en deuxième voire en dernière intention mais cela restait un geste rare. «G2g: *Chez les nullipares jamais en première intention, toujours comme alternative quand on a des soucis de contraception.*», «MG8g: *Ca a dû m'arriver deux fois.*»

-Une minorité proposait en première intention et posait. «MG5g: *chez une jeune femme qui souhaite une pilule, on lui parle de tout à égalité.* »

-Une minorité proposait en deuxième voire en dernière intention mais ne posait pas, ils adressaient alors vers un gynécologue. «MG11g: *Je lui donne une adresse de gynéco.*»

-Une minorité proposait en deuxième voire en dernière intention, ne posait pas mais serait prête à le faire s'il y avait une demande. «MG7m: *Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser chez la nullipare? Je ne sais pas, les occasions.* »

-Très peu de médecins ne proposaient pas et ne posaient pas.

III- Le DIU chez la femme nullipare était majoritairement utilisé en deuxième voire en dernière intention.

Cela dépendait des caractéristiques propres au DIU, des particularités des femmes et de la pratique des médecins.

a- Le DIU existait parmi un panel de contraceptifs plus acceptables, plus efficaces et mieux tolérés.

Les autres méthodes pouvaient être plus faciles à mettre en place. «MG5g: *on leur en parle pas car il y en a d'autres alors pourquoi celui-là, c'est compliqué, il faut avoir ses règles, dans l'organisation, qu'elles aient sous la main la prescription.* »

Plus simple, la pilule était prescrite en priorité puis l'implant. «G1g: *souvent c'est la pilule d'emblée car c'est plus connu, c'est facile malgré tout.*», «MG4m: *les réponses des filles qui*

ne souhaitent pas la pilule et qui sont nullipares à l'heure actuelle se portent plus sur l'Implanon® que sur le stérilet.»

Le DIU nécessitait une intervention médicale pour le retirer. *«MG9g: cette contraception n'est pas aisée dans le sens où quand elle veut la prendre ou l'arrêter ça nécessite une intervention médicale.»*

Sa longue durée d'action n'était pas adaptée en raison du désir de grossesse supposé à court ou moyen terme. *«G1m: s'investir dans une contraception pour cinq ans alors qu'elles vont vouloir des enfants... en général, c'est la période de "reproduction" et c'est un peu dommage de mettre une contraception pour quelques mois.»*

Il était jugé moins efficace qu'une pilule bien prise, particulièrement le DIU au cuivre, surtout chez ces femmes ayant un indice de fertilité élevé. Le risque de grossesse extra utérine (GEU) et d'expulsion était considéré plus important. *«G4m: ...le stérilet à l'inverse de la pilule n'empêche pas la grossesse extra-utérine car il empêche la grossesse intra-utérine mais pas l'ovulation... », «G3g: ça avait été montré par une étude de l'Amgen...plus de 10% d'expulsions.»*

Sa tolérance était imprévisible. Il pouvait entraîner des dysménorrhées ou une aménorrhée, de l'acné, des douleurs et une prise de poids souvent mal acceptées à cet âge. Ces intolérances faisaient craindre aux médecins un refus dans l'avenir de cette contraception par les patientes. *«MG1g: Le fait aussi de ne plus avoir de règles ou des cycles irréguliers c'est plutôt moins bien vécu chez la femme jeune que chez la femme d'âge mur.»*, *«MG5g: C'est important de ne pas stigmatiser une expérience comme définitivement négative. Comme on a des années et des années de contraception à assurer, alors si la femme a des idées reçues sur un mode de contraception, c'est se priver de quelque chose qui pourrait être utile notamment après 35 ans si elle est fumeuse.»*

La taille actuelle du DIU hormonal était considérée comme inadaptée au col et à la cavité utérine des nullipares, les DIU courts au cuivre étaient majoritairement préférés. *«G1g: je prends des stérilets courts au cuivre. Les Mirena®, j'en ai mis quelquefois mais ... comme il est trop gros les gens reviennent car ça donne des douleurs.»*

b- Les femmes nullipares étaient définies par l'habitude de la pilule, leur jeune âge, leur mode de vie et leurs représentations.

La demande de DIU par les femmes nullipares était faible comparée à celle de la pilule. *«G3m: Les comprimés elles en prennent depuis qu'elles sont petites ... toutes leurs copines*

ont pris la pilule à 16 ans...c'est presque rentré dans les habitudes de vie normale d'une jeune femme la pilule ; le stérilet... sur un plan culturel, il est moins fréquent.»

Le très jeune âge était un frein important car l'utilisation du DIU semblait intrusive voire agressive en raison de l'absence de vécu de grossesse et d'expérience de suivi gynécologique. La pose pouvait perturber psychologiquement les jeunes femmes. «MG8m: *Une gamine de 16 ans, on va plutôt mettre un implant parce que réaliser ce geste technique à cet âge me paraît difficile. Si elles ont eu 3 rapports sexuels, ça me paraît pas adapté du tout. Psychologiquement je trouve que c'est vachement agressif.*», «MG2m: *chez la toute jeune je serai vraiment très réticente tant qu'il n'y aura pas des études à long terme pour voir vraiment si on ne fait pas une intrusion en elles, si ça ne peut pas les perturber psychologiquement.*», «MG1m: *je pense que du coup on crée un questionnement qui ne les concerne pas à ce moment là.*»

Son utilisation nécessitait une réflexion et un cheminement important, peu évident chez les jeunes patientes, qui vivaient plus dans l'instant. «MG1m: *...il faut qu'elle y ait pensé, je pense que ça se mûrit... chez la jeune c'est plus compliqué, on est tout dans l'instant alors que l'implant, c'est un peu comme la pilule, on reste dans l'instant.*»

Les explications avant la pose devaient être plus complètes que pour une multipare. «MG9g: *l'explication que je donne au début sur la pose n'est pas la même, la nullipare ne connaît pas la contraction utérine, le ressenti n'est pas le même.*»

Leur vie sexuelle était considérée comme instable donc à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) sans que cela soit recherché. Ce risque infectieux contre-indiquait pour beaucoup la pose du DIU. «MG7m : *on pourrait penser qu'elles débutent leur vie sexuelle donc éventuellement partenaires multiples... je le mettrais quand même en deuxième intention à cause de ça paradoxalement. C'est vrai que je le recherche pas ...*», «G2g: *Chez la nullipare qui est à risque élevé de maladies sexuellement transmissibles j'évite au maximum. J'en pose chez les nullipares en couple stable, autant qu'on peut-être en couple stable quand on est jeune.*»

La mobilité importante d'une vie non encore installée dans une profession empêchait un suivi gynécologique régulier et limitait l'accès facile à la pose d'un DIU. «G1m: *...ça demande un rendez-vous chez le gynéco et qu'elles n'ont pas toujours un suivi gynéco hyper régulier avec leurs études...*»

Les informations manquaient, étaient erronées et/ou n'informaient pas sur la capacité du médecin généraliste à le poser. «MG9g: *Ah je pensais que c'était réservé aux femmes qui ont*

eu des enfants.», «MG10g: *la seule chose que je veux dire c'est que contraception égale gynéco et que le médecin généraliste est exclu...il y a un rôle d'information auprès de la population qui est mal fait.»*

L'idée du corps étranger dans l'utérus était fréquemment rédhibitoire. «MG4m:.... *cette idée d'avoir un truc dans l'utérus qui gêne quand même. Je crois que l'utérus dans les représentations c'est plutôt fait pour recevoir les bébés plutôt que des corps étrangers.»*

La peur de la douleur, du manque d'efficacité et du risque de stérilité freinaient l'adhésion des patientes au DIU. «G1m: *elles me disent : "ça va faire mal, j'ai regardé sur internet ou ma copine s'en ai fait posé, c'était abominable."*», «MG2m : *elles ont souvent entendu une grossesse sous stérilet par la cousine, la copine...»*, «MG1m: *La peur de la stérilité: je trouve que si on ne l'avait pas appelé stérilet, ce serait sûrement beaucoup plus simple...»*

c- Chez les médecins, l'image du DIU restait plutôt négative, la pose plus complexe et peu sécurisante.

Leurs représentations s'intégraient dans un contexte propre à la France et entraînaient parfois un sentiment de transgression et un comportement de dénigrement. «MG9m: *L'image est globalement négative, je pense que le stérilet aurait besoin qu'on redore son blason... C'est propre à la France...»*, «MG4m: *c'est une pratique presque transgressive.»*, «G4g: *j'ai l'impression que je les dégoûte un peu, je leur dis bon d'accord je peux vous poser qu'un stérilet au cuivre, vous allez avoir des règles plus abondantes... vous pouvez avoir une GEU ou GIU et en plus si c'est des filles qui voyagent beaucoup si vous êtes à l'étranger et que vous avez un problème...»*

Les anciennes contre-indications et l'habitude de prescription de la pilule en première intention influençaient encore la pratique. «MG6g: *il y a quelques années on lisait c'est contre-indiqué donc les choses ont évolué mais c'est pour ça que ... ça leur fait peur.»*, «MG8m: *La grosse majorité de mes prescriptions, c'est quand même la pilule ; c'est très français. »*

L'intégration du DIU dans la proposition des modes de contraception prenait du temps et n'était donc pas lucrative. «MG12g: *Poser un stérilet, faire de la gynéco, ça prend beaucoup plus de temps... c'est pas lucratif...»*

La pose était considérée plus difficile et risquée:

- Un col plus tonique et jamais dilaté engendrait la peur de l'échec et des complications (malaise, perforation). «MG11g: *pour moi le geste est plus compliqué chez la nullipare...le col qui n'est pas le même, moins franchissable.»*

- La possibilité d'une anomalie utérine non connue (utérus cloisonné, utérus atypique) et l'absence d'appareil d'échographie inquiétaient. «MG11g: *comme elles n'ont jamais eu d'enfant, je ne sais pas si elles ont un utérus cloisonné ou pas ou un utérus atypique.*»

- Le ressenti du médecin de la capacité de la femme à supporter la pose participait à la sélection des patientes «MG1m: *... c'est vrai qu'elle est tellement particulière... parce que c'est une jeune elle a 17 ans, elle est très spasmophile, je pense qu'elle a peur du malaise vagal et... même le geste je ne suis pas sûre qu'elle soit prête effectivement, je pense que ça ne se passera pas bien.*»

- L'éloignement d'un centre de soins d'urgence dissuadait. «MG11g: *il y a plus de risque de malaise vagal et de problème syncopal donc j'ai pas envie d'essayer en cabinet de ville.*»

- Une mauvaise expérience ou un témoignage de pose difficile les décourageait à poursuivre l'utilisation du DIU. «MG7m: *... j'ai essayé une fois chez une patiente mais je n'avais pas réussi et c'est vrai que j'étais restée là dessus en me disant que je n'y arrive pas.*»

La pose du DIU n'étant pas un geste d'urgence, les médecins ne se sentaient pas obligés à y être formés. Ils pouvaient adresser à un confrère les posant régulièrement. «MG11g: *pour moi il y a jamais d'urgence à faire un geste alors s'il peut être mieux fait par quelqu'un d'autre que par moi alors c'est mieux.*»

La peur de compromettre par le risque infectieux la fécondité d'une femme considérée avant tout comme une future mère était très présente. La réalisation de prélèvements infectieux était très variable selon les médecins: systématique, au cas par cas ou nulle. «G2m: *... on est obstétricien de formation d'abord... une femme, c'est à priori une mère... On peut nous raconter tout ce qu'on veut, nous apporter des preuves de l'innocuité... chez une femme qui est en âge de procréer, lui proposer une contraception qui risque d'altérer réellement sa fécondité... c'est ça la préoccupation.*»

Les références bibliographiques actuelles leurs paraissaient peu rassurantes. «MG9m : *...il y a des recommandations qui m'autorisent à le faire mais si vous lisez les recommandations de l'HAS, ils vous prouvent par A+B qu'il n'y a pas plus de risque mais qu'il est quand même important de parler qu'il existe peut-être un tel risque donc ça ne nous aide pas...*»

IV- Des avantages permettaient parfois son utilisation en première intention.

a- Le DIU était considéré comme efficace, bien toléré et répondait aux besoins de certaines femmes.

Il n'y avait pas d'oubli possible. Sa longue durée d'action et son faible coût le rendaient acceptable et il ne majorait pas les complications infectieuses, les GEU, les expulsions. «MG2m: *c'est une contraception relativement sûre dans la mesure où la première cause d'échec chez les jeunes, ce sont les oublis.*», «MG4g: *... la durée de vie et le côté tranquillité pour les patientes car une fois qu'il est en place elles n'ont plus à y penser.* », « MG4g : *Je pense qu'avec un stérilet bien posé il n'y a pas plus d'infections. Ca n'est pas prouvé qu'il y ait plus de grossesses extra-utérines ni plus d'expulsions.*», «MG1g: *c'est efficace et remboursé.*»

Par l'absence d'oublis, elle répondait aux priorités contraceptives des femmes ayant un handicap mental ou un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle s'adaptait aux particularités des femmes: les contre-indications, le désir croissant d'absence d'hormones, la lassitude de la pilule. «MG4g: *Après ça quand elles sont fatiguées de la pilule, ou qu'elles l'ont oublié, ou qu'elles font une IVG, là souvent elles passent à un stérilet.* », «MG5g: *il y a l'aspect de jeunes femmes qui ne souhaitent pas d'hormones... On a de plus en plus de femmes qui sont dans ce type de demande, chez des patientes qui ont des contre-indications aux oestro-progestatifs...*»

b- La volonté de liberté et de confort caractérisait les femmes adhérant à ce moyen.

L'aménorrhée, l'absence de prise quotidienne et de renouvellement pouvaient faciliter leur mode de vie. «MG5g: *c'est des jeunes femmes qui peuvent être en changement de rythme donc pas de souci de prise quotidienne ou de consultations régulières.*», «G5m: *Je propose le Mirena® ... aux femmes sportives car elles ont moins de règles et elles sont prévisibles.*»

La femme dynamique, à l'aise avec son corps et sa contraception, sans désir de grossesse à court terme, travaillant et voyageant correspondait au profil psychologique et sociologique des femmes bénéficiant d'un DIU. «G5g: *Souvent ce sont des femmes dynamiques qui ont beaucoup d'activités et qui voyagent beaucoup. Il y a des très jeunes nullipares de 18-19 ans.*», «MG5g: *La tendance qui se dégage c'est des femmes assez à l'aise avec leur corps, qui ne rechignent pas à avoir un corps étranger, qui se projettent dans l'idée de pas avoir de grossesse tout de suite et des femmes qui n'ont pas besoin d'un moyen de contraception ostentatoire, des femmes qui revendiquent par la pilule leur statut de femme par exemple.*»

Le degré de satisfaction était très bon, d'autant plus que la patiente l'avait bien accepté. «G1g: les nullipares quand elles sont bien décidées pour le stérilet, il n'y a pas de problème. », « G1m:... j'ai envie de dire: essayer c'est l'adopter: 90 % des cas, elles sont super contentes, satisfaites. »

c- Les médecins souhaitaient répondre à une demande croissante des femmes et leur pratique était facilitée par l'expérience.

Proposer un panel complet de contraception était un service rendu à la femme et témoignait d'une qualité de pratique professionnelle. «MG9g: ...j'avais à leur proposer tous les modes de contraception et savoir le poser car si on sait pas faire je pense qu'on a du mal à en parler.», «MG12g: mais pour moi c'est un service rendu et c'est une qualité de métier.»

L'augmentation actuelle de la demande et la remise en question des pratiques habituelles influençaient les médecins et pourraient majorer la pose. «MG7m: ... il y a une demande de la part des nullipares à poser un stérilet, chose qu'on n'avait jamais auparavant.», «MG1m :...le fait de me ré-interroger sur la question... du fait de l'entretien si ça va modifier ma façon de le prescrire... »

L'appréhension et les difficultés diminuaient avec l'expérience de la pose, encourageant sa pratique. «MG7m: Si j'en pose deux ou trois d'affilé facilement et que j'ai pas de souci, ce n'est plus un frein.»

Discussion

I- Forces et biais de l'étude

Notre population était composée de médecins généralistes et de gynécologues afin d'enrichir les résultats par la diversité des formations et des pratiques. Seuls ceux qui étaient thésés posant des DIU ont été retenus afin d'avoir des avis basés sur l'expérience et d'éviter les idées préconçues. Les sages-femmes ont été exclues car le recul semblait insuffisant sur cette pratique autorisée depuis 2009. Nous avons sélectionné en variation maximale les participants selon l'âge, le sexe, le type d'exercice et la localisation géographique.

Lors des entretiens, les données recueillies sur le DIU en général nous ont permis de mieux cerner les pratiques des médecins mais seules celles concernant la nullipare ont été utilisées dans nos résultats. Nous avons obtenu une saturation des données avec double codage et triangulation.

La distinction entre nullipare et nulligeste n'a pas été faite, alors que l'avis de certains médecins différait selon cette notion.

II- Discussion des principaux résultats

a- Le DIU chez la nullipare était connoté négativement et majoritairement utilisé en deuxième voire dernière intention.

Nos résultats corroborent ceux de l'enquête Fécond³ réalisée en 2010 en France puisque parmi les 2011 médecins libéraux participants, 69% des gynécologues et 84% des généralistes pensaient que le DIU n'était pas indiqué chez la nullipare. Dans la thèse d'Elise Reynier⁷, interrogeant 100 médecins généralistes de Loire-Atlantique en 2011, elle retrouvait que 27% des médecins étaient totalement favorables au DIU chez la nullipare, 43% étaient favorables en deuxième intention et 30% y étaient opposés. Seul 37% d'entre eux posaient des DIU dont 43% aux nullipares.

Les médecins le posaient peu et les nullipares y étaient réticentes. La thèse qualitative de Nathalie Harb-Juhel en 2011 auprès de 11 médecins généralistes de Lyon et ses alentours aboutissait également à ce résultat⁸.

b- Les conditions de pose moins simples généraient des réticences.

Les particularités anatomiques du col rendaient la pose plus difficile pour une majorité, confirmant les données de la littérature⁹. Elle l'était d'autant plus avec le DIU hormonal, qui n'existe qu'en taille standard et qui possède un inserteur peu souple. Ce dernier était considéré dans notre travail plus fiable que celui au cuivre, alors que les études ne montrent pas de différence significative d'efficacité contraceptive². L'arrivée d'un DIU hormonal au format short à l'inserteur plus souple permettrait une pose plus facile, élargissant ainsi les indications. La peur de l'échec et des complications (perforation, malaise) disparaissait avec l'expérience de pose. Un enseignement pratique systématique faciliterait son utilisation.

Le contrôle échographique était utilisé par certains avant et/ou après la pose pour s'assurer de l'absence de contre-indication anatomique et de la bonne position du DIU. Il constituait pour d'autres une condition nécessaire. Les études ne recommandent pas cette pratique systématique mais insistent sur la nécessité d'un rendez-vous de contrôle clinique dans les semaines qui suivent et sur l'information des patientes concernant les signes d'alertes¹⁰⁻¹¹. Le cadre médico-légal de pose qui permet à tout médecin d'effectuer ce geste sans obligation de posséder du matériel de réanimation¹² était connu.

c- La peur de provoquer une infection et d'entraîner une stérilité post infectieuse était un obstacle majeur.

Les études montrent que le risque de stérilité n'est pas lié directement au DIU²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵ et que la survenue d'une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est secondaire aux IST²⁻¹³⁻¹⁶. Celles-ci dépendent du comportement sexuel: partenaires multiples et absence de protection par préservatifs. Chez les moins de 25 ans, la prévalence des IST est la plus grande et c'est dans cette catégorie d'âge que la proportion de nullipares est la plus importante¹⁷. L'exclusion à priori des nullipares semblait plus simple pour beaucoup alors que le repérage des femmes à risque et la réalisation en cas de doute d'un dépistage avant la pose permettrait de pondérer les craintes¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹. La difficulté à aborder le comportement sexuel, le sentiment de transgression lié au poids des anciennes contre-indications et l'absence de consensus de référence conditionnent probablement cette attitude. Des informations adaptées et des recommandations plus claires aideraient les praticiens à améliorer leur pratique.

d- Le jeune âge de la nullipare de moins de 20 ans était un frein.

La difficulté à échanger avec les jeunes femmes et les adolescentes sur le fonctionnement et la mise en place du DIU, les réticences à l'abord de leur intimité ainsi que le sentiment

d'intrusion témoignaient à la fois du respect de la pudeur constitutive et du tabou de la sexualité. Le comportement du « tout dans l'instant » limitait le temps de réflexion et de maturation nécessaire à l'acceptation du DIU confirmant les données de la littérature⁹. Les explications devaient être plus complètes et prenaient plus de temps. Ces facteurs liés à la période de l'adolescence limitent la logique de l'efficacité contraceptive promue en santé publique. « Il faut promouvoir les méthodes de contraception de longue durée et, en particulier, le stérilet » conseille l'IGAS²².

Proposer cette contraception fiable à ces jeunes patientes ayant un indice de fertilité élevé reste un objectif pour limiter le risque de grossesse non désirée à l'origine d'IVG, qui en 2010 représentaient 15‰ chez les moins de 20 ans et 27‰ chez les 20-24 ans²³. C'est dans cette dernière tranche d'âge que ce pourcentage est le plus élevé.

e- L'échange avec les médecins sur leur pratique avait permis à certains de la remettre en cause.

Malgré la connaissance de l'indication possible du DIU en première intention chez la nullipare, la pilule constituait très majoritairement la première prescription. Ce modèle de contraception propre à la France semble figé et peu flexible³, faisant écho à la difficulté de changer les habitudes et la nécessité de renouveler ses connaissances.

La comparaison de l'efficacité du DIU versus pilule bien prise était mise en avant. Pourtant selon l'HAS, en pratique courante cette dernière donne 6 à 8% grossesses pour 0.8% avec le DIU². Au regard de sa très bonne efficacité, il est recommandé que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre d'organisations professionnelles (FMC etc)³.

f- La demande des nullipares pour le DIU restait faible et son augmentation était bien accueillie.

Les patientes étaient peu ou mal renseignées et présentaient des craintes de stérilité, d'infection, de douleurs ou de grossesse non désirée. Durant l'adolescence, une information systématique sur les différents moyens de contraception aiderait à diversifier leurs demandes et promouvoir l'utilisation de ce contraceptif.

Considéré peu coûteux et ne nécessitant pas de consultation de renouvellement, il aurait une place adaptée. Les résultats de l'enquête Fécond corroborent ce point de vue : depuis 10 ans, les jeunes femmes de 20-24ans ont un suivi gynécologique moins régulier, utilisent moins la

pilule en raison de la dégradation socio-économique actuelle du pays et seules 43% des jeunes utilisatrices en situation financière difficile ont une pilule remboursée³.

Conclusion

Pour les médecins, le DIU chez la nullipare était majoritairement utilisé en deuxième intention et était connoté négativement. Ils le considéraient comme une contraception efficace offrant liberté et confort mais également intrusive et potentiellement dangereuse par le risque infectieux. La pratique de pose s'améliorait avec l'expérience du médecin et la bonne acceptation du DIU nécessitait de tenir compte du temps de réflexion de la patiente.

De nouvelles études concernant le risque infectieux et le retentissement psychologique de la pose chez la très jeune patiente, une formation pratique et l'arrivée d'un petit dispositif hormonal en favoriseraient l'utilisation. L'exploration des représentations des patientes seraient intéressante afin d'améliorer l'information qui leur est donnée et aider à la promotion de ce moyen.

La contraception est un enjeu de santé publique et au-delà des représentations, l'actualité socio-économique peut limiter les femmes dans la priorité qu'elles vont donner à leur contraception. Dans le contexte actuel d'austérité, un remboursement de l'ensemble des contraceptions permettrait de limiter la dégradation de la couverture contraceptive en France et le remboursement à 100% du DIU serait un signal fort envers les médecins pour promouvoir son utilisation.

Bibliographie

- 1-INPES. Les françaises utilisent-elles un moyen de contraception adapté à leur mode de vie. 2011
- 2-HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004
- 3- Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. Population et sociétés 2012 ; n°492
- 4-Wiebe, Trouton, Dicus. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive device, J Obstet Gynaecol Can 2010 ; 32(4): 335-8
- 5-OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives 2005 ; 2ème édition
- 6-INPES. Que savent les français de la contraception. 2007
- 7-Reynier E. Dispositifs intra-utérins chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes, thèse 2011
- 8-Harb-Juhel N. Représentations des médecins généralistes sur l'utilisation des dispositifs intra-utérins comme moyen de contraception chez la nullipare, thèse 2011
- 9-Peltier G. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Revue de la littérature, thèse 2005
- 10- Morales-Roselló J. Spontaneous upward movement of lowly placed T-shaped IUDs. Contraception 2005; 72, n°6: 430-431
- 11-De Kroon, Van Houwelingen, Trimbos, Jansen. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Human reproduction 2003 ; 18, n°11: 2323-2327
- 12-Aspects médicaux-légaux de la pose des stérilets. Rev Prescrire 1989; 9(88):350-1.
- 13-Serfaty D. DIU et infection... mythe ou réalité. Réalités en gynécologie-obstétrique 2010 ;145 : cahier 1
- 14- Grimes, David. Intrauterine devices and infertility: sifting through the evidence. The Lancet 2001; 358 no9275: 6-7.
- 15-Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. The New England journal of medicine 2001;345 no8: 561-567.
- 16- Grimes, David. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. The Lancet 2000; 356 n°9234: 1013-1019.

- 17- Quereux C. Stérilité et nulliparité: des préjugés à la réalité. La lettre du gynécologue 1998 ; n°237
- 18- Infections génitales par Chlamydia trachomatis. Deuxième partie. A dépister, comme les autres infections sexuellement transmissibles, chez les personnes à risque. Rev Prescrire 2011; 31(333):524-9.
- 19-Infections génitales par Chlamydia trachomatis. Première partie. Moindre fertilité et grossesses extra-utérines en cas d'infections répétées. Rev Prescrire 2011; 31(332):445-50
- 20-DIU, alias stérilets. Première partie. Une alternative efficace à la contraception hormonale. Rev Prescrire 2009; 29(304):113-9
- 21-DIU, alias stérilets. Deuxième partie. Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin. Rev Prescrire. 2009 ;29(305):202-6.
- 22-IGAS. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009
- 23-Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. DREES études et résultats 2012 ; n°804

Table des figures

Figure 1 : Age des médecins	11
Figure 2 : Lieu d'activité des médecins	11
Figure 3 : Type d'activité des médecins.....	11
Figure 4 : Fréquence de pose des DIU	12
Figure 5 : Nombre d'années d'expérience de pose des DIU	12

Table des matières

Liste des abbréviations	8
Plan.....	9
Introduction	10
Matériel et méthode.....	11
Résultats	12
I- Caractéristiques de la population.....	12
II- La place du DIU dans l'activité des médecins est variable.	13
III- Le DIU chez la femme nullipare était majoritairement utilisé en deuxième voire en dernière intention.....	14
a- Le DIU existait parmi un panel de contraceptifs plus acceptables, plus efficaces et mieux tolérés.	14
b- Les femmes nullipares étaient définies par l'habitude de la pilule, leur jeune âge, leur mode de vie et leurs représentations.	15
c- Chez les médecins, l'image du DIU restait plutôt négative, la pose plus complexe et peu sécurisante.	17
IV- Des avantages permettaient parfois son utilisation en première intention.	19
a- Le DIU était considéré comme efficace, bien toléré et répondait aux besoins de certaines femmes.	19
b- La volonté de liberté et de confort caractérisait les femmes adhérant à ce moyen.	19
c- Les médecins souhaitaient répondre à une demande croissante des femmes et leur pratique était facilitée par l'expérience.	20
Discussion	21
I- Forces et biais de l'étude	21
II- Discussion des principaux résultats.....	21
a- Le DIU chez la nullipare était connoté négativement et majoritairement utilisé en deuxième voire en dernière intention.	21
b- Les conditions de pose moins simples généraient des réticences.	22
c- La peur de provoquer une infection et d'entraîner une stérilité post infectieuse était un obstacle majeur.....	22
d- Le jeune âge de la nullipare de moins de 20 ans était un frein.	22
e- L'échange avec les médecins sur leur pratique avait permis à certains de la remettre en cause.	23
f- La demande des nullipares pour le DIU restait faible et son augmentation était bien accueillie.....	23
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26
Table des figures	28
Table des matières	29
Annexes.....	30
Annexe 1 : Le premier guide d'entretien	30
Annexe 2 : Le deuxième guide d'entretien	32
Annexe 3 : Entretiens CD-rom.....	36

Annexes

Annexe 1 : Le premier guide d'entretien

Questionnaire thèse DIU et nulliparité (décembre 2011)

Préciser : Prénom-Nom-Age-Profession-Type d'exercice-Lieu d'exercice

1- Quelle est la place du DIU dans votre pratique?

- importante
- moyenne
- rare
- très rare

2- Quand le proposez- vous?

- lorsque l'on vous en fait la demande?
- à l'occasion d'un renouvellement de contraception?
- à partir d'un certain âge?
- en premier choix?
- en second choix?
- selon quels antécédents?

3- A qui?

- âge
- parité
- partenaire fixe ou non.
- antécédents

4- Quelle est la place du DIU dans la contraception pour vous ?

- majeure
- mineure

5- Que pensez-vous de ce mode de contraception?

- efficacité de la contraception
- facilité d'utilisation
- coût
- avis par rapport à la prise d'anti-inflammatoires au long cours

6- Quelle pratique en avez-vous?

- fréquence de pose (pourcentage de patientes ayant un DIU)
- indications
- depuis combien de temps en posez-vous?
- qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

7- Quel est votre avis sur ce geste technique?

- facilité

- à l'aise/ non à l'aise
 - comment le ressentez-vous?
 - incidents répertoriés
 - quel est le détail de votre procédure de pose et de contrôle?
- 8- Comment présentez-vous le DIU à vos patientes?
- 9- Quels arguments donnez-vous à la patiente pour lui proposer le DIU?
- 10- Quel est le ressenti des patientes?
- que pensent-elles de ce moyen de contraception? 1: quand vous le présentez
 2: quand vous l'avez posé
 - aborder les points positifs et négatifs évoqués par la patientes ainsi que les réticences
 - quelles croyances en ont-elles? rend stérile, provoque infections, interdiction d'en poser chez la nullipare, provoque des douleurs...
- 11- Si j'ai bien compris 1: vous posez des DIU chez la nullipare
 2: vous ne posez pas ou peu de DIU chez la nullipare
- sur quels arguments?
 - avantages? (expulsions plus fréquentes? infections plus fréquentes?)
 - inconvénients?
- 12- Pensez-vous que le DIU chez la nullipare est une contraception de premier choix ou de deuxième choix?
- 13- Chez quelle population de nullipare le posez-vous?
- G0P0
 - G1, 2, 3... P0
 - limite d'âge?
 - selon quels antécédents? (grossesses extra-utérines, infections génitales hautes, partenaires fixes ou non, antécédents cardio-vasculaires....)
 - antécédents de grossesse non désirée sous "une contraception dépendante de la volonté"
- 14- Quelles alternatives proposez-vous si vous ne posez pas de DIU chez la nullipare? Pourquoi plutôt ces moyens de contraception?
- 15- Si une femme nullipare vous demande la pose d'un DIU, que faites-vous?
- vous posez
 - vous refusez
 - vous adressez
- 16- Si une femme nullipare présente des contre-indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec la contraception hormonale, que lui proposez-vous?
- 17- Quel type de DIU posez-vous chez la nullipare? En fonction de quels critères?
- 18- Qu'est ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser ou à en poser plus?
- 19- Y a t-il des choses que vous aimeriez ajouter?
- 20- Qu'avez vous pensé de cet entretien?

Annexe 2 : Le deuxième guide d'entretien

ENTRETIEN THESE DIU ET NULLIPARITE

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Profession :

Type d'exercice : mixte- libéral-hôpital -orthogénie - clinique

Lieu d'exercice : rural – semi-rural – urbain / ville :

1- Quelle est la place du DIU dans votre pratique?

- importante
- moyenne
- rare
- très rare

2- Quand en parlez-vous ?

- lors d'une information globale
- quand il y a une indication

3- A quelle occasion le proposez- vous ?

- demande de la patiente
- contraception actuelle non satisfaisante
- renouvellement de contraception

- Y-a-t'il d'autres femmes à qui vous le proposez ?

- âge
- parité
- partenaire fixe ou non
- antécédents / raisons médicales (ménos-métrorragie, tabac)

- Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

- contre-indication du stérilet chez nulli/multipare
- selon capacité d'observance de la patiente

4- Quelle est la place du DIU parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique ?

- en fonction de chaque âge (%)
- DIU hormonal/DIU cuivre

5- Que pensez-vous de ce mode de contraception ?

- pour DIU hormonal/DIU cuivre
- Principaux avantages pour vous ? Principaux inconvénients ?
- hormonal/non-hormonal
- efficacité
- facilité d'utilisation
- coût

6- Comment présentez-vous le DIU à vos patientes ?

- supports ?
- Concrètement quelles informations vous paraissent utiles sur les précautions à prendre ?
- anti-inflammatoires
- tampons
- Quels arguments positifs et négatifs donnez-vous à la patiente pour lui proposer le DIU

7- Quelle pratique en avez-vous ?

- Fréquence de pose (par semaine en moyenne)
- Depuis combien de temps en posez-vous
- Qu'est-ce qui vous a motivé à en poser
- Qu'est-ce qui vous a freiné à en poser, quels étaient vos freins

8- Quel est votre avis sur ce geste technique ?

- Facilité
- A l'aise
- Ressenti
- Incidents répertoriés
- Détail de la procédure de pose et de contrôle
- Dépistage systématique des IST
- antibiotique ou antimycotique systématique ?

9- Quel est le ressenti des patientes ?

- quand vous le présentez
- quand vous l'avez posé
- pourquoi

Points positifs et négatifs évoqués par les patientes, réticences des patientes, croyances des patientes.

- Stérilité
- Infections

- Interdiction d'en poser chez nullipare
- Provoque des douleurs
- Après la pose, avez-vous des demandes de retrait
- Est-ce fréquent ?
- pourquoi ?

10- Si j'ai bien compris vous posez ou vous ne posez pas de stérilet chez la nullipare ?

- Sur quels arguments ? Avantages ?

- DIU hormonal/DIU cuivre
- longue durée d'action
- non-hormonal
- indépendant de la volonté
- efficace
- coût

Inconvénients ?

- Expulsion
- Infections
- Grossesses extra-utérines
- Douleurs chroniques
- Anti-inflammatoires

Vous en posez :

11- Pensez- vous que le DIU chez la nullipare est une contraception de 1^{er} ou 2^{ème} choix ?
pourquoi ?

12- Quel type de stérilet posez-vous chez la nullipare, en fonction de quels critères ?

- Y-a-t'il des nullipares chez qui vous ne le posez pas ?
- Vous n'avez pas parlé du risque de
- profil de nullipare
- nulligeste/nullipare
- Age
- antécédents GEU, cardio-vasculaires, infection, partenaires
- Post-IVG

13- Qu'est ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser plus ?

Vous n'en posez pas :

14- Si une femme nullipare vous demande la pose d'un DIU, que faites-vous ?

- Vous posez
- Vous refusez
- Vous adressez ? A qui ?

15- Si une femme nullipare présente des contre-indications au traitement hormonal ou quelle est en échec avec une contraception hormonale, que lui proposez-vous ?

16- Qu'est-ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser chez la nullipare ?

17- Y-a-t'il des choses que vous aimeriez ajouter ?

18- Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

Annexe 3 : Entretiens CD-rom

Résumé :

Le dispositif intra-utérin est efficace, mais en France son utilisation chez la nullipare reste marginale. Nous souhaitons explorer les points de vue, représentations et pratiques des médecins pour expliquer ce constat.

Nous avons réalisé une étude qualitative en Sarthe et Maine et Loire par entretiens semi-dirigés auprès de 21 médecins généralistes et 11 gynécologues sélectionnés selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par thématique avec triangulation.

Le dispositif intra-utérin chez la nullipare était majoritairement utilisé en deuxième voire dernière intention. L'a priori d'une vie sexuelle instable engendrait la peur de l'infection et de la stérilité. La pose était appréhendée en raison d'un col non dilaté et de l'absence de dispositif hormonal de petite taille. L'immaturité et l'inexpérience du très jeune âge rendait la pratique du geste intrusive. La vie dans l'instant empêchait une réflexion nécessaire à l'acceptation. Les anciennes contre-indications influençaient encore les pratiques et la demande était faible, résultant de représentations négatives et d'un manque d'informations.

Mais pour certains, il restait une contraception efficace, bien tolérée, peu coûteuse, adaptée aux besoins de liberté, confort, sécurité et d'absence d'hormones. Son expérience facilitait la pose.

Une image négative restait associée à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez la nullipare. De nouvelles études sur le risque infectieux, une formation pratique, une meilleure information des femmes et l'arrivée d'un petit dispositif hormonal favoriseraient cette pratique.

Mots clés :

[contraception-dispositif-intra-utérin-stérilet-nullipare-nulliparité-médecine-générale-représentations]

Article :

Soumis

Suivi par : Madame le Professeur BARON Céline, directrice de thèse

G1g

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ?

Alors c'est difficile à répondre car c'est pas quantifié du tout, dans la contraception vous voulez dire ?

Oui.

Alors c'est plus volontiers chez les femmes qui ont eu des enfants et après la trentaine mais je saurais pas vous donner des chiffres exacts, je dirais 2 tiers / 1 tiers.

Quand en parlez-vous ?

Après les accouchements, quand il y a des difficultés de contraception de pilule, de lassitude, des oublis, après les IVG, quand il y a des échecs de contraception et quand les gens viennent ça fait partie d'une information.

A quel type de femmes vous le proposez ?

A toutes les femmes, les nullipares ça fait pas longtemps qu'on a le feu vert donc j'en parle. Il n'y a pas de restriction, je me dis pas avant 25 ans j'en pose pas, c'est les antécédents médicaux qui font qu'on le met.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Celles qu'on arrive pas à examiner mais souvent j'en parle, après c'est les gens qui décident.

Quels sont les avantages et inconvénients ?

Rien d'extraordinaire par rapport à ce qu'il y a dans la littérature. Au niveau de l'efficacité on est sur une méthode sûre, qui est intéressante selon la tranche d'âge. Le fait qu'il y ait stérilet hormonal et stérilet au cuivre c'est intéressant, la seule restriction c'est que l'hormonal n'existe pas en petite taille. En général c'est une bonne méthode qui est bien tolérée.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes ?

Je leur dis qu'il existe 2 types de stérilets hormonal et non hormonal. Je leur explique le mode d'action de chaque stérilet, j'ai un modèle de stérilet et je leur montre surtout au niveau de la taille car les femmes elles imaginent ça plus gros. J'explique les avantages et inconvénients de chaque, le fait que se soit une contraception sur le long terme. Et sauf contre-indication particulière, je laisse aux femmes le choix du type de stérilet.

Quelle pratique en avez-vous ?

J'en pose 2-3 par jour donc 1 dizaine par semaine.
Depuis plus de 20 ans.

Y-a-t'il eu des freins à ce geste technique ?

Non

Quel est votre avis sur ce geste technique ?

Moi je n'ai pas de difficulté particulière, après c'est des difficultés un peu techniques chez les femmes obèses parfois on a pas les spéculum suffisamment grands, chez les femmes

pusillanimes c'est parfois un petit peu compliqué. Moi, j'ai rarement d'échec de pose et certainement moins maintenant qu'il y a 20 ans.

Quelle est votre procédure de pose ?

Alors, je donne du cytotec® aux césariennes et aux nullipares ou si on a des problèmes pour retirer les fils et qu'il y aura besoin de petites manœuvres, ou les personnes qui ont fait un malaise vaginal lors de la pose. Il y a du spasfon® à la demande.

Je désinfecte à la bétadine® gynéco, j'utilise une pince en systématique pour le col et l'hystéromètre aussi et je pose. Je les revois 1 mois ou 2 après puis tous les ans. Je fais une recherche de chlamydiae chez les nullipares avant d'en mettre.

Avez-vous eu des incidents ?

Il y a des femmes qui tolèrent pas du tout, pour lesquelles ça déclenche des spasmes très douloureux et il faut le retirer dans l'heure qui suit, des malaises vagues, la perforation souvent on s'en rend pas compte à la pose, c'est souvent dans les jours ou mois qui suivent. Mais c'est pas très fréquent par rapport au nombre de stérilet qu'on pose.

Quel est le ressenti des patientes ?

Tout dépend si c'est les patientes qui sont demandeuses ou si c'est de l'information brute. Certaines disent non j'en veux pas, souvent c'est le corps étranger qui les gêne et les manœuvres qu'on va faire à ce niveau là.

Une fois qu'il est posé dans 99% des cas elles sont contentes, sinon c'est que le stérilet s'est un peu déplacé, qu'il est intra-mural et elles ont des douleurs soit c'est qu'elles ont des problèmes de ménorragies sous cuivre, de spotting sous mirena®, d'acné. Mais c'est infime. C'est aussi je pense parce que je les pose à des gens qui sont bien décidés à l'avoir, je force pas.

Vous posez des stérilets chez la nullipare ?

C'est soit sur des échecs de contraception ou suite à des IVG, c'est essentiellement ça ou des personnes qui se lassent déjà de la pilule et qui veulent du pas hormonal, on m'a demandé une contraception bio. J'en parle souvent mais c'est plutôt une demande de la part des patientes.

Lors d'une première demande de contraception chez la nullipare l'évoquez-vous ?

A 16 ans, non. Après tout dépend du contexte et de la discussion, souvent c'est la pilule d'emblée car c'est plus connu, c'est facile malgré tout. C'est simplement si il y a une interrogation alors je parle de tout le panel. Mais c'est pas une contraception dont je parle en priorité quand on a 20 ans.

C'est plutôt une contraception de premier ou deuxième choix ?

J'ai pas d'opposition à ce que ça soit un premier choix mais dans la pratique c'est plutôt un deuxième choix.

Y-a-t'il des inconvénients ?

Pour la patiente c'est plus compliqué. Je fais un chlamydiae avant, je prescris du cytotec® aussi systématiquement. La pose est pas tellement plus compliquée alors je prends des stérilets courts au cuivre. Les mirena® j'en ai mis quelquefois mais souvent les gens reviennent car comme il est trop gros les gens reviennent car ça donne des douleurs. Je fais systématiquement des contrôles échographiques après la pose, peut-être parce que ça fait que 3-4 ans qu'on commence à en poser.

Evoque-t-elles parfois des réticences ?

Le risque d'infection, de stérilité, des craintes lors des rapports sexuels que ça blesse le partenaire. Il y a toujours des rumeurs qui évoluent pas depuis 20 ans c'est un peu toujours la même chose qu'on entend.

Seriez-vous prête à en poser plus chez la nullipare ?

La demande. Moi j'ai pas de freins à en mettre donc après j'en poserais peut-être plus si le stérilet hormonal existait sous forme short. Le problème du stérilet au cuivre c'est les ménorragies.

Pensez-vous qu'il y a assez d'information autour du stérilet chez la nullipare ?

Je crois que ça commence pas mal, on en parle plus.

Aimeriez-vous rajouter des choses ?

Non pour moi ça fait parti du panel de contraception habituelle, c'est du quotidien. Chez les nullipares c'est moins le quotidien car c'est des accords récents. Mais il y a tout un travail sur les rumeurs, notamment les anti-inflammatoires qui sont encore méconnus des gens et des généralistes parfois. Surtout je laisse le choix. Si je pose un stérilet un peu de force ça se passe pas bien en général. Les nullipares quand elles sont bien décidées pour le stérilet, il n'y a pas de problème de pose et pas plus que chez une autre personne c'était ma crainte. Il faut bien sérier au départ les gens à qui on le pose.

G1m

Quelle est la place du dispositif intra utérin (DIU) dans votre pratique?
importante

Quand en parlez vous?

à chaque fois; chez la nulligeste ce n'est pas forcément en première intention. surtout après les accouchements systématiquement et en péri et préménopause pas mal.

A quelles occasions le proposez vous?

-après un accouchement

-s'il y a des facteurs de risques cardia vasculaires, si il y a une incompatibilité avec tous les autres moyens de contraceptions

-s'il y a des antécédents familiaux

Vous le proposez à l'occasion de chaque renouvellement de contraception?

plutôt chez la multipare systématiquement après les nullipares, ça dépend du contexte, si il y a des oublis de pilule, voilà, des antécédents.

Vous le proposez à tous les âges?

oui

Vous le proposez pour n'importe quelle parité?

oui

Partenaire fixe ou non?

ça n'influence pas du tout

Y- a-t-il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

celles chez qui de toutes façons la pose est impossible car je sais qu'elles sont réticentes dès le départ, celles qui ne sont pas partantes pour un stérilet, je ne les force pas à poser un stérilet mais pour les autres il n'y a pas de contre indication particulière à part les malformations utérines chez qui je ne les pose pas.

et puis les antécédents d'infections, dégrossisses extra utérines etc.. voilà les contre indications classiques, je n'en pose pas.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

Mirena c'est 80% et cuivre 20% et concernant les classes d'âge: le gros c'est 35-50 ans.

70% des stérilets que je pose sont chez les femmes entre 35 et 50 ans.

60% des femmes entre 35 et 50 ans ont un stérilet, et 30% des femmes en dessous de 35 ans.

Que pensez vous de ce mode de contraception?

Les avantages: éviter la prise de pilule quotidienne c'est vraiment un avantage, ça se pose pour 5 ans donc elles n'ont pas à renouveler leur contraception. Il n'y a quasiment plus de

règles chez la moitié des patientes qui ont un Mirena donc c'est hyper confortable aussi, il n'y a pas d'oestrogènes donc pas tous les effets indésirables notamment les tabagiques même qui fument pas beaucoup au moins on évite tout ça. ce qui est antécédent de cancer du sein c'est pareil, ça évite toutes les contre indications.

Les inconvénients: le risque que le stérilet bouge, le risque de grossesse extra utérine éventuellement et le risque de grossesse intra utérine qui n'est pas complètement exclu mais c'est ce qu'on leur dit avec la pilule c'est pas mieux, les saignements importants chez les patientes qui ont un DIU au cuivre; ça arrive qu'on ait à les enlever parce qu'elles ont des saignements trop importants, un peu de céphalées sous Mirena, c'est à peu près tout.

Chez la nullipare avez vous une préférence entre le DIU et le système intra utérin (SIU)?

Ca dépend si elle veut garder ses règles ou pas; après, si c'est un col qui est assez serré, j'aurai tendance à mettre un cuivre, un short qui sera de diamètre plus petit et de longueur plus petite.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

c'est un moyen de contraception efficace, plus efficace que la pilule parce qu'il n'y a pas tout les oublis liés à la pilule, que c'est bien supporté, qu'il n'y a pas d'oestrogènes donc tous les inconvénients liés à la pilule c'est souvent dû aux oestrogènes donc cela on les enlève, que ça n'empêche pas par contre un suivi gynéco

Je ne contre indique pas les anti inflammatoires ni les tampons.

Quelle pratique en avez vous?

J'en pose 5 par jour, 25 par semaine

J'en pose depuis 2005 depuis que je suis interne

Est ce qu'il y a des choses qui vous ont freiné à en poser?

non pas vraiment, je n'ai pas eu de mauvaise expérience.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

facile et je suis à l'aise avec.

Des incidents répertoriés?

une fois j'en ai mis un dans le myomètre.

Pouvez vous me détailler votre procédure de pose et de contrôle?

Je fais une hystérométrie systématiquement, j'utilise la pince de pozzi systématiquement, je l'introduis jusqu'au fond de l'utérus et voilà.

Avez vous une consultation de contrôle systématique?

oui, systématiquement 2 à 3 mois après sauf qu'ici il n'y a tellement pas de place qu'on ne peut même pas les contrôler donc elles reviennent un an après mais on leur dit de revenir si il y a un souci. Et je fais une échographie à chaque fois.

Est ce que vous faites une antibioprofylaxie ou des antimycosiques systématiquement autour du geste?

jamais

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et quand vous l'avez posé?

quand je le présente, c'est " ça va faire mal, j'ai regardé sur internet ou ma copine s'en ai fait posé, c'était abominable", ça c'est systématique et une fois qu'il est posé j'ai envie de dire:c'est essayer c'est l'adopter: 90 % des cas elles sont super contentes, satisfaites.

Quels points positifs et négatifs les patientes évoquent elles?

les points négatifs, ça peut être " est ce que ça va me provoquer des douleurs? est ce que je vais le sentir au moment des rapports? est ce que mon conjoint va le sentir?" Plus de règles ou des règles abondantes ça peut être gênant chez pas mal de patientes, et après les points positifs, c'est pas de prise quotidienne de pilule, c'est bien supporté, pas d'oestrogènes donc ça ne contre indique pas leur pratique à côté, leurs facteurs de risque, le tabac.

Est ce qu'elles vous parlent de peur de problème de stérilité que ça peut engendrer avec le stérilet?

non pas trop, pas plus qu'avec une pilule par exemple.

Quand vous en parlez à des nullipares, est ce qu'elles sont surprises?

Oui elles sont surprises en général, elles me disent " mais je croyais qu'on ne pouvait pas" et après c'est plutôt bien accepté.

Après la pose avez-vous des demandes de retrait?

oui mais je pense que quand on délivre une information qui est correcte avant avec tous les avantages, les inconvénients, les risques.. quand on prend un petit peu de temps, après on a peu de retrait.

J'ai très peu de retrait.

Quels sont les motifs?

parce qu'il était déplacé, ça arrive, ou elle présente des douleurs. Il y a peu d'indication de retrait. ou des saignements importants et qu'elles sont en anémie.

Quels avantages ça a pour vous de poser des stérilets chez la nullipare?

souvent, c'est parce qu'elles ont une contre indication aux oestrogènes la plupart du temps, ou bien c'est parce que vraiment c'est une population particulière et que la prise de pilule quotidienne n'est même pas envisageable, ou bien elles ont eu maintes IVG (interruption volontaire de grossesse) et que l'implant , on l'a a déjà essayé. Ce n'est pas en première intention.

Est ce qu'il y a des inconvénients d'en poser chez la nullipare?

La pose qui est quelques fois avec le col un peu difficile mais moi je le prépare avec du Cytotec et ça se passe très bien.

Est ce que vous avez plus de difficultés d'insertion chez la nullipare?

oui forcément, c'est plus délicat

pas plus d'infection, d'expulsion ni de GEU (grossesse extra utérine)

Pensez-vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de premier ou de deuxième choix?

Deuxième choix parce que s'investir dans une contraception pour 5 ans alors qu'elles vont avoir des enfants, même si on leur dit qu'on peut l'enlever d'ici 1an1/2 - 2 ans, en général, c'est la période " de reproduction" et c'est un peu dommage de mettre une contraception pour quelques mois.

Sinon je trouve que c'est bien.

Qu'est ce qui fait que ça reste quand même une contraception de 2eme choix pour vous chez la nullipare?

parce que la pose est un peu délicate, parce que ça demande un RDV chez le gynéco et qu'elles n'ont pas toujours un suivi gynéco hyper régulier avec leurs études...ça demande quand même un investissement, plus important qu'avec la pilule.

Quel type de stérilet posez-vous chez la nullipare?

Les 2. Le Mirena si l'utérus est grand, en général je fais une hystérométrie avant et je regarde un petit peu la longueur de l'utérus. Si vraiment l'utérus est tout petit, je pose plus un short, et au niveau du col si il est vraiment serré ou pas.

Y-a-t-il des nullipares chez qui vous ne le posez pas?

Celles qui ne veulent pas, celles qui ont des malformations utérines, celles qui sont bien sous pilule, pourquoi aller leur proposer un stérilet?

qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

Qu'il soit encore plus petit, le Mirena short, ça serait très bien.

Après c'est vraiment pas dans les mentalités des patientes, faut être honnête aussi; les patientes qui arrivent 18 -20 ans, leur poser un stérilet, bon.. et quand on leur propose déjà, il faut ramer un peu, mais après c'est bien supporté, c'est bien vécu, mais on bouleverse un petit peu les mentalités en mettant des stérilets chez les nullipares.

Y- a-t-il des choses que vous voudriez rajouter?

non

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

c'est bien, je voudrais avoir les résultats, c'est super intéressant.

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

Oui alors, ça a une place importante, j'en pose beaucoup entre 7 et 10 par semaine.

Depuis quand en posez-vous ?

Depuis mon internat en 1992.

Y-a-t'il eu des freins à ce que vous en posiez ?

Chez la nullipare au début, là où j'ai été formé on en pose pas chez la nullipare.

Quand en parlez-vous ?

Au-delà de 40 ans, quelque soit la parité, pour moi ça doit être le premier mode de contraception, avant 40 ans en post-partum ou à l'occasion d'une modification de la contraception. Chez les nullipares jamais en première intention, toujours comme alternative quand on a des soucis de contraception.

Y-a-t'il d'autres femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Non, même les GEU ce n'est qu'une contre-indication relative, à part certains pelvis gelés où il y a eu des antécédents infectieux importants.

Chez la nullipare ?

Chez la nullipare quand il y a une mauvaise tolérance des autres moyens de contraception.

Nullipare ou nulligeste ?

Ou échec d'un autre moyen de contraception. S'il y a des oublis fréquents je propose l'implant plutôt. Il y a une sorte de parallélisme entre l'implant et le stérilet et chez les jeunes il y a plus d'implants que de stérilets.

Quels sont les avantages et les inconvénients du stérilet chez la nullipare ?

Les complications tubaires qui sont rarissimes mais qui existent, la difficulté à la pose. Les avantages c'est en cas d'oubli c'est une technique sûre.

Quelle est la proportion du stérilet par rapport aux autres moyens de contraception dans votre pratique ?

Après 40 ans c'est 95% de stérilet et avant ça s'équilibre.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Je leur montre, je leur dis que c'est une technique sûre. Je leur parle des effets indésirables.

Quand vous parlez d'une première contraception, est-ce que vous présentez le stérilet ?

Non, mais peut-être que j'ai tort. Alors c'est pas parce que c'est mauvais ou c'est pas bon mais il existe d'autres méthodes plus faciles. Je pense que du début du suivi gynéco va dépendre toute la vie avec le gynécologue, la pose du stérilet est désagréable, l'examen gynéco en début de vie génitale n'est pas ce que préfèrent les jeunes filles.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

C'est très simple.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Je donne des choses avant la pose plutôt en tant que placebo, je parle du cytotec® car personne n'a jamais montré que le cytotec® ouvrait le col. Il y a peu d'effets indésirables, vous les mettez dans le vagin. Les AINS si elle a un utérus coudé. Je désinfecte, je fais une tentative sans pozzi, si ça passe pas j'utilise la pince et je fais un contrôle écho car j'ai un appareil d'écho disponible. Je ne fais pas d'antibioprophylaxie mais je pose des questions.

Quel est le ressenti des patientes ?

Ca fait toujours mal surtout quand il se déploie, elles l'expriment différemment en disant ça fait pas trop mal ou comme des règles douloureuses.

A distance de la pose ?

Ca dépend du type de stérilet, de leurs convictions. Celles qui n'ont pas d'effets indésirables elles se disent qu'elles auraient pu l'avoir depuis longtemps mais certaines prennent du poids ou ont des règles abondantes. Chez les nullipares elles ont mal mais à distance elles sont contentes.

Avez-vous eu des demandes de retrait ?

On en pose pas beaucoup chez les nullipares, 2 ou 3 par an, mais pas de demande retrait. Pour le stérilet aux hormones c'est la prise de poids, l'acné et les saignements en premier. C'est rare 1 tous les 2-3 mois

Quel type de stérilet posez-vous chez la nullipare ?

Des stérilets au cuivre car il est plus petit et que le mirena® n'est pas adapté à la nullipare.

Vous posez plutôt le stérilet chez la nullipare en deuxième intention ?

Oui. Chez la nullipare qui est à risque élevé de maladie sexuellement transmissible j'évite au maximum. J'en pose chez les nullipares en couple stable, autant qu'on peut-être en couple stable quand on est jeune, et qui a un réel problème de contraception et chez qui on se dit mieux vaut un stérilet qu'une IVG.

Y-a-t'il des choses qui feraient que vous en posiez plus chez la nullipare ?

Moi je suis convaincu que le mirena® quand il est toléré donc dans plus de 95% des cas, c'est ce qu'il faut comme contraception. Donc s'il y a un mirena® short.

Aimeriez-vous rajouter quelque chose ?

Il y a un biais c'est que j'ai beaucoup travaillé sur le stérilet et quand on discute correctement avec la patiente pour dépister les effets indésirables c'est un excellent moyen de contraception. Il y a des sociétés où il est beaucoup plus fréquemment posé.

Je trouve que c'est très intéressant. C'est majoritairement l'expérience de certains gynéco qui publient pas beaucoup dans les revues subventionnées par les labo mais des vraies études sur le stérilet chez la nullipare car ça existe mais à l'étranger en France on a pas cette pratique car c'est une autre société. Le profil mirena® par rapport au stérilet au cuivre, chez les nordiques y a pas de stérilet au cuivre, ils mettent que du mirena® et même dans les indications de stérilet au cuivre ils mettent du mirena® et ils s'en portent pas plus mal. Par exemple après chirurgie de synéchie ils mettent du mirena® alors qu'ici ça paraît aberrant.

On est influencés par les labo pharmaceutiques.

Tout dépend de ce que vous entendez par nullipare, il y a la nullipare de 35 ans et la première contraception. La nullipare de 35 ans et la très jeune fille, l'organisation du schéma corporel est différent. La demande est faible et c'est un profil particulier, c'est la cadre jeune dynamique qui sait ce qu'elle veut, qui veut privilégier sa profession et qui n'a pas envie de prendre la pilule.

Quelle est la place du DIU dans votre pratique?

Importante

Quelle pratique en avez vous? la fréquence de pose par semaine en moyenne?

Au moins un par jour et je consulte tous les jours.

Depuis combien de temps en posez-vous?

Je suis installé ici depuis 30 ans et avant les remplacements, les trucs.. donc au moins 35 ans.

Qu'est ce qui vous à motivé à en poser?

Parce que c'est une contraception géniale, voilà, c'est la simplicité, la facilité. de plus en plus comme nos petites contemporaines sont demandeuses de trucs faciles et la pilule c'est chiant!

Est ce qu'il y a des choses qui vous ont freiné à en poser?

La nuliparité par exemple!

A quelles occasions le proposez vous?

Faut que je sois complètement honnête? je me fous complètement que les dames aient une contraception ou pas, c'est pas mon boulot; mon boulot c'est de leur dire si c'est possible ou pas donc à vrai dire ce n'est pas à moi de proposer tel ou tel type de contraception ou pas , sauf si il y a des indications médicales, par exemple une pilule avec du cholestérol ou de la tension, c'est à moi de leur dire: la pilule c'est plus ça , il faut passer au stérilet parce qu'en dehors de ça on a pas grand chose à proposer. Mais en dehors de ça quand une jeune femme peut prendre une pilule ou un stérilet, le choix il est chez elle. Mon boulot à moi , c'est de dire," vous pouvez utiliser ça ou ça, ça on peut ou on peut pas" mais ce n'est pas à moi de l'orienter. et j'essaie d'être neutre.

Quelles méthodes de contraception vous présentez dans ces cas là?

Pas la méthode de Billings! mais en dehors de ça, les capotes et les spermicides machin c'est de la plaisanterie donc ça ne fait pas partie de la contraception, mais dans la contraception, les contraceptions hormonales c'est à dire les pilules bien sûr mais aussi le Nuvaring, les timbres contraceptifs et les traitements de freinage de substitution: c'est pratiquement la moitié de nos prescriptions en contraception hormonale. Je présente aussi mais sans grand enthousiasme les implants et puis le stérilet bien sûr. Alors le problème c'est que quand on fait le tour loyalement de la contraception, on en a pour une heure quand même! mais bon il faut prendre le temps de le faire parce que c'est pareil, si on veut que les dames soient bien avec leur contraception, il faut qu'elles aient choisi en connaissance de cause.

le stérilet vous le proposez systématiquement à toutes les femmes sauf à la nullipare?

Oui

Donc vous ne lui en parlez pas?

Si si parce qu'elles sont demandeuses maintenant. Il faut passer encore du temps pour leur expliquer qu'on peut mettre des stérilets chez des dames qui n'ont pas de petits mais que ce n'est pas une très bonne solution pour un tas de raisons. Mais il faut leur en parler, si , bien sûr.

Vous n'avez pas de limite d'âge pour le proposer?

Non

Est ce que le fait qu'il y ait un partenaire fixe ou non importe?

Oui, ça fait partie des raisons pour lesquelles on ne le propose pas chez les jeunes filles parce que voilà, c'est une contraception de mère de famille mais alors cette notion de mère de famille, c'est un truc assez marrant parce que un mec, ça dure , allez 3 ans , 4 ans, c'est assez difficile de chiffrer quelle est la mère de famille!parce que si on doit se contenter de proposer un stérilet qu'aux foyers fixes, alors on ne va plus en poser. Alors on leur explique les risques infectieux et après ils se débrouillent. Et puis une bonne salpingite, en général, on est tranquille, après il n'y a plus besoin de contraception, ça règle un certain nombre de problèmes!

Est ce qu'il a des antécédents ou des raisons médicales qui vous font poser plus un stérilet?

Toutes les contre indications médicales à la pilule, c'est essentiellement celles-ci donc toutes les histoires veineuses, vasculaires, une dame qui a un diabète.

Est ce qu'il y des femmes à qui vous ne le proposez pas?

Ben celles dont je connais les antécédents, qui ont déjà eu des problèmes avec le stérilet ou une histoire comme ça, je ne le re-propose pas, je leur dit " vous avez déjà eu des stérilets , ça a pas marché, ou vous avez eu des échecs, des machins, des trucs, ben on va pas recommencer".

A quels types de problèmes vous pensez?

Avec les stérilets classiques (cuivre) , toutes les histoires de saignements, de douleurs , de machins, d'intolérance propre au stérilet et essentiellement les histoires infectieuses. Moi je suis encore classique, quand les antécédents d'infections pelviennes, quand elles sont avérées, il faut être sûr de ce qu'on avance, il faut pas recommencer. On prend un risque stupide; Ca dépend du contexte aussi, si on prend une dame de 40 ans qui a eu 20 ans auparavant une histoire infectieuse pelvienne, si elle en fait une nouvelle , ça n'a pas trop d'importance, elle n'est plus désireuse de gamin, voilà. C'est pour ça que je pense à ce que vous me demandiez au point de vue de notre formation: on est obstétricien de formation d'abord, et donc ça change notre façon de voir les choses parce qu'une femme, c'est à priori une mère. on est formaté comme ça! on peut nous raconter tout ce qu'on veut, nous apporter des preuves de l'innocuité de telle ou telle thérapeutique, chez une femme qui est en âge de procréer, lui proposer une contraception qui risque d'altérer réellement sa fécondité, ça passe pas quoi, c'est ça la préoccupation.

Est ce que vous évaluez la capacité d'observance de vos patientes dans ces cas là pour lui proposer la contraception?

Oui, c'est le handicap de la pilule; alors il y a les alternatives avec les timbres et les anneaux contraceptifs.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

Je dirai après 35 ans, sûrement plus de la moitié et chez les plus jeunes , c'est inversement proportionnel à l'âge mais je ne pose pas de stérilet chez la nulligeste donc avant 30 ans, ça n'en fait pas énormément vu l'âge des premières grossesses de nos jours.

Dès qu'elles ont une grossesse en revanche vous en posez?

Oui. il y a un problème de commodité de pose aussi, voilà tout le côté pratique; Il y a tout le côté philosophique et médical puis y'a le côté pratique.

Quel est le pourcentage de cuivre et de Mirena?

Il doit y avoir 60% de Mirena et 40% de cuivre à peu près.

Que pensez vous de ce mode de contraception, les principaux avantages et inconvénients?

On n'a jamais inventé un truc aussi simple d'utilisation donc c'est incontournable, un jour ou l'autre, on viendra au stérilet et le Mirena par la-dessus c'est le pied parce que non seulement on a une contraception qui marche très très bien, du point de vue de son efficacité, c'est béton comme produit, avec un confort d'utilisation qu'on avait jamais eu avec aucun autre contraceptif. Vous ne nous entendrez pas ni les uns ni les autres dire du mal du stérilet enfin je ne crois pas , dans l'ensemble on est vraiment unanime. On a des critiques à faire du point de vue pratique de manipulation des choses comme ça mais sur le confort d'utilisation, c'est vraiment épatant et de ce côté là , le Mirena change la donne complètement à cause de la qualité des règles, c'est vraiment merveilleux et plus on avance en âge et mieux c'est.

Est ce que vous y voyez d'autres avantages?

Ben je crois que quand on a dit que la fiabilité, c'était chouette, le confort, c'était bien, ben c'est vraiment ce que l'on demande à une contraception.

Est ce qu'elle a des inconvénients pour vous?

Des inconvénients liés à la méthode, c'est le côté pratique lié à la pose mais en dehors de ça , il n'y a pas tellement d'inconvénients; Les inconvénients, c'est les risques qui sont liés à la méthode donc infectieux, les échecs mais qui sont infiniment moindre avec les Mirena qu'avec les stérilets cuivre. Et les histoires infectieuses: j'ai une vision de gynéco de province donc les dames changent de partenaire, c'est une affaire entendue mais quand même pas sur un rythme effréné. Et on a malgré tout encore pas mal de vrais couples que moi je connais depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans et qui ont toujours le même mec et donc chez qui j'ai désespérément jamais de Papilloma virus, jamais de Gono, rien enfin bon. Et donc la préoccupation infectieuse, c'est vraiment qu'elle est complètement prioritaire chez les plus jeunes mais chez les dames je dirais adultes qui sont notre clientèle normale des stérilets, c'est pas en première position.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes? Quelles informations vous lui donnez?

Je leur dit que c'est génial! Je suis un petit peu orienté, non pas tout à fait parce que il y a des échecs et je leur dis que ça ne convient pas à tout le monde, qu'il y a des utérus qui supportent plus ou moins mais que au point de vue fiabilité et confort de vie au quotidien, on n'a pas de mal à les convaincre parce que quand vous avez bouffé une pilule pendant 10 ans, vous en avez tellement marre qu'on attend avec impatience d'avoir un truc qu'on pose et qu'on oublie enfin! D'ailleurs c'est un des inconvénients du stérilet, c'est que justement , on l'oublie et que

l'on voit des vieux stérilets qui se baladent; on a tous des histoires de chasse sur les vieux stérilets. Donc il faut les tanner pour leur expliquer qu'il n'y a pas que le renouvellement de la contraception; mais ça après, chacun exerce la gynéco comme il veut.

Avez vous une conduite à tenir particulière par rapport aux anti-inflammatoires et aux tampons?

Pour les anti-inflammatoires non, pour les tampons non.

Quel est votre avis sur ce geste technique au niveau de la facilité?

Non, ce n'est pas compliqué c'est vrai, ça ne prend pas de temps c'est vrai aussi sauf que j'utilise aucun artifice, je ne fais pas prendre de Cytotec avant sauf quand j'ai été coincé par les cols, elles prennent simplement un peu de Spasfon, mais je crois beaucoup à l'anesthésie verbale! Je crois qu'il faut que nos patientes soient détendues pour la pose d'un stérilet; si elles arrivent en serrant les dents et les fesses, elles auront mal, surtout pour un Mirena; avec le stérilet cuivre, on a vraiment aucun souci, ça passe tout seul; 9 fois sur 10 il n'y a même pas besoin de pince sur le col. Pour les Mirena sans pince, c'est une fois sur 2 les bons jours. il est quand même gros, on attend avec impatience le Mirena 2!

Avez vous une consultation de contrôle systématique?

Oui mais elles viennent une fois sur 2 ou sur 3. Les Mirena, je leur demande de prendre RDV 6 mois après de façon à ce qu'elles puissent me raconter les 3 premiers mois d'adaptation qui nous intéressent; 3 mois pour les autres stérilets.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles?

Non

Est ce que vous faites une antibioprofylaxie ou des antimycosiques avant la pose?

Jamais. mais comme on fait systématiquement une recherche de Strepto pendant les grossesses, celles qui avaient dans les antécédents récents du Strepto, je mets une couverture antibiotique.

Avez vous eu des incidents répertoriés lors de la pose?

Je crois que j'ai dû avoir un vrai malaise vagal en 30 ans. mais je fais une écho avant, une écho après donc je sais où est mon utérus, je fais systématiquement une hystérométrie, j'ai des hystéromètres de calibres différents. C'est des précautions de rien du tout, ça prend 20 secondes mais on doit savoir jusqu'où il faut pousser son stérilet. Donc je n'ai jamais eu une seule fois une perforation en 30 ans. Je crois aussi qu'il faut sélectionner les patientes chez qui on pose: à l'écho avant de le poser, je mesure la largeur entrée les ostiums tubaires; quand elle est petite, il faut émettre des réserves en disant oui on peut essayer mais je ne garantis pas la fiabilité. Il faut les mesurer, moi je crois que ça doit faire parti du tri qu'on doit faire avant de mettre un stérilet. Pareil pour les utérus cicatriciels, on passe facilement à travers la cicatrice d'hystérectomie pour peu que l'utérus ne soit pas antéversé, donc je contrôle systématiquement à l'écho.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

Je sais pas, elles sont préparées à l'avance. Je leur montre à l'écran où il est, ses petits bras, ses petits trucs et du coup elles sont complètement tranquillisées et elles ne se posent aucune

question.

Et avec du recul elles sont globalement satisfaites?

Oh oui; la seule réponse à ça c'est le taux de renouvellement des stérilets; il n'y a pas beaucoup de dames qui quand elles ont eu des stérilets veulent revenir à la pilule. quelques unes parce qu'elles ont eu des contractions et y'a un certain nombre de femmes, moins maintenant, qui ne supportent pas bien de voir leurs règles bricolées.

Est ce qu'elles expriment d'autres réticences quand vous leur proposez?

On entend moins maintenant mais mais "oh, je vais avoir un corps étranger dans mon ventre", ça peut arriver mais je crois que ce genre de questions ne se posent pas si on leur a présenté honnêtement le stérilet.

Vous n'avez pas de questions sur une stérilité que ça peut entraîner ou de risque infectieux?

Non, quelques unes , en général ça je sais d'où ça vient, c'est les mères mais les jeunes femmes sont quand même bien plus ouvertes sur tous ces problèmes là.

Est ce qu'elles sont étonnées que vous leur disiez que c'est possible d'en poser chez la nullipare?

Non, elles sont plutôt surprises qu'on leur dise que ce n'est pas une très bonne idée et on voit de plus en plus maintenant des jeunes filles qui viennent demander un stérilet pour une toute première contraception parce que leur grande soeur en a, parce que ça se passe bien et parce que personne ne leur a dit qu'on avait des réticences à cause d'un certains nombres de risques.

Donc les demandes de retrait après la pose, elles sont très peu fréquentes c'est ce que vous disiez?

ah oui.

Alors si j'ai bien compris vous ne posez pas de stérilet chez la nullipare: sur quels arguments?

J'allais dire des arguments à la con! on a tous dans notre carrière posé des stérilets à des jeunes dames qui n'avaient pas d'enfant et on a tous eu au moins une fois une histoire de salpingite ou un truc comme ça sur un stérilet et quand vous enlevez un stérilet une fois même dans votre existence à une môme qui a vingt et quelques années qui n'a pas d'enfant et qui a des trompes pourries, ben vous vous dites "quel con, mais qu'est ce que je suis aller faire ce jour de foutre un stérilet bon sang! " Alors peut être c'est une notion que je n'ai pas parce qu'on n'en a pas parlé aux dernières journées machin est ce que les collègues qui posent des stérilets aux nulligestes font des bactério systématiquement ou pas et est ce que ça leur suffit parce que la bactério c'est de la biologie donc si il est positif c'est bien mais si il est négatif, ça veut dire quoi? ça veut dire que peut être il n'y a pas d'infection mais peut être qu'il y en a une et qu'on est passé à côté. On a vu tellement de coelios qui étaient des caricatures de chlamydiae avec des prélèvements négatifs bon, vous vous dites il y en a un des 2 qui est faux quand même.

Est ce qu'il y a d'autres choses qui font que vous ne posez pas de stérilet chez la nullipare ou c'est principalement le risque infectieux?

C'est principalement le risque infectieux mais aussi quand les filles se plaignent tout le temps d'avoir des contractions, côté confort...quand les stérilets sont trop grands par rapport à la cavité; Maintenant, est ce qu'avec les différentes tailles de fourbi qu'on nous propose, est ce

que ça ne facilite pas le problème enfin la question?peut être, certainement .

Est ce que vous en avez déjà posé ou pas du tout des stérilets chez la nullipare?

Oui, j'en ai posé quelques uns mais parce que quand j'étais jeune gynéco, je me disais , les vieux qui racontaient ça , c'étaient des vieux cons. C'est une coelio, une seule vous savez qui suffit; je la vois encore!

Ca fait combien de temps que vous n'en posez plus?

Je crois qu'après celle ci j'ai dû arrêter donc ça fait plus de 25 ans. donc je ne peux plus en parler aujourd'hui parce que je n'ai plus aucune expérience, j'ai un blocage total.

Même si vous participez aux formations gynéco régulièrement ça ne vous a pas fait changer d'avis?

Non mais je crois que je n'avais pas très envie non plus de changer d'avis donc je ne suis pas de bonne foi, je le reconnais; mais je les envoie, je ne suis pas un extrémiste , je leur dis d'aller voir un de mes collègues, je ne serai pas vexé, moi je vous expose mes opinions à moi mais je leur dis mais tout ce qu'on entend dans les réunions , les machins , les trucs, les collègues disent qu'on n'a pas plus d'histoires infectieuses avec les petites qu'avec les grandes, on a pas plus ou pas beaucoup plus d'incidents donc ça devrait nous rassurer mais voilà j'ai jamais osé refaire le pas dans ce sens là.

Si une femme nullipare présente des contre-indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec une contraception hormonale, que lui proposez vous?

A vrai dire, il n'y a pas énormément de contre indication formelle, totale définitive à toute contraception en dehors d'un cancer du sein ou de 36 000 embolies pulmonaires et encore on a le droit d'utiliser des micro pilules donc on n'en a pas énormément en fait de véto total. Par contre ce qui me navre, c'est qu'on ait plus le droit d'utiliser des Mirena dans les antécédents de cancers du sein et ça c'est un sacré handicap.

Y-a-t-il des choses que vous aimeriez rajouter?

Non, je crois que vous avez fait le tour.

Pensez vous qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du stérilet chez la nullipare?

Je ne crois pas, j'ai vraiment pas d'a priori. On fait parti des vieux soixante huitards donc les gens de ma génération, on a tous été des militants féministes et donc on n'avait pas d'a priori contre telle ou telle méthode contraceptive.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

C'est très bien. ça m'encourage pour la suite parce que des médecins généralistes s'intéressent vraiment à la contraception, ça c'est bien parce qu'il y a tellement d'amateurisme là dedans avec des résultats...

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ?

Importante

Vous en posez combien ?

200 par an

A quelle occasion en parlez-vous ?

A toutes les contraceptions

A quel type de femmes vous en posez ?

Aux non nullipares qui sont en période de monogamie stricte réciproque.

A quelles femmes vous le ne proposez pas ?

Aux nullipares, dans les périodes de divorce ou d'instabilité.

Quelle est la place du stérilet par rapport aux autres contraceptifs ?

C'est la parité et les rapports qui comptent.

Quels sont les avantages et inconvénients ?

Le stérilet au cuivre n'a plus sa place en contraception. Le stérilet à la progestérone c'est la meilleure invention du 20^{ème} siècle, de part son indice de pearl et de part sa tolérance. Il n'a pas été inventé pour ça mais pour régler les problèmes d'hémorragies fonctionnelles et d'après mes collègues experts il a diminué l'année dernière de 50000 le taux d'hystérectomie en France.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes ?

Je le présente de manière orale en expliquant comment ça marche, ses avantages, ses inconvénients mais grosso-modo dans la population étudiée il n'y en a pas beaucoup, l'indice de pearl et qu'il n'y a pas à s'en occuper pendant 5 ans. Il y a le problème des règles qu'il faut expliquer et le caractère non pathologique de l'absence de règles

Le stérilet au cuivre j'en mets sur les contre-indications de stérilet à la progestérone.

Quelles est votre pratique ?

Ca fait 37 ans que j'en pose.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

Il y a des gestes simples et gestes compliqués. Au début poser un ML c'était hyper simple et l'enlever c'était compliqué. C'était en forme de crabe. A l'ablation vous aviez le curetage biopsique pour le même prix. Les T étaient plus faciles à poser mais c'est à moins de 250 donc un indice de pearl qui est pas très bon. Les UT sont faciles à poser. Mais bon le fait que ça soit un cuivre il y a 2 ennuis c'est les ménorragies et le risque d'infection. C'est quand même plus fréquent qu'avec le mirena® qui est facile à poser et on a pas de GIU ou de GEU.

Quelle est votre procédure de pose ?

Rien sauf celles qui sont inquiètes il ya un antalgique, un anxiolytique et un chauffeur. Je mets pas de cytotec® car pas d'AMM. Je fais pas d'antibioprophylaxie systématique.

Pouvez-vous détailler le geste ?

Je mets une pince et je fais une hystérométrie. Je revois les patientes à 3 mois puis annuellement.

Au niveau organisationnel est-ce compliqué ?

Non, c'est du niveau de la consultation. Depuis 1978 il y a plus d'obligation d'avoir de l'oxygène dans le cabinet. Ca dure moins longtemps qu'une consultation.

Posez-vous des stérilets chez la nullipare ?

Oui mais dans des indications ciblées, si le bénéfice-risque est plus important, en sachant qu'il y a 2 problèmes, l'indice de pearl qui n'est pas le même ça avait été montré par une étude de l'AMGEN. Ils sont tombés sur un taux de complications rédibitoire : plus de 10% d'expulsion, plus de 10% de grossesse et les infections arrivaient en 3^{ème}. On a autre chose qui est meilleur que ça.

Les avantages ?

Si il y a une contre-indication absolue ou relative à la prise d'hormone je pense que l'on peut reconsidérer le stérilet mais en prévenant que l'indice de pearl est pas le même que chez une multipare, que le taux d'expulsion est plus élevé, que le taux d'abandon de la méthode est plus élevé et que le taux d'infection dépend du mode de vie. Plus il y a de monde dans le circuit, plus il y a de risque d'infection ; c'est à revoir avec le mirena® car on a pas d'études sur ça. Le risque infectieux c'est pas le premier chez la nullipare, il est plus lié à l'âge et au statut reproductif qu'à la nulliparité.

Y-a-t'il un profil de nullipare à qui vous en posez ?

Nullipare épileptique ou nullipare de plus de 35 ans.

En dehors des contre-indications si une femme nullipare vous demande un stérilet, que faites-vous ?

On discute.

Chez la nullipare le geste est-il différent ?

Le fait de mettre un hystéromètre est plus important que chez la non nullipare.

Vous posez aussi des mirena chez la nullipare ?

Comme il vient derrière l'implanon®, il y a pas beaucoup d'occasions de le poser. Le mirena® chez la femme épileptique pose le problème de l'induction enzymatique avec le risque de grossesse.

Quel est le ressenti de la femme nullipare après la pose ?

Elles étaient satisfaites. Les echecs de pose de stérilet dans les études ça va dans les perdus de vue, c'est deux tiers. Chez les nullipares j'ai pas eu de demande de retrait.

C'est quelle proportion de votre population ?

C'est moins de 5 % des poses, 95% c'est un mirena® chez la multipare.

Y-a-t'il des choses qui feraient que vous en poseriez plus chez la nullipare ?

Il faudrait qu'on me raconte que toutes les études sur l'abandon, le nombre d'expulsion et de grossesses chez les nullipares c'est bidon, et vu que c'est dans le british medical journal, je pense qu'on va avoir du mal. On peut pas proposer le stérilet chez la nullipare d'après les études versus une pilule bien prise ou un implanon®. Les hollandais disent que le stérilet chez la nullipare c'est bien mais c'est des hollandais c'est des généralistes et il faudrait revoir les études avec le nombre de perdus de vue. Les Etats-Unis il faut se méfier car ils en posent pas, elles vont se le faire poser au Canada.

Le nombre d'IVG ne baisse pas mais c'est le problème de l'ambivalence alors si vous réglez le problème à coup de stérilet...

G3m

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?

je dirai moyenne parce qu'on en pose pas mal.

Quelle pratique en avez vous?

Quelle est la fréquence de pose par semaine en moyenne? 1 ou 2 . (elle travaille 8 1/2 journées par semaine)

Depuis combien de temps en posez vous?

depuis que je suis interne, en 1979.

Avez vous eu des freins à en poser?

non

A quelles occasions le proposez vous?

à l'occasion des renouvellements pour savoir si les jeunes femmes qui sont sous pilule, ça leur convient toujours, j'en parle en post natal parce que c'est souvent l'occasion de revoir la contraception car il y a une interruption pour la grossesse et j'en parle quand il y a une contre indication à poursuivre la pilule bien sûr c'est à dire une femme qui fume : alors moi je me suis mise comme barre 35 ans, une femme chez qui je trouve une tension limite sans parler des contres-indications évidentes et puis sinon ceux sont les patientes qui en parlent parce que elles en ont marre de prendre la pilule ou qu'elles ont des oublis fréquents et que pour pallier aux oublis fréquents de la pilule, le stérilet peut être une bonne alternative.

Est ce que vous le proposez systématiquement à la nullipare ou non?

non, alors je ne suis pas très favorable chez la nullipare; d'abord parce que pour l'instant, le Mirena à mon avis n'est pas adapté à la cavité utérine des nulligestes hors c'est le seul qui soit vraiment fiable et que je considère que 1% d'échec avec le stérilet au cuivre chez une jeune fille de 20 ans, c'est trop; Je vois passer beaucoup de chlamydioses chez les jeunes filles et faire des prélèvements d'endocol à la recherche des chlamydiae c'est très intéressant car on en trouve beaucoup plus qu'on le croit chez des jeunes filles qui sont complètement asymptomatiques et je me dis que si en plus on leur pose des stérilets, on ne va pas leur rendre service donc moi ma politique: donc hormis les contre indications majeures et c'est surtout les thrombophilies, je ne pose pas de stérilet aux nulligestes. Alors j'ai quelques jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfant à qui j'ai posé un stérilet parce qu'effectivement soit elles ont un déficit en protéine S ou elles ne supportent pas les micro dosées, elles sont en couple stable, je les connais depuis longtemps, ce n'est jamais de première intention, et donc dans ce cas, je pose des stérilets au cuivre qui sont plus petits; j'attends le mini Mirena avec impatience parce que je pense que j'aurai des indications plus larges chez les nulligestes; depuis que je pose des Mirena, je n'ai pas un seul échec .

Vous passeriez alors au delà du risque infectieux?

oui si je les connais bien, si elles sont en couple. En plus du fait de la progestérone on doit avoir un petit effet supplémentaire sur la glaire donc je ne sais pas. Ca va peut-être modifier

nos pratiques chez les jeunes filles qui sont en couple stable. on a aussi des femmes qui ne veulent pas d'enfant. Les étudiantes "qui voyagent " non , je pense que le risque infectieux , il faut faire gaffe. Et aussi dans mon expérience j'ai l'impression qu'il y a un peu moins d'infection sur stérilet sous Mirena qu'avec les cuivres et je n'ai pas d'échec sous Mirena c'est à dire pas de grossesse intra ni extra, zéro. Il est vrai que quand je les pose je contrôle toujours par échographie qu'il soit positionné parfaitement bien donc ils sont en place parce que si on ne contrôle pas en écho on peut rester dans le col avec des cols spasmodiques.

Avez vous des limites d'âge dans les femmes à qui vous le proposez?

aucune; j'en ai même posé à 50 ans en traitement de ménorragies à titre thérapeutique.

Partenaire fixe ou non, est ce que ça a une influence?

ah oui. J'ai eu une patiente qui avait du Papilloma virus sous stérilet, j'ai fait un prélèvement d'endocol pour Chlamydiae, il est revenu positif, je lui ai dit on retire le stérilet et pour moi c'était rédhibitoire, c'était fini. Tant qu'elle n'a pas d'enfant, je n'en pose pas.

Y-a-t-il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

à part les nulligestes non. Une femme dont l'examen gynécologique est normal, je ne vois pas pourquoi. En fait c'est elle qui choisit, je ne suis pas très directive. Par rapport à la contraception en général, je réponds à une demande c'est à dire que je considère qu'avec la contraception, on est dans le confort et non pas dans le traitement. Elles me dit ce qu'elle souhaite elle avec sa personnalité parce que je pense que c'est vraiment lié à la personnalité sauf dans le cas où elle a une contre indication , là je suis directive. Pour moi, la nulliparité c'est vraiment le seul..., et pour l'instant je suis vraiment très très intransigeante. J' ai eu quand même un ou 2 abcès de l'ovaire avec les stérilets; je pense qu'on sous estime un peu le risque infectieux du stérilet; des pelvis péricytonites, on en voit de temps en temps qui évoluent à bas bruit. Ca arrive. C'est mon obsession. Je sais que tout le monde ne pense pas comme moi; après je les laisse libre les dames, je leur dit: " moi c'est comme ça que je fonctionne, maintenant vous trouverez toujours un gynécologue pour vous poser un stérilet, allez les voir mais moi je ne veux pas faire un geste que je pense potentiellement dangereux pour vous" mais voilà je ne suis pas sûre de détenir la vérité non plus. Les rares stérilets que j'ai mis chez des nulligestes, ça s'est bien passé, donc il faut pas non plus diaboliser le stérilet mais voilà, pour l'instant c'est vraiment mon ressenti.

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

Je pense que globalement j'ai plus de femmes plus âgées sous stérilet que de jeunes parce que les jeunes filles quelques fois, elles ont tellement pris l'habitude de prendre la pilule qu'elles n'ont pas envie d'abandonner leur pilule et arrivées au bout d'un certain nombre d'années de pilule, elles en ont ras le bol donc elles ont envie de changer parce que ça fait trop longtemps qu'elles avalent leur pilule et donc de façon logique ,elles réclament un stérilet, plutôt après 35 ans. Il y en a aussi beaucoup qui veulent faire leurs enfants d'abord. C'est elles qui le disent parce que moi , je veux dire, elle a eu un enfant, on peut penser d'une part qu'elle est en couple stable et puis je me dis une stérilité secondaire, c'est moins grave qu'une stérilité primaire; en plus le col a déjà été dilaté, la tolérance du stérilet est meilleure donc moi une jeune femme , même si elle a 28 ans, elle a un bébé, elle veut un stérilet, pour moi ce n'est pas un problème mais globalement je pense que beaucoup ne sont pas encore prêtes pour un stérilet: dans leur tête c'est pas mûr, c'est un corps étranger, c'est pas un geste naturel alors

que les comprimés elles en prennent depuis qu'elles sont petites, du paracétamol.. toutes leurs copines ont pris la pilule à 16 ans donc elles ont pris la pilule à 16 ans, c'est presque rentré dans les habitudes de vie normale d'une jeune femme la pilule, le stérilet est moins... sur un plan culturel, il est moins fréquent.

je dirais qu'après 35 ans j'ai plus de patientes sous stérilet que sous pilule à vue de nez mais je ne sais pas si c'est vrai et avant 35 ans je pense que j'ai franchement plus de patientes sous pilule, donc je dirais 70 et 30% dans les 2 cas de façon inversée.

Que pensez vous de ce mode de contraception?

je parle du Mirena, c'est un grand service qu'on a rendu aux femmes vraiment; alors il y a en a toujours qui ne sont pas bien avec mais pour 80 % d'entre elles, elles ont une contraception vraiment efficace, elles n'ont plus de contrainte, elles sont en aménorrhée ou quasi: c'est la libération.

Est ce que vous lui trouvez des inconvénients?

oui bien sûr, il y en a 20% qui ne sont pas bien avec: qui prennent du poids, de l'acné, qui ont des spotting, des douleurs pelviennes, des tensions mammaires.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

Je présente toujours les 2 stérilets; je leur dit ensuite qu'est ce que vous privilégiez: le côté bio écolo ou la sécurité.

Le cuivre , c'est le côté écolo parce que là on arrête d'absorber des hormones; si elles me disent " moi un échec sous contraception, c'est hors de question, je veux la sécurité " alors vous choisissez le Mirena. je leur montre des échantillons périmés, je leur dessine l'utérus et je leur montre comment je pose le stérilet. Beaucoup sont surprises, elles pensaient que c'était beaucoup plus gros. et puis après je leur propose même d'aller voir les forums sur internet parce que c'est là qu'il y a toutes les réclamations comme ça elles connaîtront le pire.

Avez vous une conduite à tenir particulière concernant les anti inflammatoires ou les tampons?

alors les tampons sûrement pas; les anti inflammatoires: je reste assez classique sur les cuivres: je leur dis de les utiliser qu'en période de règles; je leur dis que ce n'est pas prouvé mais voilà, c'est préconisé. Avec le Mirena, bien sûr il y a aucune contre indication.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

Ca fait un certain nombre d'années que j'en pose donc... en fait je dirais ce qui est chiant, c'est quand il n'y a plus de fils et de devoir aller à la pêche pour les retirer. On arrive à les récupérer 4 fois sur 5 et 1 fois sur 5 on est obligé d'aller les récupérer en hystérocopie ou pas forcément. pour moi, si il y a un problème c'est ça, c'est quand il n'y a plus de fils.

Avez vous eu des incidents répertoriés?

J'ai eu une fois une perforation mais en fait je suis très fière de moi parce que comme je les contrôle en écho, j'ai un peu tiqué sur la position de la tige verticale que je trouvais un peu de biais et j'ai juste eu le temps de rattraper les fils au vol qui étaient en train de remonter dans l'utérus et j'ai tiré un grand coup; je suis sûre que 2 contractions plus tard, il était trop tard. En le posant , je me suis rendue compte de rien!Après j'ai eu un malaise vagal grave où j'ai dû appeler le SAMU; c'était une dame extrêmement angoissée, en plein été; quand je l'ai vu je ne l'ai pas reconnue et à chaque contraction, elle faisait un malaise vagal et je n'ai pas pensé à retirer le stérilet sur le moment.

Quelle est votre procédure de pose et de contrôle?

quelques fois les pinces de Pozzi déclenchent des malaises et des contractions mais je n'arrive pas à poser sans Pozzi sauf quelques fois après un accouchement quand le col est dilaté. J'essaie quand même de temps en temps sans pince mais quand je bute, je la prends. Je fais un contrôle écho systématiquement après la pose ce qui me permet d'utiliser la méthode de la torpille quand je n'arrive pas à franchir l'orifice interne du col. Quand c'est un première pose de stérilet, en général je les revois au bout de 2 mois.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles avant la pose?

non

Est ce que vous encadrez le geste par une antibiothérapie ou un antimycosique?

je fais précéder de 2 jours de Polyginax, j'ai été formé comme ça et si elles ont oublié de prendre leurs ovules, je mets plus de bétadine.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

j'en ai beaucoup qui regrettent de ne pas l'avoir fait plus tôt. Comme beaucoup beaucoup, quand je leur dis que ça va supprimer les règles, ça les embête et elles me disent que finalement elles s'y sont très bien fait. Je les mets bien en garde qu'il faut 3 à 6 mois pour s'y habituer, je leur explique avant la pose donc elles savent très bien à quoi s'attendre au début.

Quels points positifs et négatifs elles évoquent?

les points positifs en général, c'est la libération, il n'y a plus de contraintes; c'est quand même le gros point: la pilule, il ne faut pas l'oublier. Le 2eme point positif, c'est l'arrêt des règles avec le Mirena.

les points négatifs: quelques fois elles ont des avantages et des inconvénients c'est à dire qu'elles peuvent avoir une disparition du syndrome prémenstruel avec le Mirena mais effectivement elles ont aussi des spotting de temps en temps et quelques boutons d'acné mais elles sont globalement plutôt plus contentes que pas.

Quelles croyances ou réticences elles ont?

non , les réticences c'est la peur du corps étranger, il y en a qui supporteraient mieux un Implanon dans le bras que dans l'utérus. les 2 grosses réticences, c'est soit pour des question d'éthique religieuse car c'est peut être abortif ou c'est le fait d'avoir un corps étranger.

Après la pose avez vous des demandes de retrait?

c'est soit parce que c'est pas bien toléré, soit parce qu'elles saignent beaucoup sous cuivre; sinon, la plupart du temps on les retire pour les bébés, ou alors les endométrites, si j'ai une suspicion, le tableau est pas clair, je la mets sous antibiotiques, je le retire, on fait une petite pause puis on en remet un.

Au final, si il y a des contre indications, ça peut vous arriver d'en poser chez la nullipare quand même?

oui. Je fais la différence entre une nulligeste et une nullipare, ce n'est plus la même cavité et le col a déjà été dilaté.

Est ce que vous avez plus d'expulsions de stérilet chez la nulligeste?

je n'en pose pas assez pour vous répondre.

Et des GEU(grossesse extra utérine)?

GEU et cuivre ça c'est sûr.

Et infections?

des petites endométrites j'en ai mais je ne peux pas vous répondre si c'est plus fréquent chez la nulligeste parce que j'en ai mis que 4 dans ma vie.

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

2eme choix

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare, en fonction de quels critères?

plutôt des cuivres. Je n'ai jamais posé de Mirena du fait de la taille.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nulligeste?

peut être lorsqu'il y aura le Mirena short.

Quand une patiente nulligeste vient vous voir pour une demande de stérilet et qu'elle n'a pas forcément de contre indication aux autres contraceptions, que faites vous?

je ne lui pose pas le stérilet, ah non bien sûr. je suis très ringarde mais je dirais nullipare pour moi c'est non, pas de stérilet sauf quand on a essayé tout le reste et j'essaie tout les progestatifs et si rien ne lui convient et que elle est vraiment à partenaire fixe, alors là oui.

Y-a-t-il des choses que vous aimeriez rajouter?

Je pense sincèrement que le stérilet au cuivre chez la nullipare , je ne changerai jamais d'avis car au risque infectieux s'ajoute son manque de fiabilité et que je n'ai pas envie de prendre le risque d'une GEU ou d'une grossesse sous stérilet. Je suis prête à changer d'avis sur le Mirena short d'abord parce qu'il est fiable , on n'a plus ce problème d'échec et j'ai l'impression que du fait de l'atrophie endométriale, j'ai l'impression qu'il y a peut être moins de risque infectieux avec un Mirena qu'avec un cuivre et à ce moment là, si la jeune fille est à partenaire fixe je lui offre une contraception efficace parce que je recherche chez les jeunes filles de 17 18 20 ans une contraception très efficace pare que sinon c'est une IVG (interruption volontaire de grossesse) à cet âge là donc Mirena peut répondre à l'efficacité: si elles sont très sérieuses, prévenues, pourquoi pas. après quand il y a des nouvelles techniques, je suis en général jamais précurseur parce que je suis courageuse mais pas téméraire et j'attends de voir ce que font les autres. j'accepte tout à fait de remettre en cause ma façon de faire, ce que je veux dire, je suis persuadée de ne pas détenir la vérité et si je m'aperçois que ce Mirena short ça se passe bien, pourquoi pas. C'est souvent les patientes qui nous font changer d'avis dans notre pratique. c'est possible que les jeunes filles nous fassent changer d'avis.

Est ce que vous pensez qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du DIU chez la nulligeste?

non, ce n'est pas idéologiste, c'est vraiment une question de sécurité.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

c'était très sympathique. Je crois que vous avez eu une très bonne idée parce que c'est très intéressant de glaner les habitudes de chacun. Bien sûr il y a notre personnalité mais il a aussi notre expérience.

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

Je le présente beaucoup. Les femmes qui me parlent de contraception, ça dépend de l'âge de la patiente, chez les petites jeunes c'est si elles le demandent. J'en mets pas mal d'autant plus qu'il existe le stérilet à la progestérone, alors il y a des patientes qui veulent des règles alors on leur dit qu'il faut prendre celui au cuivre.

Quel est votre pratique ?

Chez les fumeuses après 35ans, c'est plus les oestro-progestatifs, c'est beaucoup le stérilet. C'est par saison, j'en pose au moins 1 par semaine.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Les femmes qui ont eu des conisations, des GEU, je suis méfiante, alors avec le stérilet à la progestérone il y a moins de risque. Avec les stérilets au cuivre il y a les femmes qui ont des fibromes et le risque de règles très abondantes. Si elles ont des règles très abondantes je leur propose pas le stérilet au cuivre. Chez les petites jeunes je suis assez réticente malgré le fait que l'on entende à la radio que c'est bien, qu'il faut leur mettre ça, j'ai l'impression que je les dégoûte un peu, je leur dit "bon d'accord je peux vous poser qu'un stérilet au cuivre vous allez avoir des règles plus abondantes, vous allez bien surveiller vos règles vous pouvez avoir une GEU ou GIU" et en plus si c'est des filles qui voyagent beaucoup "si vous êtes à l'étranger et que vous avez un problème en Inde par exemple" et avant je demande toujours une échographie. Si elles le veulent j'explique bien tout et je leur pose. Si une nullipare vient pour une première contraception je leur dis que "le stérilet existe mais vous vous n'avez jamais eu d'enfants" alors si elle me dit qu'elle veut ça on en discute.

Quels sont les avantages et inconvénients ?

Avec le stérilet au cuivre il ya pas d'hormones mais il faut bien suivre ses règles car il y a le risque de GEU et GIU et les règles abondantes qui trainent. Avec le stérilet à la progestérone, passé les 6 premiers mois où c'est bizarre après c'est bien. Pour les infections je leur dis que plus elles changent de partenaires plus elles ont un risque d'infection. Pendant mes études on nous interdisait de poser un stérilet à une femme qui n'avait pas eu le nombre d'enfants désirés à cause des infections. Donc ça nous est un peu resté.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

C'est facile mais au départ il faut avoir le coup et le stérilet à la progestérone il est difficile à mettre et parfois on peut transpercer l'utérus ça m'est arrivé une fois. Pour les femmes c'est assez douloureux et j'ai eu récemment une femme qui a eu une tension à 6 et j'ai dû lui faire de l'adrénaline, donc c'est pas anodin. Je donne du cytotec® pour le mirena® pas pour le cuivre. Je donne des ovules de polygynax® 3 jours avant et après, c'est ce qu'on faisait dans le temps je suis restée là-dessus. J'ai une amie qui m'a dit qu'il fallait faire un chlamydiae par PCR à chaque fois alors elle m'a fait un peu paniquer, mais si j'ai une femme qui a de multiples partenaires oui mais sinon je le fais pas en systématique.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Je leur dis de venir vers le 4ème jour des règles, dans les 10 premiers jours du cycle. Parfois on a le stérilet qui s'expulse en suites de couche. Je fais un toucher vaginal, j'essaie de poser sans pince mais parfois ça passe mal alors on est obligé de la poser et ça fait mal. Je désinfecte à la bétadine®. Quand c'est un stérilet au cuivre je leur dis de revenir après quelques cycles, à la progestérone 3-4 mois après. Si c'est leur 2 ou 3ème stérilet elles sont pas obligées de revenir.

Sur le plan organisationnel est-ce simple ?

Oui c'est un rendez-vous classique.

La pose chez la nullipare est-elle plus difficile ?

Non, moi je fais une écho avant la pose chez la nullipare car elle peut avoir une cloison. En général c'est des stérilets au cuivre, des short.

Depuis quand en posez-vous ?

Depuis 36 ans.

Quel est le ressenti des patientes ?

Elles sont contentes elles ne pensent plus à rien.

Y-a-t'il eu des demandes de retrait précoces ?

Des règles trop abondantes, les fils, ne plus avoir de règles ça les inquiète, la prise de poids. Il y a des femmes qui réfléchissent peut-être pas assez.

Vous posez des stérilets chez la nullipare ?

Oui

Quels sont les avantages ?

Si elles oublient leur pilule ou qu'elles sont fumeuses, qu'elles ont des contre-indications. Les inconvénients, les règles plus abondantes et bien surveiller leurs règles, j'aurais peur qu'elles fassent une GEU ou une GIU.

C'est une contraception de deuxième choix ?

Oui.

Y-a-t'il un profil de nullipare ?

Alors c'est toujours elles qui le demandent.

Quel retour en avez-vous ?

J'en ai très bien, une autre qui m'a dit je saigne tout le temps.

Y-a-t'il des choses qui feraient que vous en poseriez plus chez la femme nullipare ?

Toutes celles qui oublient et qui veulent plus de la pilule c'est sûr il leur faut une contraception. C'est quand même pas anodin de mettre un stérilet chez une jeune, en plus si il y a un changement de partenaire.

Aimeriez-vous rajouter des choses ?

Le stérilet j'aime bien le poser aux femmes après 45 ans pour voir comment la ménopause va se passer, alors avec les stérilets au cuivre les règles sont plus abondantes mais c'est le seul

moyen de bien voir tout en étant protégé et plus on a d'âge et moins la fertilité est bonne et le mirena® c'est bien aussi.

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?

Très importante. Pour moi le stérilet est la contraception de référence en association avec la pilule chez la femme. Il faut différencier la femme qui n'a pas eu d'enfant, la femme jeune dans son ensemble où l'on va privilégier la pilule mais où l'on peut poser des stérilets puis la femme qui peut bénéficier sans aucune restriction ou quasiment du stérilet, dès qu'elle a eu un enfant. Je pose environ une bonne dizaine de stérilets par semaine.

Quand en parlez vous?

Tout le temps dans le cadre de la contraception. C'est la contraception de référence je dirais à partir de 30 35 ans, pour la problématique du risque vasculaire de la pilule; et puis notre spécialité c'est de promouvoir la contraception donc le stérilet en fait partie intégrante.

Vous le proposez aussi aux plus jeunes, c'est à dire à tous les âges?

pas en première intention; quand on pose des stérilets chez les femmes jeunes pour ne pas dire très jeunes, c'est généralement sur leur demande. Autant une femme qui a déjà eu un enfant, on lui parle toujours du stérilet pendant la consultation ne serait ce que pour l'informer; je dirais que chez une femme qui est nulligeste, moi je ne prends pas forcément les devants; par contre je n'ai pas d'opposition, je leur donne une information éclairée quand elles me le demandent.

Donc vous n'en parlez pas systématiquement sauf demande de la patiente?

Si elles sont nulligestes: oui

A quelles occasions le proposez vous?

renouvellement de contraception, initiation, post-partum, enfin dans toutes les situations des consultations gynécologiques qu'on réalise.

Est ce que un partenaire fixe ou non a une importance pour vous?

aucune; pour moi, la problématique des maladies sexuellement transmissibles n'a strictement rien à voir avec le stérilet; la preuve en ai: 80% des salpingites qui sont la conséquence des MST et donc en lien avec les partenaires multiples surviennent chez des jeunes femmes qui sont sous pilule. il n' y a aucun problème.

Est ce qu'il y a des antécédents ou des raisons médicales qui vous font ne pas proposer le stérilet?

oui, avant tout la GEU(grossesse extra utérine) car le stérilet à l'inverse de la pilule n'empêche pas la GEU car elle empêche la grossesse intra utérine mais pas l'ovulation donc a un taux de GEU beaucoup plus important sous stérilet que sous pilule donc une jeune femme qui a eu un traitement conservateur de GEU a clairement un risque plus important de récurrence et dans ce cadre là elle présente une contre indication au stérilet mais si elle informée et qu'elle a 40 ans et qu'elle ne veut plus d'enfant, c'est clair qu'on peut lui remettre un stérilet.

Vous faites une distinction entre le DIU et le SIU(système intra utérin) dans ces cas?

c'est pareil, la problématique est la même sur la GEU quelque soit la composante du stérilet;

ça n'a jamais été démontré que le Mirena augmentait le risque de GEU comparé au stérilet au cuivre.

Y-a-t-il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

c'est le problème de la nulliparité c'est à dire que je ne le propose pas systématiquement mais une jeune femme qui a un problème avec sa contraception en terme de tolérance, d'oubli et qui ne peut pas bénéficier soit d'un Implanon, soit du Nuvaring par exemple, on peut être amené à lui parler du stérilet mais je pense qu'il faut pas le faire de première intention justement par rapport au risque de GEU; une nulligeste a un risque de GEU comme toute autre femme et le stérilet ne l'empêche pas.

Pour vous c'est ce qui motive le fait que ce n'est pas une contraception de premier choix?

alors ça et puis aussi les difficultés d'ordre technique et de tolérance par rapport à la nulliparité; clairement, c'est plus délicat de le poser, c'est plus douloureux et que donc il faut en informer les femmes; mais quand on a des patientes très motivées et qui sont informées clairement des avantages des bénéfices risques du stérilet, ben voilà on le pose. Beaucoup de femmes médecins sans enfant ont des stérilets: dans ce cas là, ça pose aucun problème car elles ont compris ce que on leur faisait.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

je dirai au delà de 30 ans: c'est 80 90 % de stérilet.

Ceux sont des Mirena ou des cuivres?

je suis un grand grand promoteur du Mirena; pour moi on ne devrait même plus poser des stérilets au cuivre; je fais dans la caricature: bien sûr c'est faux parce qu'il faut laisser la liberté aux femmes de pouvoir accéder à cette contraception là et puis il y a de temps en temps des femmes qui ne vont pas pouvoir tolérer le Mirena donc il faut pouvoir avoir une autre contraception. en orthogénie, on a vu disparaître les grossesses sous stérilet avec le Mirena, c'est aussi simple que ça; donc ne serait ce que pour cette raison là, on ne peut être que favorable au Mirena. Après il peut y avoir quelques inconvénients: les femmes en terme de confort dans la très grande majorité elles y gagnent largement.

En dessous de 30 ans?

la proportion est beaucoup moins importante car vous avez encore beaucoup de femmes qui préfèrent la pilule mais j'ai un nombre très important de patientes qui ont 20 25 ans et qui ont un stérilet. Je dirai que 30 à 40 % des femmes de moins de 30 ont un stérilet.

Que pensez vous de ce mode de contraception? les avantages et les inconvénients?

le cuivre clairement de première intention, je décourage les patientes que ce soit dans le cadre de l'orthogénie ou de mes consultations d'essayer un stérilet au cuivre. Je les encourage à discuter avec leurs copines qui ont un stérilet Mirena, d'aller sur le site du Mirena. Pour le cuivre, il y a des femmes qui ont un stérilet au cuivre qui sont tout à fait contentes: il faut dépasser le problème de l'efficacité et le problème de la tolérance par rapport à l'abondance et la durée des règles. Il y a de temps en temps des femmes qui tolèrent très bien le stérilet au cuivre et dans ce cas là, il faut leur laisser.

les inconvénients du Mirena, c'est l'hyperséborrhée; il y a parfois des problèmes d'acné et ça clairement ça peut être un problème; le temps d'adaptation qui peut être un peu désagréable, c'est à dire qu'il faut facilement dans la majorité des cas au moins 3 ou 4 mois d'adaptation

pour que l'hypo- ou l'aménorrhée s'installe et la persistance de l'aménorrhée est un garant de la bonne place du stérilet; idem pour le changement du stérilet c'est à dire que temps qu'elles sont aménorrhéiques on ne leur change pas le stérilet car il y a un lien entre l'efficacité et l'aménorrhée.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

sur un mode positif; quand je le leur présente, je leur dis que c'est une contraception que, généralement je les encourage; je n'oppose jamais les contraceptions les unes aux autres donc ce n'est pas en opposition de la pilule sauf si elles ont une contre indication à la pilule ; c'est souvent quand des petites varices apparaissent ou qu'elles fument qu'on les encourage à changer de contraception. donc c'est sur un mode complètement positif excepté le risque de GEU où je les informe toujours que le principal inconvénient à mes yeux , c'est que effectivement quand vous mettez en comparaison pilule et stérilet, dans la population pilule,vous n'avez pas de GEU alors que si dans la population stérilet.

Est ce que vous donnez des recommandations par rapport aux anti inflammatoires ou aux tampons?

non il y a bien longtemps qu'on a fermé la page avec les anti inflammatoires même avec les stérilets au cuivre; pour les tampons c'est pareil.

Quelle pratique en avez vous?

j'en pose une dizaine par semaine depuis 24 ans

Avez vous eu des freins à en poser?

ils sont d'ordre technique, lors de la pause, lié à la douleur, à des perforations; il faut quand même maîtriser; c'est un geste technique qui est simple dans le principe mais qui peut parfois être compliqué dans la réalisation donc c'est l'expérience mais même en ayant de l'expérience il m'arrive a peu près une fois par an de perforer lors de la pose du stérilet donc on s'en rend compte, on ne pose pas et puis on le repose le mois suivant et puis tout se passe bien; mais il y a quelques pourcents des poses qui peuvent se révéler très délicates voire très désagréables pour les patientes.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

c'est un geste technique et comme tout geste technique il s'apprend donc quelque soit notre niveau de compétence, c'est à dire qu'un médecin généraliste peut tout à fait en poser, il n'y a aucun problème.

Les incidents répertoriés?

perforation. les ennuis que l'on a parfois, ceux sont les échecs de retrait, quand les fils ne sont pas là.

Pouvez vous détailler votre procédure de pose et de contrôle?

je ne mets pas de gants, je prends tout les mesures d'asepsie pour ne pas toucher au stérilet et à l'inserteur. j'utilise la Bétadine pour désinfecter, je n'utilise jamais l'hystéromètre, je me base sur le ressenti.j'utilise le plus souvent la Pozzi. Je ne fais pas de consultation de contrôle avec le Mirena. Par contre avec le cuivre oui car si on le perd, on se rend pas compte car on a toujours des règles.

je ne fais pas de dépistage systématique de MST sauf si il y a une symptomatologie de vaginose, je diffère la pose du stérilet. Je ne fais une antibioprofylaxie que lorsqu'on a retrouvé un taux fort de Strepto B au dépistage systématique du 8eme mois.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et quand vous l'avez posé?
très largement positif .Après la pose, c'est l'inconfort de la pose mais quand elles ont déjà bénéficié du confort que leur apporte le stérilet, elles acceptent tout à fait cet inconfort passager.

Quels points positifs et négatifs elles évoquent sur le stérilet?

le point négatif, c'est la durée de la phase d'adaptation qui peut parfois traîner jusqu'à 5 6 mois après la pose, le problème de l'acné et puis l'inconfort de la pose.

Est ce qu'elles vous parlent de problème de stérilité ou d'infection?

certaines peuvent poser la question mais on les rassure.

Qu'est ce qu'elles expriment comme réticences quand vous leur proposez un stérilet?

c'est la rumeur . dans le cadre de la rumeur, on a rajouté le cancer du sein parce qu'on a parlé du rôle des progestatifs dans le cancer du sein et sur les intitulés du cancer du sein, le Mirena maintenant est contre indiqué en cas de cancer du sein parce qu'en fait c'est un principe de précaution et que les progestatifs peuvent avoir un effet délétère sur le cancer du sein mais on n' a jamais prouvé que le Mirena donnait un cancer du sein et donc il y a un amalgame, ça fait parti des choses qui sont colportées.

il y a aussi l'inconfort du stérilet au cuivre: quand on leur propose un stérilet, elles me disent " mais ma copine ça l'a fait beaucoup saigner", c'est la confusion avec un stérilet au cuivre; ou bien " ma copine m'a dit qu'elle avait déjà été enceinte avec": je vous ai dit que le Mirena réglait ce problème là; en fait on est plus dans le problème de l'amalgame et de la confusion.

Après la pose, avez vous des demandes de retrait?

ça arrive, c'est exceptionnel. Il arrive de temps en temps que ce soit le mauvais vécu de l'aménorrhée. On a de temps en temps des patientes qui nous disent qu'elles veulent avoir leurs règles. Autrement ceux sont les saignements persistants, ça arrive de temps en temps.

Vous posez des stérilets chez la nullipare, sur quels arguments: avantages et inconvénients?

D'abord c'est sur leur demande, je ne vais pas proposer un stérilet à une nullipare; on a quand même à travers la contraception un panel relativement étendu pour même en cas de problème d'observance avec la pilule, on a le Nuvaring et le Nexplanon pour limiter les problèmes d'observance. Après, surtout dans le cadre de l'orthogénie par exemple, quand on voit une jeune fille qui a une impossibilité totale de s'assumer au niveau de la contraception et qui est désireuse d'un stérilet et qu'elle a compris les avantages et les inconvénients et qu'elle est prête à assumer l'inconfort de la pose et le risque d'avoir plus de contractions au niveau tolérance, à ce moment là on le met. et puis il y a les contre indications médicales: des jeunes femmes diabétiques, hypercholestérolémie, risque trombo-embolique, si elles fument, de temps en temps on a cette demande par rapport à l'association pilule tabac, dans ce cas là, il y a pas de problème. Je n'ai pas d'obstacle; je mets même des Mirena à des nulligestes; après c'est tout le débat de la taille des stérilets.

Est ce que vous considérez pareillement la nulligeste de 20 et celle de 30 ans?

non, c'est plus par rapport à sa maturité, la connaissance de son corps, la connaissance de la contraception. à 30 ans, elle a vécu plus de choses y compris dans sa contraception; à 20 , il ne faut pas que ce soit un caprice parce qu'elle oublie sa pilule ou que ça l'embête d'aller acheter sa pilule ou qu'elle a peur du côté inesthétique du Nuvaring. A mon avis , il faut

quand même limiter la pose des stérilets chez la jeune femme de 20 ans même si ça m'est déjà arrivé mais c'est quand même des contextes très particuliers.

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

2eme choix

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare, en fonction de quels critères?

plutôt Mirena parce que c'est le problème de l'efficacité encore une fois; quand je leur pose un stérilet au cuivre, je leur dit qu'il faut qu'elles acceptent l'idée qu'elles puissent être enceinte, c'est à dire que l'autre est plus efficace, ça c'est clair , je leur dit à chaque fois.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser plus chez la nullipare?

non, rien.

Y-a-t-il des choses que vous aimeriez rajouter?

non, le stérilet a complètement révolutionné l'approche de la contraception locale, le stérilet Mirena. 40% des GEU ont lieu sous stérilet; on ne voit pas d'article là dessus parce que ça intéresse personne et puis que ça ne va pas changer notre perception très positive du stérilet mais au niveau de l'information et au niveau de la décision de la contraception chez la nulligeste, je pense que ceux sont des critères dont il faut qu'on tienne compte.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

c'était intéressant.

G5g

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

Oui, à partir du moment où les femmes ont déjà eu un enfant je le propose quasiment systématiquement. Je viens m'installer alors j'ai pas une activité qui est pleine mais ça représente 30% des contraceptions de mes patientes.

Depuis quand en posez-vous ?

Depuis que j'étais interne donc 9-10 ans

A quelle occasion en parlez-vous ?

A partir du moment où une personne souhaite une contraception, je vais lui en parler sauf si c'est une nullipare. Si elle a pas eu de grossesse j'en parle pas en première intention.

A quelles femmes vous le proposez ?

Aux femmes qui ont eu au moins 1 grossesse et à toutes les femmes après 35 ans.

A qui vous ne le proposez pas ?

A celles qui n'ont pas eu d'enfants ou si il y a des contre-indications.

Quels sont pour vous les avantages et inconvénients ?

Les avantages c'est il y a pas de problème de compliance, ça dure 5 ans. Le mirena® qui peut être prescrit à visée contraceptive mais aussi à visée thérapeutique pour celles qui ont des règles douloureuses ou des cycles irréguliers.

Les inconvénients c'est les effets secondaires que ce soit infectieux ou une mauvaise tolérance. IL faut être sûr que la patiente ne veuille pas de grossesse rapidement.

Quel est votre avis sur le geste ?

C'est facile la plupart du temps

Quel est votre procédure de pose, prescrivez-vous des choses avant ?

Non, pendant les règles et voire du cytotec® 1 par voie vaginale et l'autre par la bouche, parfois du spafon®. Je ne fais pas d'antibioprophylaxie, je mets de la bétadine® gynéco. Je ne pose pas de pince systématiquement. Je revois les patientes à 2 mois car j'ai eu une patiente qui a perdu son stérilet.

Avez-vous eu des incidents ?

J'ai eu 2 fois la nécessité de le retirer tout de suite car la dame faisait des malaises vagues à répétition. J'ai eu 1 fois une perforation.

Quel est le ressenti des patientes ?

1 fois sur 2 il y a des douleurs au passage du stérilet.

Je prescrit beaucoup de mirena® et il y a souvent des spotting mais c'est rare que je sois amené à les enlever. Parfois elles se sentent pas bien, il y a une prise de poids.

Posez-vous des stérilets chez la femme nullipare ?

Oui.

Quels sont les avantages ?

Ce sont des femmes qui ont une mobilité importante et qui ont des problèmes pour prendre leur pilule, je leur parle de l'implant mais certaines s'orientent vers le stérilet ou alors s'il y a une contre-indication des oestroprogestatifs. Il faut que ça soit quand même une demande de la patientes.

Quels sont les inconvénients ?

La pose est un peu plus compliquée, le col est un peu plus sténosé mais il y a toujours le risque infectieux même si il est peu important.

C'est plutôt une contraception de premier ou deuxième choix ?

Deuxième choix.

Y-a-t'il un profil de nullipare ?

Souvent ce sont des femmes dynamiques qui ont beaucoup d'activité et qui voyagent beaucoup. Il y a des très jeunes nullipares de 18-19 ans.

Y-a-t'il des choses qui feraient que vous en poseriez plus chez la nullipare ?

Si on réduit considérablement le risque infectieux et qu'on a des stérilets plus petits. Chez les nullipares j'orient plus vers les stérilets au cuivre car il y a des short. J'ai déjà posé des mirena® chez la nullipare pour une femme qui avait une endométriose. Les patientes nullipares que j'ai mis sous stérilet elles sont contentes.

Aimeriez-vous rajouter des choses ?

Non.

Quelle est la place du DIU(dispositif intra utérin) dans votre pratique?

importante et quotidienne

Quand le proposez- vous?

Lors d'une demande de contraception de la femme jeune (18 20 ans): d'abord je propose une contraception orale, puis le DIU, puis l'implant puis l'anneau. Je parle du DIU systématiquement.

Je propose d'abord la pilule avant le DIU et je pose le DIU d'emblée quand la demande vient de la patiente. Ce n'est pas évident de proposer et de poser d'emblée un DIU chez une jeune femme de 17 18 ans qui n'a jamais ou presque jamais eu d'examen gynéco. J'Attends en général qu'elle ait un petit passé contraceptif: j'essaie d'abord la pilule 6 mois 1an et si elle est satisfaite, je poursuis la pilule; si elle n'est pas satisfaite, je propose alors une autre contraception dont le DIU.

Après un accouchement: je propose systématiquement le DIU lorsqu' il faut remettre la contraception en route; je le propose au même niveau que la contraception orale et je donne les avantages, c'est l'occasion de changer de contraception. c'est plus facile au quotidien , plus facile pour la gestion de l'enfant, c'est une chose de moins à penser.

à qui?

Les critères d'exclusion de la pose de DIU sont un utérus mal formé: je mets ni DIU, ni SIU (système intra utérin); les antécédents de GEU(grossesse extra utérine) pour les DIU en cuivre; je propose alors un SIU : Mirena et pour les antécédents d'endométrite sur stérilet: je vois au cas par cas

le caractère multi partenaire n'exclut pas la pose du stérilet, je le proposerai à la même fréquence qu'une patiente avec partenaire fixe; les partenaires multiples augmentent le risque infectieux mais le stérilet ne majore pas le risque infectieux. Je n'ai pas de limite d'âge: au delà de 35 ans: je mets le côté pratique du DIU en avant, et la possibilité de ne pas s'exposer durant encore environ 15 ans (jusqu'à la ménopause) à un médicament; Mirena expose moins aux hormones qu' une contraception orale car l' action est surtout locale et non systémique: j'avance les arguments pour le risque métabolique surtout: hypertension artérielle, hypercholestérolémie avant le risque cancéreux.

Je propose le Mirena beaucoup aux patientes ayant des ménométrorragies: ça fait contraception et médicament en même temps, mais également aux femmes de plus de 40 ans pour éviter les problèmes de cycles irréguliers à l'approche de la ménopause et aux femmes sportives car elles ont moins de règles et elles sont prévisibles.

Quelle est la place du stérilet dans la contraception pour vous?

Elle est majeure car au delà de 35 ans, ça devrait être le moyen de contraception le plus prescrit. Après 35 ans: peut être environ 30% mais c'est toujours la pilule qui est majoritaire. Au delà de 45 ans: 40 % environ ont un stérilet.

Que pensez vous de ce mode de contraception?

Il marche mieux que la pilule car pas d'oubli.

Il est plus facile que toutes les autres contraceptions.

Son coût est inférieur à celui de la pilule, et sa durée est de 5 ans.

Mon avis par rapport aux anti-inflammatoires(AINS) concernant le cuivre: je précise à la patiente que si elle prends des anti-inflammatoires, ça peut marcher moins bien, alors que je sais depuis 1 an 1/2 que ce n'est pas vrai, mais je le dis quand même, même pour 5 jours de traitement. Je leur dis alors de mettre des préservatifs; j'ai déjà vu des grossesses sous stérilet sous AINS...

Concernant le Mirena, il n'y a pas de risque sous AINS. Pour les AINS au long cours: je propose plutôt le Mirena que le cuivre.

Quelle pratique en avez vous?

au delà de 40 ans: 30 à 40% des patientes

je pose sur 16 consultations 1 à 2 stérilets; sur une semaine: je pose entre 5 et 8 stérilets, en comptant les stérilets posés en consultation et au bloc opératoire en post IVG(interruption volontaire de grossesse).

Je le propose de plus en plus en post IVG surtout aux jeunes (posé en même temps que l'IVG) pour éviter une nouvelle grossesse non désirée, au cas où elles seraient perdues de vue...

Je n'ai pas d'indication à visée abortive, j'utilise plutôt la pilule du lendemain. Dans la tête des gens, ils ont plus l' impression de faire un avortement avec la pose du stérilet post rapport à risque que de prendre la pilule du lendemain.

J' en pose depuis 10 ans, depuis le début de mon internat.Ma motivation à en poser et à le proposer était le côté pratique surtout.

Je suis de la génération Mirena et je le propose plus que le cuivre car les patientes sont contentes de ne pas avoir de règles la plupart du temps.

Combien de patientes ayant un stérilet demandent à l'enlever car déçues du stérilet?

J'en enlève 2 fois par an un stérilet pour mauvaise tolérance : soit parce qu'elles saignent en permanence sous Mirena et cuivre, soit pour une prise de poids régulière sous Mirena, environ 2-3 kg.

Je pose beaucoup plus de cuivre que de Mirena chez la nullipare car il est plus petit et moins long. Le labo Schering est en train de sortir un petit Mirena pour les nullipares notamment.

Qu'est ce qui oriente plus vers le SIU(système intra utérin) ou le DIU chez la femme?

chez la nullipare: c'est le cuivre pour la facilité de pose car différentes tailles existent; chez la femme de plus de 35 40 ans: c'est plus le Mirena car souvent les règles sont plus abondantes liées à déséquilibre hormonal. Je divise le nombre d'hystérectomie par 2 sous Mirena.Ca marche mieux que le Lutényl.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

Il est facile car j' utilise les mêmes stérilets tout le temps et j'en pose fréquemment.

Je suis à l'aise avec la pose

Concernant les incidents, parfois le stérilet qui revient avec l' inserteur quand je vais trop vite et que je n'ai pas poussé le stérilet suffisamment loin, le saignement du col après un traumatisme avec la pince de Pozzi, des spasmes du col empêchant l'insertion: je reconvoque alors la patiente à un autre moment du cycle; je n'utilise pas de Cytotec; le rejet sur des règles très abondantes donc surtout avec le cuivre. Je n'ai pas de perforation ni d'enchâssement dans la paroi utérine.

Ma procédure de pose c'est une désinfection par Bétadine ou Biseptine, je n'utilise quasiment pas la Pozzi; mais si le stérilet ne rentre pas dans col, je la prends alors.

Je contrôle à 6 semaines avec un examen gynéco seul sauf si elles se plaignent de règles très abondantes et / ou de douleurs du bas du ventre: je fais alors une écho pour vérifier l'emplacement du stérilet. Je coupe à cette occasion les fils si besoin. Je ne fais pas d'hystérométrie car je travaille au ressenti .

Comment présentez vous le DIU à vos patientes?

Comme un moyen de contraception facile sans avoir à y penser, je fais un dessin et je fais une présentation d'un vrai stérilet.

Quel est le ressenti des patientes?

90% des gens sont intéressés par le Mirena après la présentation.

Elles sont très contentes de l'absence de règles avec le Mirena.

J'ai uniquement 1 à 2 par an qui demandent le retrait.

Aborder les points positifs et négatifs évoqués par la patientes ainsi que les réticences.

les jeunes vers 25 30 ans sont hyper contentes de l'absence de règles sous Mirena.

vers 40 ans: elles sont peut être plus réticentes car ont toujours eu des règles et ne sont pas habituées mais globalement elles sont satisfaites après que le Mirena ait été posé.

Les points négatifs c'est l'absence de règles : elles sont réticentes avant la pose mais satisfaites après.

parfois elles ont la crainte de douleurs avec le DIU mais je les rassure.

quand il y a un problème de peau ou d'insuffisance veineuse: le dermatologue peut demander le retrait du Mirena car il peut aggraver les choses, mais quand même moins qu'un progestatif Per Os.

Quelles croyances en ont elles? rend stérile, provoque infections, interdiction d'en poser chez la nullipare, provoque des douleurs?

pour les patientes très croyantes:elles peuvent refuser le cuivre mais accepte le Mirena car c'est une contraception hormonale, il n'y a pas de fécondation. Parfois, elles ont une crainte de stérilité. La réticence la plus fréquente, c'est la peur de la pose d'après ce qu'elles ont entendu autour d'elles.

Si j'ai bien compris vous posez des DIU chez la nullipare, sur quels arguments?

à la demande, je n'ai pas de contre indications qui me font poser un DIU plus qu'une contraception hormonale chez la nullipare. Les avantages, c'est que je n'ai pas d'infection ni d'expulsion plus fréquente de stérilet chez la nullipare. Les inconvénients: la pose peut être un peu plus difficile chez la nullipare: J'utilise l'hystéromètre d'abord pour voir si le passage est douloureux ou non, et si elles sont angoissées, je donne des AINS avant.

Pensez vous que le DIU chez la nullipare est une contraception de premier choix ou de deuxième choix?

deuxième choix en général.

Chez quelle population de nullipare le posez vous?

si il y a un antécédent de fausse couche: je mets un normal.

Je n'ai pas de limite d'âge

si il y a un antécédent de GEU: je n'ai pas de contre indication à la pose si elle l'a faite sous DIU; si elle a un antécédent d'infection, je n'ai pas de contre indication non plus, les

partenaires multiples non plus

Concernant les antécédents cardia vasculaires, je ne contre indique pas le SIU ou le DIU sauf phlébite en cours

Quand il y a une grossesse non désirée sous contraception dépendante de la volonté: je pose le stérilet +++

Si une femmes nullipare présente des contre indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec la contraception hormonale, que lui proposez vous?

Quand il y a un antécédent de cancer du sein ou un antécédent d'embolie pulmonaire ou de phlébite récente: je contre indique les progestatifs et les oestrogènes, je prends alors un DIU et non un SIU.

Les antécédents de phlébite ancienne et d' embolie pulmonaire ancienne: je ne contre indique pas les progestatifs mais les oestrogènes : je prends alors un SIU

L'hypercholestérolémie, le diabète et l'hypertension artérielle ne contre indiquent pas les progestatifs donc le SIU.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare?En fonction de quels critères?

UT 380 short car il est plus petit et j'ai l'habitude.

si il y a un antécédent de fausse couche: je mets un normal.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser ou à en poser plus?

rien

Y a t-il des choses que vous aimeriez ajouter?

Il faut bien différencier le SIU et le DIU.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

bien

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?

Importante

Quand le proposez- vous?

quand il y a un échec de contraception, quand il y a une contre indication à une autre contraception ou quand une contraception est mal tolérée.

chez une jeune qui n'a jamais eu d'enfant, je le propose en second choix; chez une multipare, je le propose plus souvent.

c'est plutôt l'âge et non le caractère multipare qui fait que je pose plus de stérilets: si une femme atteint 35 ans ou plus et est encore sous pilule ou si la femme fume.

A qui?

Concernant l'âge, je le propose à partir de 30 ans de façon systématique, même à 25 ans si la femme est multipare. Je ne le propose pas chez la jeune nullipare en première intention sauf si c'est une demande de sa part. Je ne le propose pas chez la nullipare non plus aux environs de 30 ans le plus souvent car à cet âge, elles ont un projet de grossesse: je les laisse avec la pilule. Je ne pose quasiment pas de stérilet au moins de 20 ans sauf en post IVG ou si il y a des contre indications ou une demande de la part de la patiente.

Concernant la parité, je le pose surtout à partir de 1 enfant

Je conseille une relation stable chez le nullipare pour le poser car il y a risque d'infection car c'est un corps étranger mais la plupart des endométrites en fait ne sont pas des MST et la plupart des salpingites que je vois ne sont pas porteuses de stérilet. En fait, je me rends compte que je ne vois pas d'infection génitale haute sous stérilet.

Les antécédents qui m'orientent vers le stérilet sont un échec de contraception ou une mauvaise prise, une contre indication à toutes les pilules, les patientes jeunes avec déficit intellectuel (CAT...), l'âge et les ménométrorragies (je pose 8 Mirena sur 10 stérilets)

Les antécédents qui me font récuser le stérilet: la GEU(grossesse extra utérine) n'en est plus un, les utérus mal formées et l' infection n'en est pas une.

Quelle est la place du stérilet dans la contraception pour vous?

Elle pourrait être beaucoup plus importante. J'ai l'impression que dans beaucoup de pays le stérilet est beaucoup plus répandu qu'en France. Elle pourrait être plus importante en augmentant mon activité de stérilet chez la nullipare, pas chez la multipare mais j'ai besoin que ce soit un projet qui mûrisse: ce n'est pas facile lors d'une première consultation, un premier contact de proposer d'emblée la pose de stérilet; souvent, je propose un an de pilule mais je pourrais dire , "dans un an, on pourrait envisager un stérilet."

Je pense proposer plus la pilule que le stérilet à la jeune nullipare plus par habitude. De plus, elles ont souvent des cycles perturbés et la pilule permet de réguler les cycles. Même si elle fume, je propose plutôt un microprogestatif type Cérazette.

La prescription de la pilule permet aussi de revoir la patiente régulièrement à l'occasion du renouvellement contrairement au stérilet. En fait, j'ai plus de jeunes patientes sous Implanon que stérilet.

Que pensez vous de ce mode de contraception?

Il est plus efficace que la pilule.

Il est facile car elles n'ont pas à y penser, c'est pratique.

Le coût est avantageux mais je les met rarement pour 5 ans chez la nullipare

Les AINS (anti inflammatoires): aucune contre indication ni pour le cuivre ni pour le Mirena en revanche il y a possiblement un risque infectieux sous stérilet avec les AINS mais je ne les contre indique pas pour autant. Sous AINS au long cours, je mettrais plus facilement un Mirena qu'un cuivre.

Quelle pratique en avez vous?

comme je suis une femme et que je consulte le mercredi, je vois beaucoup plus de jeunes nullipares pour une première consultation donc je pense poser moins de stérilets que les autres gynécologues.

chez les plus de 35-40 ans: plus de 50% de stérilets

chez les moins de 20 ans: moins de 10% de stérilets

entre 30 et 40 ans: un peu moins de 33% de stérilets

Mes indications sont les ménométrorragies pour le Mirena, la facilité d'observance dans la contraception; je ne le pose pas à visée abortive.

J' en pose depuis le début de mon internat.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

Je fais un TV(toucher vaginal) avant la pose de stérilet pour vérifier si l'utérus est gravide et l'état du col, et la position de l'utérus.

Je fais des bêta HCG quand il y a une aménorrhée avant la pose.

Je suis à l'aise avec ce geste; je pose toujours les mêmes : les UT 380 et je suis plus à l'aise grâce à ça.

J'ai déjà eu un incident: une perforation. Je ne m'en suis pas rendue compte sur le moment car la patiente n'avait pas de douleurs sur le moment. J'ai eu aussi des malaises vagues, mais ils n'étaient pas en lien avec des douleurs lors de la pose.

Ma procédure de pose, c'est une prescription de Spasfon 1 heure avant, et je fais un TV avant. Je désinfecte à la Bétadine, je mets des gants stériles, et je fais une hystérométrie. Je les revois 2 mois après pour un contrôle clinique

Comment présentez vous le DIU à vos patientes?

C'est une contraception simple d'utilisation, efficace, facile, et je décris les 2 types de stérilets: cuivre et Mirena avec les avantages et les inconvénients de chacun, je parle du profil de saignement sous Mirena pour qu'elles n'aient pas de surprises.

Quels arguments donnez vous à la patiente pour lui proposer le DIU?

efficacité, fiabilité, simplicité d'utilisation.

Quel est le ressenti des patientes?

elles sont plutôt satisfaites dans l'ensemble. parfois il y a de mauvaises tolérances avec des règles abondantes sous cuivre ou des spotting sous Mirena mais c'est rare. parfois il y a aussi de l'acné ou des mastodynies sous Mirena.

il y a encore pas mal de femmes chez qui le mot stérile font qu'elles ont peur d'avoir des complications, une stérilité.

ceux sont plus les jeunes femmes qui parlent de la peur du risque infectieux sous stérilet que les plus âgées. Elles ont peur aussi du risque infectieux si le stérilet est gardé plus de 5 ans.

Leurs réticences, c'est qu'elles disent qu'elles ne sont pas prêtes et que l'idée d'un corps étranger les dérange: beaucoup de patientes, autant chez la nullipare que chez la multipare.

Quelles croyances en ont elles?

Ca peut rendre stérile, provoque des infections,qu'il y a une interdiction d'en poser chez la nullipare, que ça provoque des douleurs....

Il y a des croyances religieuses de temps en temps: elles refusent car c'est une méthode abortive.

Si j'ai bien compris : vous posez des DIU chez la nullipare?

oui, je n'ai pas d'expulsion plus fréquente chez la nullipare.

Je pose plus des cuivres que des Mirena chez la nullipare et je n'ai pas d'infections plus fréquentes.

Pensez vous que le DIU chez la nullipare est une contraception de premier choix ou de deuxième choix?

Deuxième choix chez une jeune nullipare de moins de 20 ans. Je poserais plus facilement un stérilet chez une nullipare de 30 ans mais en pratique je ne le fais pas.

Chez quelle population de nullipare le posez vous?

plus fréquemment des multigestes, au delà de 30 ans.

Selon quels antécédents?

si c'est un antécédent de GEU, je pose, infections génitales hautes aussi; si elles n'ont pas de partenaire fixe: je ne pose pas mais en fait je ne pose pas la question systématiquement et je ne le contre indique pas quand même.

Les antécédents de grossesse non désirée sous "une contraception dépendante de la volonté": oui, et puis en post IVG(interruption volontaire de grossesse) surtout

Si une femme nullipare présente des contre indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec la contraception hormonale, que lui proposez vous?

il y a très peu de contre indications: le cancer du sein seulement.;le stérilet au cuivre est une bonne alternative quand il y a un traitement anti épileptique qui contre indique les hormones.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare?En fonction de quels critères?

UT 380 short car il est plus facile à poser car il est plus petit.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus?

faut que j'y pense. Je serais séduite par un Mirena short.

Je pourrais poser plus de stérilets et moins d'Implanons: elles prennent plus de poids avec l'Implantons qu'avec le stérilet.

Y a t-il des choses que vous aimeriez ajouter?

non

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

bien

MG1g

Quelle est la place du DIU dans ta pratique ?

Ca a une place relativement importante dans la mesure où je fais beaucoup de gynéco, ça fait parti des modes de contraception que je propose aux patientes.

Dans quelles circonstances tu le proposes ?

1 c'est si la patiente demande
2 lorsqu'il y a des contre-indications aux autres modes de contraception
3 lorsque les modes de contraception habituels ne les satisfont plus
Euh ça peut être aussi après une grossesse et puis quand le recours aux autres contraceptions n'est pas satisfaisant pour les patientes.

Donc parfois en première intention et parfois en deuxième, à quel type de femme tu le proposes ?

En priorité en post-partum et j'ai eu quelques demandes chez les nullipares et chez des jeunes qui ne souhaitaient pas d'implant.

Est-ce que le fait quelles aient un partenaire fixe change les choses ?

Je ne sais pas, je ne me suis pas posée la question.

Dans ta pratique quelle est la place du stérilet ?

Dans ma pratique je pose pas mal de stérilet en deuxième partie de contraception, chez les femmes de plus de 30-35 ans une fois quelles ont eu leurs grossesses désirées.

Qu'est ce que tu penses de ce mode de contraception ?

J'en pense du bien, non, non, je pense que c'est un mode de contraception satisfaisant quand il est bien expliqué et bien utilisé. Pour moi c'est efficace et remboursé donc ça passe très bien, c'est pas du tout un argument pour lequel elles ne vont pas l'utiliser, l'argumentaire c'est « je ne veux pas de corps étranger à l'intérieur ».

Est-ce que c'est facile d'utilisation ?

Pour le médecin ou pour la patiente ?

De ton point de vue ?

De mon point de vue, c'est facile pour la patiente, il y a peu d'effets secondaires, c'est très bien toléré en général et le fait que ça soit en place pour une certaine durée c'est aussi satisfaisant pour elles et moi je trouve ça bien, j'en pose alors je trouve ça bien. Maintenant c'est pas toujours si facile que ça à mettre en place mais ça fait parti des aléas techniques. C'est pas un argument pour ne pas le poser.

Quel est ton avis par rapport aux patientes qui prennent des AINS au long cours ?

Ca dépend des stérilets qu'elles ont mais de toute façon même avec un stérilet au cuivre il y a pas de preuve que ça modifie son efficacité.

Dans ta pratique du stérilet, tu en poses à quelle fréquence ?

Tu veux dire par semaine par mois ?

Par semaine ?

Par semaine au moins 2.

Depuis combien de temps ?

Depuis 2005

Et qu'est ce qui t'a motivé à en poser initialement ?

D'avoir fait le DIU de gynéco-obstétrique, je l'ai fait pour ça car j'avais pas la pratique avant, j'osais pas et le fait d'avoir fait la formation m'a incité à en poser car j'avais une demande et que je répondais pas à cette demande

Par le côté technique ?

Oui, j'étais persuadée qu'il fallait tout un arsenal de réa autour et que c'était compliqué et que les femmes faisaient des malaises.

Comment tu trouves que ça se passe ?

Globalement, ça se passe bien, il n'y a pas de difficulté particulières si ce n'est les femmes qui ont des cols un peu spasmés mais bon, il faut renouveler la pose.

Est-ce que tu as eu des soucis, des incidents ?

J'ai eu 1 incident, le stérilet qui est passé en intra-abdominal, c'est la première fois que j'avais un incident. Ah si, j'ai eu le stérilet qui s'est retourné dans l'utérus alors j'avais plus de fils. Autre incident que j'ai pu avoir, c'est une patiente qui tenait à avoir un stérilet mirena® et qui avait des gros kystes ovariens et qui malgré tout insistait et qui a fait une rupture d'un kyste. C'était les 3 événements majeurs que j'ai eu dans ma pratique. Alors ça m'est arrivé de ne pas arriver à le poser 1 fois ou 2 et de dire à la patiente « on essaiera une autre fois quand vous serez vraiment prêtes », puis ça se passait bien et elles avouaient qu'elles étaient pas prêtes sur le moment.

Peux-tu détailler ta procédure de pose ?

Alors la procédure de pose :

Selon la fiche technique !

Je mets un speculum, après je mouche le col, je pose une pince de pozzi, après je refais une désinfection du col après je pose le stérilet, après je coupe le fil. Et je prescris 2 comprimés de cytotec® avant la pose et si j'ai un problème particulier je prescris des ovules mais c'est exceptionnel et parfois du spasfon® après quand elles ont des douleurs abdominales. Je fais un contrôle systématiquement un mois après en consultation.

Comment tu présentes le stérilet à tes patientes ?

C'est pas facile, c'est pas univoque, c'est en fonction de ce qu'elles me renvoient, de leur souhait de contraception, comment évolue l'entretien, en proposant plusieurs modes de contraception je vois en fonction de leur réponse aux propositions que j'ai faites ce à quoi elles adhèrent et ce vers quoi elles tendent. Et je propose le stérilet à ce moment là, si elles refusent l'implant, si elles ne prennent pas correctement la contraception orale, si le patch elles veulent pas parce que c'est pas bien, si le nuvaring elles disent « ah non je ne me vois pas me mettre ça » ou bien alors c'est moi qui suis à l'initiative de la proposition car je connais un peu le profil de la patiente et que je sais que ça va leur convenir.

Comme argument en faveur du stérilet ?

C'est aussi fiable qu'une contraception correctement suivie.

Quel est le ressenti des patientes ? Qu'est-ce qu'elles t'en disent ?

Soit elles sont d'emblée, elles ne veulent pas de corps étranger, donc d'emblée elles disent non. Soit elles ne connaissent pas ou elles ont déjà été informé par des amies qui ont déjà des stérilets et qui s'en trouvent satisfaites, elles ont un questionnement sur comment ça se passe, comment ça agit, quelle est la durée d'action, donc on répond à ces questions et en fonction de ça elles font leur choix.

Quand tu leur as posé, qu'est-ce qu'elles en pensent ?

En général elles sont satisfaites.

Tu poses des stérilets chez les nullipares, sur quels arguments ?

Sur l'argument de « je ne souhaite pas avoir d'enfant donc je voudrais une contraception mais je ne veux pas l'implant et la contraception orale ça ne me convient pas ou je ne veux pas d'oestrogènes », chez des patientes qui ont des contre-indications aux oestroprogestatifs et parfois sur leur demande.

Quels sont les inconvénients du stérilet chez la nullipare ?

Par rapport au risque d'expulsion ?

J'ai pas d'avis sur le risque d'expulsion plus fréquente, je connais pas les statistiques.

Par rapport au risque d'infection ?

Si les règles d'asepsie sont bien respectées, il y a pas de raison, maintenant le fait d'avoir des partenaires multiples, d'avoir des risques d'infection plus important, c'est clair que ça peut être un frein.

Le stérilet chez la nullipare c'est plutôt une contraception de premier choix ou de deuxième choix ?

De deuxième choix à mon avis. Plutôt chez les patientes qui ont réfléchi à leur contraception.

Est-ce que tu le poses chez une population particulière de nullipares ?

Non, je ne crois pas, il y a pas de profil.

L'âge ?

C'est plutôt les plus de 20 ans, 25 ans.

Par rapport à leurs antécédents, est-ce que tu fais attention ?

Les partenaires multiples.

Par rapport aux GEU ?

C'est rare, j'ai pas eu le cas.

Quel type de stérilet tu poses chez la nullipare ?

Plutôt les stérilet au cuivre et les short mais ça peut être aussi un mirena®.

Plutôt le stérilet au cuivre pour des raisons pratiques de pose, il est plus facile, le fait aussi de ne plus avoir de règles ou des cycles irréguliers c'est plutôt moins bien vécu chez la femme jeune que chez la femme d'âge mur.

As-tu des choses à rajouter ?

Euh non, si ce n'est qu'on pourrait en poser plus, c'est pas très développé et c'est pas très connu des patientes non plus. Ca correspond à des peurs que nous on pouvait avoir avant, peur des infections, d'être stérile.

Qu'as-tu pensé de cet entretien ?

Ca s'est bien passé je pense.

MG1m

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?
entre importante et moyenne

Quand en parlez vous?

Quand les patientes arrivent dans la région et qu'elles me demandent si je connais un gynécologue; comme on est loin du Mans et qu'il y a que une gynécologue , à Sablé, dans ces cas là, je leur explique que moi je peux faire et que j'ai fait une formation pour ça, du coup je leur parle du DIU.

Des collègues m'envoient aussi des patientes pour pose de stérilet ou contraception parce qu'il y a un souci (médecins généralistes et sage femmes) ; ça commence à faire assez longtemps que je le fais et du coup j'ai des patientes qui viennent que pour le suivi gynéco.

A quelles occasions le proposez vous?

assez systématiquement entre 35 et 40 ans en fonction des facteurs de risques quand on envisage un changement de contraception; chez les jeunes, c'est vrai que ce n'est pas ce que je propose le plus facilement

Vous en parlez quand même ou pas du tout?

Ca dépend des contextes: si c'est très compliqué au niveau contraception, je vais en parler; c'est vrai que si il y a d'autres possibilités qui me paraissent plus simples, je ne vais pas forcément en parler.

C'est l'âge ou la gestité qui va faire que vous allez en parler?

plus le fait qu'elles aient eu des grossesses; là c'est vrai que je vais le proposer beaucoup plus facilement, c'est vrai que tant qu'elles n'ont pas eu de grossesse, je vais pas le proposer facilement, même si je sais qu'aujourd'hui on peut. En même temps c'est vrai que j'ai eu une expérience où 2 des patientes chez qui on a mis ça car on n'avait pas d'autre choix et pour lesquelles ça s'est pas bien passé du coup ça ne m'incite pas non plus. La première jeune fille à laquelle j'ai proposé ça, elle avait eu 2 IVG(interruption volontaire de grossesse), des problèmes de cholestérol, et elle fumait, du coup elle a eu un stérilet sauf que le 1^{er} et le 2^{eme} elle les a expulsés, donc elle a fini par se retrouver enceinte. Maintenant elle a un stérilet mais elle a eu 2 grossesses depuis donc maintenant ça se passe bien y compris avec le Mirena. Du coup, je pense que cette expérience, c'est resté, ça m'a marqué.

Y a t-il d'autres occasions auxquelles vous proposer le stérilet?

après des grossesses non désirées, je vais le proposer si il y a des oublis trop fréquents; après si il n'y a jamais eu de grossesse, c'est vrai que c'est quand même pas le truc que je vais proposer

Il y a des demande de patientes pour le DIU?

oui. C'est marrant car j'ai une jeune patiente qui veut un DIU: parce qu'elle est tête en l'air, parce qu'elle fume, mais je lui ai expliqué que je ne pouvais pas lui mettre parce que c'est vrai qu'elle est tellement particulière que chez elle en tout cas c'est sûr c'est pas moi qui vais le mettre parce que en même temps je me dis que je suis un peu dure parce que je lui refuse une

contraception qu'elle souhaiterait mais on dit aussi qu'il faut qu'il y ait une adhésion de la patiente à sa contraception et malgré ce qu'elle dit je ne suis pas sûre du tout que ce soit la bonne contraception pour elle et surtout que ce ne soit pas moi qui vais lui mettre parce que c'est une jeune elle a 17 ans, elle est très spasmophile, je pense qu'elle a peur du malaise vagal et que contrairement à ce qu'elle dit, même le geste je ne suis pas sûre qu'elle soit prête effectivement, je pense que ça ne se passera pas bien.

Y a-t-il d'autres femmes à qui vous le proposez?

les antécédents médicaux oui: quand il y a des problèmes de cholestérol, quand il y a du tabac aussi, le tabac chez les jeunes femmes qui ne veulent pas de pilule progestative. Des jeunes femmes diabétiques j'en ai pas tant que ça.

Pour l'hypercholestérolémie, vous préférez plus un DIU qu'un microprogestatif?

après ça dépend des patientes en fait, mais dans ces cas là, c'est vrai que je vais proposer le choix.

Mirena ou cuivre, vous ne faites pas de différence dans ce cas là?

Non c'est vrai que je ne fait pas de différence du coup.

Le fait qu'il y ait un partenaire fixe ou on, cela influence-t-il votre proposition?

si je sais que c'est une jeune femme qui change très régulièrement de partenaire, je vais peut-être éviter de lui proposer mais il faut vraiment que j'ai connaissance qu'elle change tous les 6 mois ou qu'une fois par an et que c'est jamais le même et qu'elle vient me voir à la limite pour des infections génitales répétées, dans ces cas là, je ne vais pas inciter au DIU mais c'est le seul cas.

Au niveau de l'âge, est ce qu'il y a une limite inférieure ou supérieure?

supérieure non

inférieure non je ne crois pas que j'ai de limite d'âge; c'est plus la maturité de la patiente et puis les grossesses oui ou non. J'ai l'impression qu'il faut quand même avoir compris un petit peu comment ça se passe (concernant la maturité)

Concernant la parité, chez une nullipare, vous pourriez quand même en poser un ou pas?

oui, je pense que si les conditions étaient réunies, je pense que je le ferais mais à condition que je sente qu'elle a envie et qu'on est en confiance; c'est une question de confiance aussi je crois; alors en même temps, c'est pas tout à fait logique ce que je dis parce que quand je vois des patientes des collègues, ce ne sont pas mes patientes mais je vais le faire quand même, par contre j'ai quand même besoin d'établir une confiance avant la pose du stérilet parce c'est vrai que j'impose de les voir une première fois avant la pose du DIU. Je ne me considère pas gynéco même si j'ai le DU (diplôme universitaire) et je ne me considère pas non plus comme technicienne, j'ai besoin de voir les dames avant, de vérifier le frottis, de vérifier si l'indication est bien posée; je crois que pour être à l'aise dans la pose, j'ai besoin d'être à l'aise avec la patiente et à l'aise dans l'indication et de la connaître un peu avant le geste.

Y-a-t-il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

les femmes qui vont avoir tendance à changer tous les 6 mois 1 an de partenaire
les jeunes qui n'ont jamais eu d'enfant

Est ce qu'il y a des contre indications du DIU qui font que vous ne le proposez pas?

bonne question, c'est une colle. Je me suis posée la question plusieurs fois pour le Préviscan; dans ces cas là, je n'irai pas mettre un cuivre mais en fait le Mirena on peut. il y a aussi les histoires de cancer du sein qui ne sont pas très claires, il y a des gynéco qui mettent le Mirena et d'autres non; je vais avoir tendance dans ces cas là à transférer un petit peu l'indication sur le gynéco histoire de ne pas me retrouver en porte à faux pour la patiente et pour le gynéco qui la suit.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

jusqu'à 30 ans, le stérilet plutôt cuivre et la place n'est pas énorme, 5 à 10 %
chez les 40- 50 ans là on va être plus sur du Mirena , 7 sur 10 en ont un.
entre 30 et 40 ans, ça va être plus fonction des facteurs de risque , on est à 1 patiente sur 2.
Plus elles sont jeunes, plus on va essayer de se débrouiller avec une pilule.

Que pensez vous de ce mode de contraception? Les principaux avantages et inconvénients?

dans les 2 cas, il y a le fait de ne pas oublier, le fait que ce soit indépendant de la prise de la patiente; là, elle est tranquille pour 5 ans.

après: le gros inconvénient du cuivre: les métrorragies importantes. Une dame qui veut un DIU au cuivre mais qui a déjà des règles qui dure 8 jours, qui a une ferritine peu élevée, je vais fortement lui déconseiller un cuivre, je vais plutôt lui dire de mettre un Mirena. Son avantage: le fait de garder les règles.

Les avantages du Mirena: l'absence de règles quand c'est le cas car ce n'est pas toujours le cas; les inconvénients: il y a des dames qui font de l'acné ou celles qui saignent un peu n'importe quand. si une dame fait beaucoup d'acné, je ne vais pas lui mettre un Mirena.

Au niveau efficacité:

normalement c'est efficace pareil Mirena et cuivre mais des GEU (grossesse extra utérine) sous DIU cuivre , j'en ai vu alors que j'en ai pas vu sous Mirena mais c'est l'expérience propre, c'est peut être biaisé du coup j'aime pas trop le DIU cuivre quand les dames tombent facilement enceinte, c'est un peut être un faux problème mais bon.

Qu'est ce qui vous oriente plus vers soit le Mirena soit le DIU au cuivre?

l'importance des saignements et la durée des règles.

Il y a peut être aussi un truc mais je ne sais pas si c'est vraiment justifié mais j'ai tendance à penser qu'une dame qui a des douleurs importantes au moment des règles, le cuivre aurait tendance à donner des douleurs un peu plus importantes.

si il y a de l'acné je vais plutôt proposer le cuivre

il y a des dames qui sont anti hormones aussi

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes? Les informations utiles à donner concernant le stérilet?

d'abord je leur montre le stérilet et aussi la boîte car quand elles vont chercher la boîte à la pharmacie elles ont peur, je leur explique par rapport au Mirena ce qui se passe avec car souvent les dames qui ne veulent pas du Mirena c'est parce que l'absence de règles les inquiète par rapport au fait de retenir: qu'est ce qui se passe, c'est vrai que du coup je leur explique pourquoi il n'y a pas de règles et j'ai l'impression que une fois qu'on leur a expliqué cela elles sont beaucoup plus rassurées et du coup le fait de ne plus avoir de règles passe beaucoup plus naturellement, elles ont compris.

je rentre un peu dans les détails car j'ai remarqué à plusieurs reprises notamment quand c'est

pas moi qui avait prescrit les Mirena d'être obligée d'en enlever car les dames n'ont pas compris que, ou de revoir les patientes parce qu'elles saignent encore, du coup je leur explique du coup je trouve qu'elles ont bien compris et qu'elles adhèrent mieux et qu'elles acceptent mieux que durant les premiers mois il y a allait avoir des saignements un peu n'importe quand. ça améliore bien je trouve.
c'est aussi pour ça que je veux voir les dames au moins une fois avant.

Est ce que par rapport aux AINS (anti inflammatoires) et aux tampons vous avez une conduite à tenir?

par rapport aux tampons non
et les AINS?

en même temps comme j'ai pas beaucoup de dames qui sont au DIU cuivre je me pose moins de problèmes, alors j'avais lu que finalement c'était plus vraiment un souci , et pas de différence entre Mirena et cuivre par rapport aux AINS.

Quels arguments positifs et négatifs donnez vous à la patiente pour lui proposer le stérilet?

positifs:l'absence d'oubli

négatif sur le cuivre: je vais avoir tendance à parler de l'importance des règles voire des douleurs, du fait qu'elles gardent leurs règles, qu'elles peuvent être plus longues
négatifs pour le Mirena, ça va être les histoires d'acné; pour la prise de poids j'avoue que j'en parle pas, sauf si elles posent la question , en général je les rassure car je n'ai pas vu de choses particulières; souvent je leur dis que c'est comme une pilule, si elles ont pris la pilule avant, ce ne sera pas pire qu'avec une pilule classique.

positifs pour le Mirena: on parle souvent de l'absence de règles tout en mettant un bémol car si c'est une patiente qui veut avoir des règles, voilà; en même temps ceux sont toujours des règles qui sont moins abondantes.

Je leur redis souvent aussi: contraception par définition, c'est artificiel; quand on parle de contraception, on n'est plus dans la physiologie; je trouve ça pas mal de leur redire quand on parle de contraception, c'est quand t'es contre la nature, il ne faut pas le nier non plus. Je leur en parle surtout quand elles font la réflexion qu'il n'y a plus de règles avec le Mirena. Non parce que le but, ce n'est pas qu'elle refuse la contraception après!

Quelle pratique en avez vous?fréquence de pose par semaine en moyenne?

alors il y a des semaines où je ne vais pas en mettre et il y a des semaines où je vais en mettre un tous les jours; je n'ai qu'une boîte pour les poses de stérilet donc je ne peux pas en mettre 2 par jour; on va dire en moyenne 2 à 3 par semaine.

Depuis combien de temps en posez vous?

Ca doit faire 4 ans. Par rapport à la réalisation du DU, j'ai commencé avant; avant de faire le DU de gynéco, comme je n'étais pas passée en gynéco et que ça me manquait, j'étais allée avec une collègue en consultations gynéco suivre des consultations notamment pour apprendre à poser des stérilets et puis pour faire le DU avant l'heure. Après, pour la première pose de stérilet, j'étais allée chez une collègue à son cabinet avec ma patiente et j'ai posé mon stérilet avec elle à côté, parce que je n'avais jamais eu l'occasion en tant qu'interne et je pense que ça me manquait de l'avoir fait avec quelqu'un à côté; et puis bon après c'est parti. Et j'ai fait le DU 1 an et demi après.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

bonne question: je crois la demande des patientes et le fait que j'avais vu mon maître de stage

en poser et je m'étais dit que ce n'était quand même pas si compliqué que ça non plus; et puis j'avais envie de faire de la gynéco, mais sans mettre des stérilets, c'est quand même embêtant; et puis je trouve ça sympa.

Qu'est ce qui vous a freiné à en poser?

au début c'était la peur de ne pas y arriver, la peur du malaise et des complications rares: traverser l'utérus etc.. peur de se dire est ce que je vais bien sentir le fond utérin; en fait avec du recul maintenant je me dis que c'étais idiot ça car ce n'est pas possible. je pense la peur du malaise c'est aussi pour ça que j'ai besoin d'être en confiance avec les patientes, j'ai besoin moi d'être en confiance et de sentir que elles elles sont en confiance aussi; je pense que c'est ma façon de limiter ça, et je n'ai jamais eu de malaise.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

je dirais que maintenant je suis à l'aise, ça ne me pose pas de problème particulier sauf quand je n'arrive pas à passer le col et c'est vrai que je suis dans un cabinet de médecine générale, c'est peut être une des raisons pour laquelle chez la nullipare je ne le fais pas, c'est que je ne vais pas forcer sur le col, je vais attendre que ça passe, je ne vais jamais forcer; je pense qu'il y a ces histoires de peur des complications que ce soit de la perforation ou du malaise vagal, on est loin du Mans, je n'ai pas l'appareil d'écho à côté; du coup je pense que chez la nullipare, les cols sont quand même peu moins faciles à franchir; en même temps j'en ai mis un chez une patiente qui avait accouché à chaque fois par césarienne, donc finalement c'est peut-être pareil chez la nullipare.

Concernant la facilité?

c'est un geste plutôt facile.

est ce qu'il y a eu des incidents répertoriés?

au début ça m'est arrivée de retirer le stérilet 2 fois au moment de la pose, maintenant ça ne m'arrive plus, et une fois une patiente qui a fait un petit malaise vagal.

Détail de la procédure de pose et de contrôle?

Je demande aux dames d'aller faire pipi afin qu'elles aient la vessie vide et qu'elles soient à l'aise; après je prends la tension et je la reprends à la fin; une dame qui vient pour une pose de stérilet et qui n'est pas très bien: asthénie, gastro la veille.. je ne vais pas lui mettre son stérilet; on a la chance en médecine générale de pouvoir faire ça mais c'est vrai que les gynécos ils ne peuvent pas fonctionner comme ça. Après, je pose le spéculum, je désinfecte le col, je demande aux patientes si elles veulent que je leur explique ou pas, il y a des dames qui aiment bien savoir ce qu'on fait d'autres pas du tout, donc on va alors plutôt causer d'autre choses, après je pose la pince de Pozzi, je fais l'hystérométrie, je ne déstabilise jamais le sachet du stérilet avant d'avoir fait l'hystérométrie car comme je considère que je ne force pas sur le col, si je passe pas avec l'hystéromètre, je ne déstabilise pas le stérilet, ensuite je prépare le stérilet, j'enlève la pince, je nettoie un petit peu si ça a saigné pas mal, je coupe les fils à 2cm, j'enlève le spéculum pour mettre les fils dans un des culs de sac et pour vérifier que l'utérus n'est pas douloureux, je rallonge les jambes, je regarde son ventre, je prends la tension et voilà. On fait une consultation de contrôle 2 à 3 mois après.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des IST (infection sexuellement transmissible) avant la pose?

non je ne fais pas mais je devrais peut-être faire effectivement. C'est vrai que ça pourrait être une occasion pour faire le Chlamydiae.

Est ce que vous entourez le geste d'une antibioprophylaxie ou d'anti-mycosiques?
non.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez?

Je leur montre le stérilet et je leur fais prendre dans les mains: c'est rigolo parce qu'il y en a qui disent c'est tout petit, et d'autres que c'est gros; globalement, c'est beaucoup plus:" c'est tout petit"
et sur la pose, c'est que finalement ce n'était pas si terrible que ça.

Et sur l'après?

une fois qu'elles l'ont, elles disent qu'elles ont eu un petit peu mal au ventre après mais finalement rien du tout en fait; elles signalent quand même qu'elles ont senti que ça s'était installé.

Quels sont les points positifs et négatifs qui sont évoqués par les patientes sur le stérilet?

Alors les fils parfois sentis par le mari, les saignements avec le Mirena au début, même si elles sont prévenues, c'est parfois quand même un peu abondant , et même si elles étaient préparées, c'est parfois dur d'attendre 4 , 5 mois, les douleurs au moment des rapports c'est quand même très rares, en général, ça correspond à l'expulsion de stérilet.

Est ce qu'elles évoquent des réticences?

La peur de la stérilité: je trouve que si on ne l'avait pas appelé stérilet, ce serait sûrement beaucoup plus simple, la peur d'avoir quelque chose en soi, c'est pas mon corps.

est ce que par rapport à la religion et le mécanisme abortif du cuivre, vous en avez une expérience?

je crois que j'ai une patiente qui m'en a parlé une fois, il n'y a pas si longtemps que ça, en me disant que ce n'était pas possible parce que le fait que l'embryon puisse quand même se former, ce n'était pas possible pour elle, c'est la seule patiente.

Après la pose avez vous des demandes de retrait?

il y en a mais c'est pas énorme; j'en retire un tous les 3 mois peut être.

Pour quel motif?

parfois c'est assez rigolo parce que c'est pour un désir de grossesse. Je ne vais pas proposer un stérilet quand il y a un désir de grossesse un an après parce que si il y a un accident de pilule 6 mois après c'est pas trop grave. Parfois c'est pour des saignements abondants; souvent j'essaie de les faire patienter 5, 6 mois en disant qu'on peut vraiment pas savoir pour après, plus pour les spotting du Mirena. Pour le cuivre, ça arrive qu'on ait un retrait pour des règles trop abondantes; pour l'acné, ça arrive aussi.

Donc au final vous considérez que vous posez des stérilets chez la nullipare?

En fait, je pense que je pourrais essayer mais il faudrait vraiment que toutes les conditions soient bien réunies.

Sur quels arguments vous poseriez des stérilets chez la nullipare?

Ca va être la nécessité d'une contraception sûre et une prise irrégulière chez la jeune femme; le fait que la patiente ait bien compris comment ça marche, qu'elle est à l'écoute , qu'on a un bon contact et qu'on en a bien parlé, qu'elle a pesé les pour et les contre, je crois qu'il y a ça aussi, si la jeune a bien compris les pour et les contre, pourquoi on fait ça, il faut vraiment

que ce soit une décision à deux, entre le médecin et la patiente, il ne faut pas que ce soit le médecin qui dise "c'est ça qui vous convient", oui je pense qu'il y a ça aussi chez les jeunes.

Et ça serait plus un Mirena ou un cuivre?

Alors plus un cuivre quand même parce que le Mirena est un peu plus large donc ça devient un peu plus compliqué; l'acné à cet âge là, il y en a un peu plus, le poids elles y sont très sensibles.

Quels sont les inconvénients que vous pourriez évoquer chez la nullipare concernant le stérilet?

la pose, mais ça c'est plus pour moi, l'augmentation des règles aussi parce que parfois les jeunes filles, y'en a certaines qui ont des règles très abondantes quand même, celles qui ont tendance à faire des malaises au moment des règles, je ne vais pas aller leur mettre un stérilet au cuivre.

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de premier ou de deuxième choix?

Oh deuxième choix.

Pour quels motifs?

pires. je pense que il y a une habitude et je pense que ça correspond aussi à une habitude des jeunes filles, c'est à dire qu'elles savent toutes ce que c'est que la pilule par contre le stérilet ça nécessite un apprentissage quelque part; la pilule elles en parlent avec les copines, je ne suis pas sûre qu'elles soient à l'écoute et qu'on ait autant de facilité à leur expliquer sur un stérilet que sur une pilule; je me trompe peut être , ça dépend des jeunes filles aussi mais j'ai cette impression quand même. ça changera peut être.

C'est pour ça principalement que c'est un 2eme choix?

oui parce que je pense que le stérilet faut vraiment y avoir réfléchi. on le met pour 5ans, alors évidemment on peut l'enlever avant mais en général on l'a pour 3 ans et je n'ai pas l'impression que les jeunes ado elles se projettent ; j'aurais tendance à proposer plus facilement du coup un implant, mais parce que c'est aussi la connaissance du corps et la représentation qu'elles ont de leur corps, quand on est dans un stérilet, la pose elle est intra utérine, on est plus intrusif, alors qu'avec l'implant, d'accord c'est dans le corps, c'est aussi un corps étranger mais c'est dans le bras. il y a peut être la difficulté aussi d'aborder la sexualité peut être en fait parce qu'en disant ça je me dis en fait pourquoi ce serait plus compliqué à expliquer, en même temps quand je leur réexplique la pilule je leur redemande si l'anatomie c'est bien clair mais je pense que ce n'est pas pareil entre avoir compris l'utérus et les ovaires pour comprendre que la pilule bloque les ovaires que de se dire on va aller mettre quelque chose dans l'utérus pour pas se retrouver enceinte.

C'est plus le côté invasif de cette contraception qui vous gêne?

oui, enfin, je dirais pas invasif je dirais intrusif, dans l'utérus qui est la zone..

En fait, cela fait plus écho à votre expérience qu'aux patientes? C'est vous qui vous dites que vous trouvez cela intrusif pour une nullipare qui n'a jamais eu de grossesse?

c'est ma représentation mais je pense que c'est aussi l'idée que je me fais de ce qu'elles peuvent accepter, après mon idée est peut être fausse mais c'est une croyance là pour le coup.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare, en fonction de quels critères?

alors du coup c'est sûr je ne vais pas mettre un Mirena, enfin je ne vais pas mettre: en même temps si il y avait besoin, enfin voilà, mais ce serait plutôt un cuivre de petite taille pour avoir une petite taille.

Y a-t-il des nullipares chez qui vous ne le posez pas?

oui, le contexte spasmophile, une petite jeune un peu volage. après une femme de 30 ans réfléchi, après ça ne veut pas dire qu'on en met qu'aux dames qui sont réfléchies mais qui est nullipare parce qu'elle ne veut pas d'enfant et que c'est clair dans sa tête et qu'elle veut un stérilet pour X raisons, je pense que je vais plus facilement proposer voire mettre un stérilet que chez une petite jeune de 19 20 ans qui peut être un peu tête un l'air et qui a un risque de grossesse, mais dans ces cas là je vais plutôt proposer l'implant. peut être que ça illustre tout simplement la difficulté de communiquer avec elles aussi, je pense que c'est pas si évident que ça; je ne crois pas qu'elles soient trop jeunes pour en parle mais qu'elles ne se posent pas ces questions là oui; je pense que du coup on créé un questionnement qui ne les concernent pas à ce moment là.

Qu'est ce qui ferez que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

Effectivement si il y a un Mirena short ça peut aider.

Je pense plus le fait de me re-interroger sur la question , notamment à l'occasion de cet entretien et d'en parler avec les jeunes femmes.

C'est vrai que ce n'est vraiment pas un réflexe d'y penser chez les jeunes filles, du coup si j'y pense plus, je ne sais pas, du fait de l'entretien si ça va modifier ma façon de le prescrire mais je pense que je m'entourerai toujours d'un certain nombre de précautions; c'est vrai qu'en même temps la pratique évolue et le fait d'avoir un peu plus d'expérience aussi; c'est vrai qu'au début où j'ai posé le stérilet, je ne faisais que des renouvellements de stérilets mais parce que j'avais besoin de me rassurer, j'ai toujours fonctionné un peu comme ça moi donc maintenant ça ne me gêne pas de faire des premières poses, je ne me pose même plus la question d'ailleurs; j'en mettrai aux nullipares d'ici...

Y a t-il des choses que vous aimeriez ajouter?

Je pense qu'il a des tas de croyances et du médecin et de la patiente autour du stérilet qui font que ce n'est pas toujours si simple que ça et que ce n'est pas juste une indication pour une patiente, c'est quelque chose d'assez complexe dans la décision d'ailleurs on voit bien que quand ça a été prescrit un peu rapidement et que les patientes elles arrivent avec ça, elles adhèrent pas et c'est dans ces cas là qu'on se retrouve en général à l'enlever le stérilet, genre elles sortent de la maternité avec leur ordonnance de Mirena mais en fait elles n'étaient pas prêtes du tout à ça, elles ne se sont même pas posées la question, je pense que vraiment pour qu'on puisse mettre un stérilet à une dame, il faut qu'elle y ait pensé, je pense que ça se mûrit, que quand elles ont déjà eu d'autres contraceptions et qu'elles ont un certain âge, elles ont le temps de se poser des questions et de nous reposer des questions, je pense que c'est un cheminement; du coup c'est pour cela aussi que je pense que chez la jeunes c'est plus compliqué, on est tout dans l'instant alors que l'implant, c'est un peu comme la pilule, on reste dans l'instant. je ne sais pas pourquoi j'ai cette ... mais oui.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

c'est très intéressant, ça permet de se reposer des questions, c'est toujours intéressant de se poser des questions.

MG2g

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ? Importante, mineure ?

Mineure je dirais dans le coin.

Quand en parlez-vous ?

Quand on aborde les modes de contraception, quand il y a un changement de contraception à faire et en post-couche aussi.

A quel type de femme vous le proposez ?

A des femmes qui ont une vie sexuelle stable.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

A des nullipares pas trop encore, elles ne sont pas trop demandeuses.

Ou des femmes qui ont des antécédents infectieux importants, ou des césariennes, les césariennes il faut éviter.

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

Le stérilet plus chez les femmes après 35-40 ans donc on est plus sur le mirena®, sauf pour les femmes qui refusent d'avoir un stérilet hormonal.

Que pensez-vous de ce mode de contraception ?

C'est un bon mode de contraception, surtout le mirena® où il n'y a plus de règles, pas d'hémorragie, j'ai eu zéro grossesse sous mirena®.

Quels sont les inconvénients ?

Il ya une prise de poids sous mirena®, des spotting, d'autres qui n'ont pas de règles mais souvent c'est pas gênant. Pour le stérilet au cuivre c'est les règles abondantes et les douleurs abdominales.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Je leur montre, les labo nous donnent des échantillons de stérilet. Je leur donne les avantages, qu'il n'y a rien à prendre par voie orale, qu'il n'y a pas d'oubli, qu'il n'y a pas de règles pour le mirena®, que ça se change tous les cinq ans donc c'est quand même intéressant.

Quelles informations vous paraissent utiles à donner ? Anti-inflammatoires, tampons ?

Pour les anti-inflammatoires, c'est discuté, donc bon alors. Et pour les tampons je ne suis pas très pour même sans stérilet.

Quelle pratique en avez-vous ? Fréquence de pose ?

6 ou 7 par an.

Depuis quand vous en posez ?

Depuis que je suis installée, 22-23 ans.

Qu'est-ce qui vous a motivée à en poser ?

Parce que ça existe alors je me suis dit il faut le faire.

Est-ce que vous avez eu des freins à en poser ?

Non.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

C'est facile pour les femmes bien faites, c'est tout mais autrement c'est pas difficile.

Avez-vous eu des incidents de pose ?

Alors il m'est arrivé que j'arrive pas à passer le col avec le stérilet alors que je le passais avec l'hystéromètre. J'ai eu une patiente qui l'a perdu dans les semaines qui ont suivies. Mais autrement non.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Je leur fais prendre du cytotec® 3h avant, 1cp. Je désinfecte à la bétadine®. Je mets une pince si le col n'est pas dans l'axe, je n'en mets pas si ça passe tout seul. Je ne mets pas d'antibioprophalaxie avant et je mets du spasfon® après.

Comment organisez-vous le suivi ?

Je ne les revois pas systématiquement. Je les revois que s'il y a un souci. Je ne les fais pas revenir exprès.

Quel est le ressenti des patientes ?

Il y en a qui sont toujours anxieuses, il y en a d'autres qui prennent ça bien. Quand on leur en parle il leur faut un temps de réflexion, elles disent pas oui tout de suite. Elles ont peur d'avoir un corps étranger dans le ventre, peur d'être gênées. C'est plus ça.

Une fois que vous l'avez posé qu'est-ce qu'elles vous en disent ?

Elles sont contentes généralement.

Est-ce qu'elles ont d'autres croyances particulières ?

Non

Après la pose avez eu des demandes de retrait ?

C'est arrivé une fois oui, quelqu'un qui avait mal au ventre, qui saignait pendant les règles, elle a dit j'en veux pas.

Je pense que quand ils viennent le faire c'est assez motivé, ils viennent pas comme ça.

Est-ce que vous posez des stérilets aux nullipares ?

Je l'ai pas fait encore car elles sont pas trop chaudes.

Quels sont les avantages et inconvénients du stérilet chez la nullipare ?

Alors des avantages, chez la fumeuse ça peut être pas mal, mais bon les jeunes générations sont quand même très pilule.

Y-a-t-il pour vous des inconvénients au stérilet chez la nullipare.

Pour moi non mais c'est plus elles, on leur mets quelque chose, elles ont pas eu de grossesse ni d'accouchement, on leur met quelque chose dans un endroit quand même qui pour elle évoque la sexualité. Il faut une démarche quand même pour accepter ça.

Est-ce qu'elles craignent certaines choses ? infections ?stérilité ?

Le risque de stérilité elles n'en parlent pas du tout. Le risque d'infections, on le propose pas à n'importe qui.

Plutôt à qui ?

J'irais pas mettre un stérilet à une fille qui va à droite à gauche.

Si une femme nullipare vous demande la pose d'un stérilet qu'est-ce que vous faites ?

Je le fais.

Si une femme nullipare présente des contre-indications à la contraception hormonale ou des échecs avec celle-ci, qu'est-ce que vous proposez ?

Je lui propose le stérilet.

Qu'est ce qui fait que vous seriez prête à en poser chez la femme nullipare.

Qu'elles soient demandeuses.

Mais elles sont plus réticentes que des femmes qui ont eu des frottis, elles sont toujours un petit peu plus terrorisées et puis après c'est une maturation intellectuelle la pose d'un stérilet c'est pas spontané.

Quand vous proposez la contraception aux nullipares, leur parlez-vous du stérilet ?

Oui comme on a ces grandes plaquettes, elles voient ce que c'est.

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez rajouter ?

Non.

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

Eh bien c'est intéressant pour vous. Je suis sûre que vous n'avez pas les mêmes réponses selon le mode d'exercice et les régions. Ici on est dans une région intellectuellement pas très évoluée donc on proposera pas les mêmes choses que chez des gens évolués. Il s'agit pas qu'une fille parte avec un stérilet et que vous la revoyez pas pendant 10 ans. Je pense pas trop que les jeunes générations sont encore prêtes. Si vous dites à 18 ans à une fille je vous pose un stérilet je pense pas qu'elle soit prête, dans leur tête c'est pas le mode de contraception, qu'on leur trifouille pour leur mettre un truc. On en posera pas trop, si chez les filles de 29-30 ans qu'ont pas d'enfants. Donc plutôt en deuxième choix.

Les stérilets au cuivre, il y a quand même des échecs. La pilule bien prise, je n'ai jamais vu d'échecs. Les grossesses sous pilule ça a toujours été une erreur de prise. Quand on interroge bien les gens, il y a toujours eu un oubli à un moment. Donc une fille qui va bien prendre sa pilule elle sait qu'il n'y a pas de risque de grossesse. Par contre le stérilet elles contrôlent pas ça, donc c'est peut-être aussi une réticence chez les jeunes, pour le au cuivre pas pour le mirena® y a pas de problème. C'est sûr que c'est pas 100% fiable, donc ça, ça leur fait peut-être un petit peu peur.

Autant l'implanon® c'est 100% fiable. Chez les nullipares j'ai plus de demandes d'implans que de stérilets. Ca touche pas le même endroit, pour des jeunes qui débutent leur vie sexuelle, il faut du recul un peu. C'est pas du tout pareil on touche pas leur intimité.

MG2m

Quel est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?
au centre de planification importante et au cabinet moyenne.

Quand en parlez vous?

quand j'ai une demande d'infos sur les méthodes de contraception donc systématiquement j'en parle, à tous les âges même les nulligestes, au changement de contraception, dans certaines pathologies plus particulièrement: cardio vasculaire, diabète, toutes les jeunes filles qui ont une contre indication aux autres méthodes de contraception, au cas par cas, enfin, j'y pense!

A quelles occasions le proposez vous? Vous avez des demandes de patientes pour le stérilet? qui viennent vous voir pour la pose?

Je ne sais pas; au centre de planification oui, on fait que ça; des fois leur demande n'est que ça car elles sont suivies ailleurs par des médecins pour les frottis et tout ça.
Ici au cabinet, c'est plutôt moi qui propose.

Y-a-t-il d'autres femmes à qui vous le proposez?

moi, toutes les femmes. A priori, ça serait la contraception la première que je conseillerais, même avant la contraception orale.

Y-a-t-il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

non, après c'est les contre indications du stérilet.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

les plus jeunes c'est sûr qu'elles choisissent en priorité les contraceptifs oraux.
en cabinet peu accepte que je passe au stérilet chez les primigestes mais au centre de planification de plus en plus souvent c'est accepté surtout en post IVG (interruption volontaire de grossesse), elles l'acceptent quand même bien.
sinon les femmes après 35 ans, souvent elles ont une lassitude de la pilule donc elles l'acceptent bien aussi donc c'est certainement majoritaire.

Entre mirena et cuivre, est ce qu'il y a des tranches d'âge qui correspondent plus à un type de stérilet?

C'est vrai que jusqu'à maintenant, plus on était jeune plus j'avais tendance à présenter le cuivre et à réserver le Mirena après 30-35 ans, voilà après je pense que c'est des choses qui vont prochainement évoluer car il y a un Mirena short qui va sortir, après c'est peut être plus nous à voir.

Ca vous arrive de poser des Mirena chez les nulligestes?

Non, je n'ai pas encore fait.

Que pensez vous de ce mode de contraception?

dans les 2 cas, c'est une contraception locale sans prise de contraceptifs hormonaux donc ça c'est plutôt bien, il n'y a pas d'oubli.

le cuivre a l'avantage pour les femmes qui sont attachées à leurs règles de les avoir , après le problème est qu'il y a souvent des problèmes de saignements importants avec des anémies. le Mirena: je lui vois que des avantages! l'absence de règles ça c'est bien, le fait que souvent en péri ménopause et après la quarantaine , ça compense une certaine carence en progestérone.

L'efficacité pour vous est elle comparable entre les 2?

je pense que le Mirena est plus sûr mais moi je n'ai jamais eu de grossesse sur stérilet dans mon expérience.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

comme une contraception locale; je leur montre toujours; je leur explique que c'est dans l'utérus; j'ai un dispositif de démonstration, je le montre même aux jeunes; après c'est en fonction de leurs questions.

Quels arguments positifs et négatifs donnez vous à la patiente pour leur proposer le stérilet?

négatif, je n'ai pas grand chose; c'est surtout pour le cuivre: les règles très abondantes. positif: que c'est une contraception quand même sûre, qu'il n' y a pas d'oubli, que c'est donc un confort certain, que dans la très très grande majorité des cas, il est bien supporté, qu'on ne sent pas les fils, qu'il s'enlève facilement, qu'il est efficace tout de suite.

quelle pratique en avez vous?

si je compte le centre de planification: au moins 2 par semaine; sans le centre de planification: un tous les 15jours au cabinet.

J'en pose depuis longtemps, depuis que je me suis installée car j'avais appris à en poser à l'hôpital d'à côté, et je me suis lancée tout de suite donc 1993 après je n'en posais pas autant que maintenant.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

Le fait qu'il y avait une demande: j'étais en campagne et j'étais obligée de faire de la gynéco.

Qu'est ce qui vous a freiné à en poser?

pas grand chose, rien.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

je crois que j'ai eu les bonnes conditions pour apprendre donc je suis plutôt à l'aise.

Est ce qu'il y eu des incidents répertoriés?

non je n'ai jamais eu de complication jusque' à maintenant. Après, il y des expulsions aussi, c'est vrai que des fois, c'est un des échecs.

Vous en avez fréquemment?

non, pas fréquemment mais c'est vrai que ça existe.

Plus chez la nullipare que chez la multipare?

ceux que j'ai vu , c'était chez les multipares.

Quelle est votre procédure de pose?

je m'assure vraiment qu'il n'y a pas de grossesse évolutive; je suis aussi de plus en plus

prudente pour les infections à gonocoques et Chlamydiae donc de plus en plus je demande quand j'ai le moindre doute et quand je ne connais pas la patiente, c'est même systématique, un test pour rechercher les 2; je désinfecte à la bétadine, je ne mesure plus en systématique la hauteur utérine: chez les multipares quasiment je le pose sans la faire car c'est plus au peeling; chez la nulligeste, c'est vrai que si je mesure, je peux avoir une contraction réflexe après et du coup il faut le temps que ça se lève, ça prend du temps, donc voilà, c'est un peu au feeling, je le fais de moins en moins.

Je pose quasiment tout le temps la pince de Pozzi car c'est plus rapide avec.

Je les vois 2 mois après ou après les premières règles.

Je ne fais pas d'antibioprophylaxie ou d'anti mycosique systématiquement avant la pose.

Quel est le ressenti des patientes?

Quand je le présente: il y en a qui étaient réticentes au début et du coup qui accepte, je trouve qu'elles se laissent assez bien convaincre; et puis bon, il y a toujours des rebelles qui ont la phobie du corps étranger en elle et donc on ne va pas insister trop, en tout cas je respecte. après la pose, elles sont plutôt soulagées. Il y en a toujours chez qui ça ne se passe pas forcément bien, il ne faut pas non plus idéaliser ça tout le temps à 100%: les règles abondantes, après il y a beaucoup de gens qui reviennent en disant qu'ils ont mal au ventre; après quand on les a re-examiné et qu'on leur a re-expliqué, ils sont alors convaincus que ce n'est pas cela et ils sont rassurés.

Quels points négatifs elles évoquent?

L'absence de règles, ça peut surprendre chez certaines mais bon comme elles sont au courant non.

après avec le Mirena, des personnes qui ne le supportent vraiment pas, qui objectivement se sentent mieux quand elles ont un cuivre et pas le Mirena notamment pour des douleurs et des saignements, mais pas forcément.

après il y a quand même objectivement des infections comme le Gardnarella qui sont plus fréquentes sous stérilet, peut être plus souvent avec le cuivre.

Quels points positifs elles évoquent concernant le stérilet?

la tranquillité d'esprit.

Quelles réticences elles ont?

souvent elles évoquent les échecs: elles ont souvent entendu une grossesse sous stérilet par la cousine, la copine.. le corps étranger en elle, ceux sont les 2 réticences.

Après la pose avez vous des demandes de retrait?

rapide? je ne vais pas dire que j'en ai pas, ça m'arrive pour les causes énoncées.

Vous posez le stérilet chez les nullipares: sur quels arguments?

Les avantages: c'est une contraception relativement sûre dans la mesure où la première cause d'échec chez les jeunes, ceux sont les oublis.

Les inconvénients: j'en vois pas.

Vous n'avez pas plus de difficultés d'insertion chez la nullipare?

je croyais mais finalement avec l'expérience, ça se passe relativement bien!

Vous n'avez pas plus d'infection ou d'expulsion chez la nullipare?

L'infection je n'en n'ai encore jamais eu en 20 ans

j'ai eu des expulsions et pas de GEU (grossesse extra utérine).

Avez vous une conduite à tenir particulière concernant les anti inflammatoires?

non

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

la contraception de premier choix, c'est celle qui est bien supportée, tolérée, comprise et bien suivie donc si une pilule est bien acceptée et bien vécue.

Donc le stérilet peut être du premier choix pour vous?

oui

quel type de stérilet posez vous chez la nullipare?

jusqu'à maintenant l'UT cuivre short.

Y-a-t-il des nullipares chez qui vous ne le posez pas?

toutes celles où il y a des risques d'infection, là je pense que peut être... je ne sais pas , non. la toute jeune, 16 ans, là vraiment, je ne sais pas pourquoi, mais je le propose quand même plus à la 18 19 ans; je n'ai pas d'âge mais chez la toute jeune, je peux pas te dire, je ne sais pas , peut être parce que je n'ai pas encore lu encore beaucoup de choses la dessus, d'infos, parce que je ne me lance pas comme ça, et donc du coup, j'ai peu lu de choses sur le stérilet chez la nulligeste donc voilà. Peut être la crainte de l'infection, lui nuire plus qu'autre chose quoique jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu d'infection, alors de quoi j'ai peur je n'en sais rien.

Que le partenaire soit fixe ou non , est ce un critère pour vous?

non

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

Déjà je le propose donc après ça dépend pas forcément de moi; après peut être voir comment je peux faire évoluer mon discours pour qu'il y ait plus de jeunes filles qui acceptent. En tout cas, là où je suis très incitante et convaincante, c'est quand il y a eu plusieurs oublis, quand, on parle avec la jeune fille, ses difficultés, aussi après une IVG (interruption volontaire de grossesse) je suis certainement plus convaincante.

Y-a-t- il des choses que vous voudriez rajouter?

non

Qu'avez vous pensé de cette entretien?

Il faut que je potasse, que je cherche plus d'articles qui me montre qu'il faut vraiment que j'en pose plus chez la nulligeste.

Je ne sais pas quelles sont mes vraies appréhensions à en poser chez la toute jeune: je pense qu'il y a une vraie question de maturité aussi; chez la toute jeune je serai vraiment très réticente tant qu'il n'y aura pas des études à long terme pour voir vraiment si on ne fait pas une intrusion en elles, si ça ne peut pas les perturber psychologiquement, je pense que je suis extrêmement prudente sur ce qu'on génère de notre côté, des fois un peu invasif dans leur intimité; c'est pour ça que d'intuition j'en pose rarement pour une toute première contraception chez une toute jeune jeune jeune. après c'est vrai qu'on a pas d'âge.

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

Alors ça, ça veut dire quoi ?

Est-ce que ça a une place importante ou non ?

Oui, oui, importante j'en pose beaucoup de stérilet.

Quand en parlez-vous ?

A vrai dire, souvent j'attends que les dames elles m'en parlent, parce que moi je pense que les dames il faut qu'elles soient prêtes dans leur tête pour mettre un stérilet. Donc chez les jeunes qu'ont pas d'enfants par exemple la demande elle vient toujours d'elles.

Quand on parle de contraception, je dis que ça existe mais bon une jeune fille de 17-18 ans je vais pas aller lui proposer le stérilet d'emblée. Mais qu'en elles ont 20-22, elles viennent et me disent j'en ai marre de la pilule, je voudrais prendre un stérilet alors y a pas de soucis.

Autrement chez les femmes j'en parle quand par exemple elles ont des règles très abondantes ou des choses comme ça, quand il y a des motifs, quand elles ont un stérilet au cuivre et qu'elles ont des règles très abondantes ou même sans ça. Ou quand on parle de contraception après avoir eu leurs enfants, dans le panel il y a le stérilet mais il faut qu'elles soient prêtes dans leur tête.

Y-a-t-il des femmes à qui vous le proposez ou des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Le stérilet, non, non, enfin à qui je propose pas les jeunes filles trop trop jeunes et autrement non, non si il n'y a pas de contre-indications. Si je propose pas d'emblée à ces jeunes filles c'est que je pense qu'il faut qu'elles soient prêtes, un stérilet ça fait pas du bien quand on a pas eu d'enfants. Donc elles vont pas bien le supporter si c'est pas leur demande. Il faut que ce soit un peu réfléchi, je trouve, le stérilet quelque soit l'âge qu'on a. Et puis chez les jeunes filles comme elles ont plus de partenaires, il y a quand même les risques d'infections. Donc quand c'est une demande de leur part on cadre bien les choses et généralement ça se passe bien.

Quel est la place du stérilet dans votre pratique en fonction des âges et quel type de stérilet ?

Quand elles sont toutes jeunes j'en ai quelques unes, j'en ai pas énormément chez les nullipares, c'est toujours un stérilet au cuivre, parce que le mirena® est gros, j'ai testé le mirena®, mais ça va pas. Elles ont toujours des douleurs après, mais là il va y avoir un mini-mirena® qui va sortir donc j'espère que ça devrait améliorer ça. Mais autrement c'est toujours un short.

Après quand elles ont eu des enfants c'est elles qui choisissent. Après le premier enfant, je dirais environ 30%, et après 40 ans elles ont l'impression que le stérilet c'est pour plus longtemps, donc j'en ai beaucoup et il y a beaucoup de femmes qui veulent plus d'hormones donc ça leur convient bien aussi donc peut-être plus de 50% qui ont ça comme contraception après 40 ans. Et le mirena® au moment de la pré-ménopause c'est super, ça efface un peu la pré-ménopause ça se fait en douceur.

Que pensez-vous de ce mode de contraception ? Les avantages ? Les inconvénients ?

Pour le stérilet en général, elles ont pas de prise de médicaments à prendre donc ça c'est pratique. C'est un moyen de contraception pour 5 ans, donc même si la pose c'est un peu douloureux, elles se disent voilà c'est pour 5 ans on va pas y revenir tout de suite.

Le stérilet au cuivre j'ai eu quand même quelques grossesses sur stérilet au cuivre dont une GEU, donc c'est elles qui choisissent leur type de stérilet, si elles veulent des règles elles prennent le stérilet au cuivre et puis le mirena® si elles ont beaucoup de saignements ça va les diminuer et chez les femmes qui sont très fécondes, j'en ai une qui arrête sa pilule et elle a un bébé tout de suite, elle voulait un stérilet au cuivre, je lui ai dit non. Elle risque vraiment de faire une grossesse sur stérilet donc là j'ai insisté pour qu'elle prenne un mirena®, elle était d'accord et très contente de son mirena®. Mais les femmes très fécondes j'ai quand même peur qu'elles soient enceintes. J'ai tous les ans des grossesses sur stérilet.

Les inconvénients, j'en ai quelques-unes qui ont de l'acné, des spotting. Alors les spotting, 1 mois, 2 mois ça va, mais j'en ai qui ont eu plus de 6 mois, elles en avaient marre. Mais c'est quand même pas le plus fréquent. Et j'en ai une qui a fait une torsion de kyste à l'ovaire après un changement de mirena®, le premier ça s'était bien passé et voilà mais c'est pas fréquent. Et forcément ça va modifier les règles, mais celles qui veulent un mirena® elles sont contentes de pas avoir trop de règles ou plus du tout de règles.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

J'en ai, je montre, et j'ai aussi une petite plaquette où j'ai tous les stérilets, parce que les short j'en ai pas en démonstration. C'est surtout pour les stérilets au cuivre où il y a marqué les mesures, je montre le tube inserteur, je leur explique, je présente l'utérus pour voir comment c'est mis, les fils, comment je coupe, etc.

Quelles informations vous paraissent importantes à donner ?

Ca dépend si c'est un stérilet au cuivre ou un mirena®. Pour le mirena®, elles veulent savoir si ça fait grossir, les modifications de cycles, règles, les problèmes d'acné, cheveux gras et surtout j'insiste sur si elles ont des pertes anormales, qu'elles consultent. Il faut pas rester, surtout chez les jeunes qui ont un stérilet au cuivre, si elles ont des pertes anormales, qui sentent mauvais, il faut consulter, il faut pas rester comme ça. Voilà c'est surtout ça. Alors je leur dit qu'elles peuvent avoir mal le jour, le lendemain mais au-delà d'une semaine, elles appellent et je prescrit une écho.

Et sur le plan des anti-inflammatoires ?

Non du coup il y a plus ça. D'ailleurs elles en parlent pas. Et quand elles demandent, je dis il y a aucune contre-indication avec les médicaments.

Donnez-vous des conseils par rapport aux tampons ?

Oui et surtout quand elles ont un mirena® et qu'elles ont très peu de règles, je leur dit de bien mettre un tampon adapté au flux car quand on enlève le tampon si c'est très sec ça peut accrocher les fils. J'ai une patiente qui a perdu son stérilet comme ça, ça et la cup aussi car ça fait ventouse.

Quand elles veulent un stérilet au cuivre je leur dit bien que c'est pas du 100% pour la contraception, qu'elles auront des règles et des cycles comme ils étaient avant et qu'il faut s'inquiéter si elles ont un retard de règle.

Quelle pratique en avez-vous ? Combien ?

Hier 3, aujourd'hui 2, ça dépend des semaines mais je peux en poser 5 ou 6 par semaine.

Depuis combien de temps en posez-vous ?

Depuis que je suis installée en 96, mais qu'en je faisais de la médecine générale, j'en posais beaucoup moins car il y avait moins de demande, là j'en pose beaucoup beaucoup depuis que je suis là. Autrement j'en ai toujours posé, au début j'étais un peu stressé, je me souviens. C'est comme tous les gestes plus on en fait plus c'est facile.

Qu'est-ce qui vous a motivé à en posé ?

D'une part j'étais en cabinet de groupe, ma collègue en posait aussi et il y avait une demande des patientes, c'était évident que j'allais en poser. J'ai toujours adoré la gynéco, c'est un bon moyen de contraception. Je suis plutôt à l'aise pour ce geste comme j'en fais beaucoup.

Est-ce qu'il y a eu des incidents ?

Oui, j'ai eu un très très gros malaise vagal chez une nullipare mais c'était au début que j'étais là, elle ne me connaissait pas, elle était venue avec la prescription de son médecin. Après elle m'a dit qu'elle n'en avait pas dormi de la nuit d'avant, elle était trop trop stressée. Elle était pas bien, obligé de lui faire de l'atropine. J'ai eu plusieurs malaises vagues c'est toujours des dames très stressées.

Quel est votre procédure de pose ?

Je mets du cytotec® en intravaginal 1cp 2 heures avant pour éviter les contractions dues à la prise par voie orale, 1 antadys® ou du spasfon® 2 heures avant et de l'homéopathie de l'actae racemosa 1 dose 1 heure avant pour ouvrir le col et quand elles sont vraiment flippées du jasanium en homéopathie à prendre la veille et le jour du rendez-vous. Ca m'est arrivé de donner du lysanxia® mais j'évite car souvent elles ont de la route à faire. Chez les jeunes chez les nullipares je fais toujours un dépistage du chlamydiae.

Je fais toujours une hystérométrie car ça me donne un petit peu le chemin. Je désinfecte avec du dakin. J'explique tout ce que je fais. Si l'hystéromètre passe je pose pas de pince sur le col. On arrive à pas poser de pince dans la moitié des cas. Parfois je leur demande de pas aller faire pipi juste avant, sans forcément avoir la vessie pleine mais du coup tout va être un peu plus dans l'axe.

Je les revois 1 mois et demi ou 2 mois après la pose environ, je les préviens qu'elles vont avoir des saignements surtout avec le mirena®. On s'inquiète juste des douleurs qui perdurent plus d'une semaine.

Quel est le ressenti des patientes ?

Parfois elles sont surprises de la taille, c'est plus petit qu'elles ne le pensent. Elles s'inquiètent par rapport aux rapports, que c'est pas dans le vagin. La boîte est grande ça peut faire peur. Je leur dis souvent de montrer à leur conjoint.

Parfois elles ont pas mal, mais parfois elles ont mal pendant la pose. Elles disent que c'est comme de douleurs de règles, j'en ai très peu qui ont extrêmement mal. Je les rassure.

Souvent à distance de la pose elles sont contentes car elles sentent rien, elles ont plus de pilule à prendre, pour elle c'est comme une liberté. Les dames qui sont pas très contentes c'est plutôt les dames qui ont un mirena® qui voulaient plus de règles mais qui saignent encore et celles qui ont des spotting pendant longtemps. Mais quand elles sont bien prévenues elles savent que ça va passer et il faut les faire patienter encore un peu. Celles qui ont plus de règles elles sont super contentes.

Celles qui ont un stérilet au cuivre, je les préviens qu'elles auront plus de règles qu'avant mais quand ça dépasse une semaine c'est un petit peu difficile et quelque fois après quand elles en ont marre d'avoir plein de règles elles se décident pour un mirena®.

Ont-elles certaines croyances ?

Souvent c'est la peur du corps étranger et quelques-unes pour le stérilet au cuivre qui veulent pas car c'est pas « contraceptif » pour elles c'est des mini-avortements.

Chez les jeunes j'évoque le risque d'infection, le fait que les préservatifs c'est hyper important. Et je leur dis que si elles n'ont pas d'infection il n'y aura pas de risque de stérilité. Pour le stérilet au cuivre je leur dis que parfois si il y a une grossesse qu'elle peut aussi être extra-utérine et qu'il faut faire le test de grossesse au moindre doute.

Quelque fois les nullipares viennent me voir car on a refusé de leur poser un stérilet, il y a des gynéco qui ne veulent pas en mettre. Mais bon moi ça se passe bien chez les nullipares, alors une fois j'ai refusé car elle avait 17 ans, pas de copain. Je sais que dans certains pays ils en mettent toute jeune comme ça, mais je me dis qu'elle a quand même beau coup plus de risque d'avoir des MST et dès fois elles connaissent pas l'anneau vaginal et parfois c'est plus adapté.

Après la pose de stérilet avez-vous eu des demandes de retrait ?

Pour le mirena®, pour des spotting persistants plus de 6 mois, pour de l'acné, pour des douleurs chroniques même si l'écho est normale. Ou même si il y a pas de motif médical, si elles en veulent plus je l'enlève.

Les demandes de retrait c'est pas fréquent.

Si j'ai bien compris vous posez des stérilets chez la nullipare, quels sont vos arguments ?

Une nullipare qui fait que d'oublier sa pilule, qui veut pas d'implant, qui n'a pas de sous pour s'acheter un anneau, je lui parle du stérilet mais je lui dis surtout de réfléchir. Autrement c'est vraiment une demande de leur part et il y a une catégorie de nullipare c'est les écolos, une dame m'a dit que prendre la pilule ça fait faire pipi des hormones et ça féminise les poissons dans les rivières. Ca c'est des filles qui prennent une cup, qui veulent un stérilet car elles ne veulent pas d'hormones. J'ai eu aussi des nullipares où il y a des antécédents de cancer du sein chez la maman dont une où c'est génétique et elle a voulu un stérilet au cuivre. Les arguments c'est que moi j'aime bien qu'elles soient en couple stable, celles qui sont pas en couple stable, on discute beaucoup pour qu'elles mettent un préservatif absolument quand elles ont des rapports et même à 25 ans car c'est pas facile de mettre des préservatifs à cet âge là et surtout pour les garçons, je les briefe bien et je vais accéder à leur demande mais je leur fais un tableau d'infection, de MST, de stérilité pour qu'elles soient bien clair dans leur tête et qu'elles ont des responsabilités vis-à-vis d'elles-mêmes.

Et les inconvénients du stérilet chez la nullipare ?

La pose qui est souvent un peu plus douloureuse mais c'est pareil je leur dis, que ça va être comme des grosses douleurs de règles, et que les règles elles vont être un peu plus abondantes, et qu'elles sont un peu plus fécondes donc si elles ont un retard de règle il faut qu'elles fassent un test de grossesse. Mais en fin de compte il n'y a pas beaucoup d'inconvénients.

Donc vous pensez que c'est plutôt une contraception de premier ou deuxième choix ?

De deuxième choix car souvent elles sont jeunes quand elles viennent pour une demande de contraception.

Quels types de stérilet posez-vous chez la nullipare ?

Que des short et j'aime bien le NT380short et quelque fois des UT380short.

Dans les antécédents de grossesses extra-utérines, je pose des mirena® mais pas de stérilet au cuivre.

En post-IVG ?

Elles sont souvent demandeuses.

Est-ce que vous en posez beau coup chez la nullipare des stérilets ?

Oui quand même pas mal.

Est-ce qu'il y a quelque chose qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare ?

Non, c'est en fonction des demandes.

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez ajouter ?

Que j'ai pas encore eu de perforations utérines mais que peut-être un jour ça m'arrivera. C'est ma hantise mais quelque fois ça arrive.

On a pas parlé des spasmes du col, parfois il m'arrive de faire revenir des dames. Je ne déballe jamais mon stérilet avant d'avoir fait l'hystérométrie.

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

Très bien, c'est bizarre de dire comment on fait la technique car on est tellement habitué que ça devient automatique. Mais c'est bien de reprendre les choses. On peut diminuer la douleur si on les mets en confiance, si on prend notre temps, si on leur explique.

Il y a plein de médecins qui veulent pas en poser chez la nullipare et qui leur dressent un tableau noir.

MG3m

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique?

C'est difficile parce que est ce que j'en pose beaucoup ou je n'en pose pas beaucoup par rapport aux autres médecins généralistes, c'est la question que je me posais; j'en ai aucune idée.

L'an dernier j'ai regardé, je crois que ça doit faire 2 ou 3 par mois en moyenne.

Est ce que vous pouvez évaluer si c'est une pratique plutôt moyenne ou rare?

je pense que c'est plutôt moyen.

Depuis combien de temps en posez vous?

depuis je dirais 13 ans

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

de m'installer parce qu'en fait avant j'ai fait quand même beaucoup de remplacements et donc où je n'en n'avais pas posé, c'était un peu plus compliqué d'en poser parce que j'en avais pas posé et quand je me suis installée, ça me paraissait évident de savoir en poser .

Est ce que vous avez eu des freins à en poser?

ah oui au début, je crois que je n'ai pas commencé par des stérilets simples alors je me suis posé la question si j'allais continuer mais j'ai continué mais c'est vrai que je pense que quand on a des difficultés, je pense que c'est un peu... mais après je pense qu'une fois qu'on a l'habitude, qu'on a bien compris comment ça fonctionnait, je pense... Maintenant, c'est beaucoup plus simple mais il y a une époque où on disait qu'il fallait avoir le matériel pour réanimer tout ça, donc je pense que tout ça au départ ça a été un frein à pouvoir poser des stérilets. Mais après très très vite on a dit ça sert à rien d'avoir tout ça donc ça par contre ça a bien facilité le fait de se dire qu'on pouvait poser des stérilets en cabinet.

A quelles occasions le proposez vous?

Et bien j'en parle à chaque fois qu'on va pouvoir discuter d'une contraception; ça ça me paraît... ça fait parti des choses dont je parle comme les autres moyens contraceptifs.

Vous les proposez tous de façon systématique?

oui oui

Vous le proposez systématiquement chez la multipare comme chez la nullipare?

oui j'en parle aussi chez les nullipares en leur disant que c'est possible, qu'on peut poser un stérilet chez une nullipare.

Avez vous des limites d'âge pour le proposer?

je crois pas qu'il y en ait vraiment.

Au niveau de la parité, est ce que vous vous fixer une limite ou pas?

non. C'est certain que c'est plus facile à poser chez la multipare mais autrement voilà, c'est pas un .. moi mon critère c'est plus un moyen de contraception qui paraît quand même

efficace et je pense que c'est à mon avis l'essentiel aussi.

Est ce que le fait que la personne ait un partenaire fixe ou non influence votre proposition de stérilet?

en fait oui et non parce qu'en fait ce qui va être plus ... c'est pas rapport à des antécédents d'infections mais autrement à priori ça n'a pas vraiment forcément de logique puisque si il y a plus de partenaires, peut être plus de risques et donc plus de risques par rapport à avoir une contraception qui ne soit pas forcément efficace ou des oublis si c'est une pilule donc l'un dans l'autre, je crois qu'on est toujours dans la balance bénéfice risque mais en tout cas c'est pas une contre indication pour poser un stérilet, c'est même plus dans est ce qu'il y a des risques de grossesse, je pense que ça va être ça.

Est ce qu'il y a des antécédents ou des raisons médicales qui vous font le proposer plus particulièrement?

ah bah oui; d'abord il y a des femmes qui disent qu'elles ne tolèrent pas du tout la pilule, déjà c'est un ... et puis bon les femmes qui fument aussi, je pense que c'est un bon moyen de contraception et un un petit peu moins.. avec moins d'effets secondaires ou moins de risques qu'une pilule.

Est ce qu'il y a des femmes à qui vous ne le proposez pas?

ben je crois pas que j'ai vraiment de femmes..sauf si il y a avait vraiment des contre indications particulières mais autrement non, je le propose en fait .

Au niveau des contre indications, vous pensez à des choses précises?

ben c'est bon par exemple des femmes qui ont déjà eu des stérilets qui n'ont.. avec des expulsions de stérilet, avec des infections qui seraient à répétition et avec des risques d'infections plus importantes. Sinon, après ça peut être aussi un problème d'anomalie au niveau utérin; enfin je pense qu'il y a .. ou alors des femmes allergiques au cuivre ou qui font des angio-oedemes, ça fait parti des complications mais il n'y en a quand même peu.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique en essayant de le déterminer en fonction des tranches d'âge en pourcentage?

alors là je ne saurai pas vraiment dire

Ou savoir si c'est minoritaire ou majoritaire selon une limite d'âge?

ben je ne pense pas que ce soit majoritaire ça c'est sûr, et ce serait plus majoritaire quand même chez les femmes qui ont déjà eu un enfant ça c'est sûr. Et chez les nullipares, c'est très très minoritaire .

Que pensez vous de ce mode de contraception?Les principaux avantages et inconvénients?

qu'est ce que je pense moi ou c'est ce que les femmes en pensent?

Vous ce que vous en pensez d'abord?

d'accord. Je pense que c'est un moyen de contraception en fait comme un autre qui me paraît être quand même plus sécurisant à priori au niveau des risques de grossesse, ils sont quand même moins importants que même avec une pilule correctement prise ; ça aussi l'avantage de ne pas avoir de prise médicamenteuse sauf bon, alors après ça dépend quel stérilet selon qu'on utilise un stérilet avec hormones ou sans hormones. On va pas dire que c'est plus naturel non plus parce que c'est pas forcément tout à fait naturel non plus mais en tout cas je pense que c'est relativement pratique et en plus pour une durée assez longue, il n'y a pas à le

changer trop souvent et puis c'est quand même relativement pratique dans la mesure où ça s'enlève très rapidement et il n'y a pas de modification du cycle puisqu'il n'y a pas de blocage au niveau de l'ovulation; ça peut faire parti des avantages pour expliquer un petit peu cette contraception. Et puis c'est pas cher un stérilet!

Est ce que vous y voyez des inconvénients?

Ben les inconvénients, ça va être un peu pour certaines femmes ben celles qui n'ont pas de règles, ça peut être perturbant ; pour un certain nombre de femmes aussi le fait d'avoir un corps étranger, c'est aussi quelque chose de perturbant et puis après c'est aussi tout ce qui peut être dans la représentation du stérilet ou de ce qui peut aussi se transmettre entre amis ou familialement ; enfin, on a toujours en fait "oui mais ma mère elle m'a eu alors qu'elle avait un stérilet".. voilà, c'est quand même assez porteur, beaucoup plus que la pilule je trouve , c'est vraiment assez porteur dans l'imagination, dans l'imaginaire et dans la transmission aussi, "je te dis si tu veux mettre un stérilet, je te préviens .. "il y a un côté " si ça t'arrive , peut être que ça m'arrive" qui existe beaucoup moins qu'avec la pilule parce que la pilule c'est parce qu'on l'a oubliée mais il n'y a pas de ... C'est vrai qu'il faut un peu tuer un petit peu les ...

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

Ben j'explique un petit peu comment ça fonctionne et puis je montre aussi et puis voilà pour aussi démystifier un peu la chose, montrer que c'est tout petit et puis j'explique un petit peu comment ça fonctionne et que ça fonctionne assez bien dans l'utérus et que c'est bien adapté; je pense que ça c'est important de le montrer.

Est ce que vous avez une conduite à tenir particulière concernant les anti inflammatoires et les tampons?

ben les anti inflammatoires, je sais qu'il n'y a aucune étude qui a montré qu'il y avait vraiment des choses particulières donc par contre je ne comprends pas pourquoi c'est toujours marqué au niveau des stérilets! mais en tout cas jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'étude qui a démontré ..

Et par rapport aux tampons je leurs donne les mêmes consignes que celles qui font aussi des infections vaginales à répétition c'est à dire que quand le flux est important, il n'y a pas de souci mais quand le flux est beaucoup moins important, il vaut mieux éviter effectivement... mais ceux sont des choses qui ne sont pas spécifiques du stérilet je pense.

Quels arguments positifs et négatifs vous donner à la patiente pour lui proposer le stérilet?

en tout cas, comme argument positif, j'essaie de leur expliquer un petit peu effectivement les avantages mais je pense que des arguments positifs si on a une mauvaise représentation de toutes façons, ça ne va pas marcher.

Après dans les arguments négatifs, je leur explique, c'est comme pour toute contraception, c'est pas du 100% mais c'est quand même que le risque de grossesse est moins important que la prise de pilule. Que moi ce que j'en connais, c'est que même les grossesses extra utérines, ça ne fait pas parti non plus, enfin, ce n'est pas forcément majoré par le stérilet parce que ça aussi ça fait parti des représentations qu'ils peuvent avoir. Après je pense que ce qui me paraît important en tout cas, c'est dans le choix d'une contraception, c'est d'être à l'aise avec cette contraception parce que finalement par expérience, j'ai été amené à proposer des contraceptions à des femmes qui finalement, on leur disait " ben faut mettre ça parce que mon mari veut que je mette ça " et puis au bout de quelques mois en fait ça n'allait pas et je pense que ça me paraît important. Et malgré tout aussi, c'est aussi de pouvoir parler de la

contraception avec les autres aussi, parce que finalement il n'y a pas toujours des choses négatives et finalement on se rend compte qu'on va trouver des femmes qui vont dire " ah c'est super " et d'autres qui ont des tas de problèmes et qu'après c'est plutôt par soi même, c'est de se dire , "moi je suis ni l'une ni l'autre et c'est moi qui doit faire mon propre choix". Moi je pense que c'est comme ça que j'essaie d'expliquer un peu les choses parce que je pense que ça sert à rien de dire " ah c'est super le stérilet " si par ailleurs il y a la copine qui dit "ben non, ça a pas marché pour moi, j'ai eu ceci, j'ai eu cela" donc, enfin.... Après si elle me demande pour elle ce qui est le mieux indiqué je vais lui dire , mais en tout cas , pour elle je lui expliquerai que ce qui est important, c'est surtout qu'elle puisse bien maîtriser sa contraception.

Quel est votre avis sur ce geste technique?Au niveau facilité?

moi je pense que c'est un geste qui peut être très facile mais aussi très pénible! et qui peut dérouter donc effectivement dès fois ça rentre comme du beurre, et je me dis "oh c'est vraiment très simple" et puis parfois c'est un peu compliqué mais parfois c'est aussi un peu compliqué parce que.. c'est souvent quand on fait une pose, on enlève et on remet, c'est souvent qu'il y a un petit spasme qui fait que ça passe un petit peu moins, mais parfois aussi c'est lié aussi à la patiente qui n'est pas détendue et donc là ben à la fois il faut pas être brutal mais en même temps on attrape chaud des fois parce qu'il faut prendre le temps, faut passer le spasme et après c'est bon mais c'est vrai que ça peut être un peu plus long et puis et puis il faut aussi surveiller après: j'ai déjà eu 2 occasions d'avoir un grand malaise vagal et là c'est un peu plus compliqué! c'est un peu plus long!Ca peut vite compliquer un peu les choses dans un cabinet.

Est ce que vous avez déjà eu d'autres incidents?

lors de la pose ou après?

oui, lors de la pose

ben jusqu'à présent non, pas d'hémorragie ou de chose comme ça, pas de perforation.A la surveillance à un mois, j'ai vu une fois une expulsion.

Quelle est votre procédure de pose et de contrôle?

Je prescris de la Bétadine et un peu de Spasfon si elles ont des douleurs un peu après. Si vraiment pour une première pose le col est pas trop dilaté, je leur donne un comprimé de Cytotec et je recontrôle un mois après.

Vous faites une hystérométrie systématiquement?

ben si j'en ai pas fait, la première fois oui.

Et vous utilisez la pince de Pozzi pour la pose à chaque fois?

oui.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles avant la pose?

pas systématiquement, que si il y a un point d'appel ou effectivement si c'est une jeune femme qui peut avoir des partenaires multiples, ça c'est possible, on fait le bilan un peu avant afin de ne pas....

Faites vous une antibiophylaxie ou des anti mycosiques qui entourent le geste?

non.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et quand vous l'avez posé?

c'est souvent " ah c'est tout petit!" "ah c'est comme ça!". et puis j'essaie moi de leur expliquer en reprenant avec l'anatomie pour qu'elles puissent bien se représenter, comment on le pose , comment c'est, comment est l'utérus pour qu'elles se représentent quand même quelque chose et qu'il y ait une représentation par rapport au geste, que ça ne soit pas quelque chose de traumatique.

Et une fois que vous l'avez posé, elles sont globalement satisfaites?

je trouve que globalement oui.

Avez vous des demandes de retrait après la pose?

ça peut arriver mais c'est quand même assez rare.

Pour quels motifs?

alors là, récemment j'ai eu une patiente qui l'avait depuis un an, un Mirena et il semblait qu'elle avait des troubles dépressifs qui pouvaient être en rapport avec les progestatifs. Aussi soit pour ménorragies avec les stérilets au cuivre mais c'est rarement au bout de 3 mois, c'est souvent au bout de 6 mois, un an et puis sinon, j'ai eu des cas de patientes qui étaient d'origine étrangère donc pour le Mirena ça n'allait pas parce qu'on n' avait pas de règles alors qu'il fallait avoir ses règles sinon, on est impur et une autre c'était parce qu'elle avait trop de règles et quand elle avait des règles, c'était pas bien non plus parce que quand ils ont leurs règles, ils ne peuvent pas faire le ramadan et ça n'allait pas non plus. Donc ça fait parti un peu des croyances qu'il faut prendre en compte quand même.

Est ce que la stérilité ou le risque d'infection ceux sont des choses qui ressortent ou pas?

à mon avis pas vraiment dans les croyances.

Posez vous des stérilets chez la nullipare?

j'ai dû en poser 1 ou 2.

Sur quels avantages et quels inconvénients?

les avantages, c'est que effectivement chez les nullipares qui ont des oublis fréquents, ça paraît un moyen de contraception assez intéressant quand même. En tout cas, les oublis et la peur des oublis, c'est quelque chose de fréquent donc c'est un peu plus rassurant comme contraception. Les inconvénients, c'est que c'est pas toujours facile à poser parce que les nullipares qui ont quand même des cols qui sont vraiment très très petits et je trouve qu'on a quand même pas beaucoup de stérilets qui sont adaptés.

Vous posez surtout des cuivres alors?

des shorts oui

Pas de Mirena?

le Mirena pour l'instant, c'est quand même...

Il y a d'autres inconvénients du stérilet chez la nullipare pour vous?

après oui, effectivement par rapport aux MST (maladie sexuellement transmissible) maisparce que c'est vrai qu'elles sont quand même de plus en plus fréquentes..

Donc vous pensez qu'il y a un risque infectieux majoré avec la présence d'un stérilet?

non, non, c'est pas l'effet majoré, c'est pas le stérilet qui va donner plus d'infections mais c'est

toujours un peu embêtant quand on a une infection sur stérilet.. Je ne crois pas qu'il y ait de majoration des infections sous stérilet, ça fait parti des choses que les études maintenant...

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

à l'heure actuelle, c'est pas forcément la plus simple par rapport aux outils qu'on a comme stérilets, je trouve que pour l'instant c'est pas .. je pense que si on avait des choses un petit peu plus facile, peut être que ce serait un peu plus facile..

Donc plutôt un 2eme choix pour vous?

oui. mais en tout cas j'en parle.

Enfinement vous en avez posé peu alors que vous en parlez systématiquement, pourquoi?

Je pense que c'est aussi dans leurs représentations que c'est que pour les multipares et je pense que c'est le côté intrusif qui .. parce que ça veut dire de faire un examen gynéco.. on va dire quand même si c'est possible qu'il y ait déjà eu des rapports quand même! On ne va pas poser un stérilet chez une jeune femme qui n'a jamais eu de rapport sexuel! hors la contraception, on se rend compte qu'il y a des pilules quand même aussi où les rapports ne sont pas fréquents ou bien qu'elles n'ont pas encore eu de rapport sexuel et que le 1er examen gynécologique, on ne le fait pas forcément non plus les 1ères fois; en même temps si il n'y a pas de problème particulier, le frottis, c'est pas avant 25 ans, on n'a pas de raisons forcément particulières en dehors de problèmes gynécologiques de faire un examen gynéco immédiatement parce qu'on a eu des rapports sexuels. Donc ça ça peut être aussi un obstacle. Elle n'a pas forcément envie de l'avoir tout de suite, il faut un peu préparer. C'est pour ça que je dirais que c'est une contraception de 2eme choix.

Mais finalement c'est un obstacle de votre part ou de la patiente?

de la patiente.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

-le Mirena short déjà et puis je pense que voilà, l'examen gynécologique aussi. Sans parler de contraception, déjà chez certaines femmes, de leur dire qu'on va faire un examen gynécologique, c'est déjà un obstacle. ça me paraît quelque chose d'important. J'essaie que ce ne soit pas quelque chose de subi l'examen gynéco, compris en tout cas.

Y-a-t-il des choses que vous voudriez rajouter?

je pense qu'à partir du moment où on aura vraiment des stérilets chez les nullipares qui seront faciles à poser et qui seront sûrs aussi pour les cuivres, je pense que ça sera peut être plus facile parce que la contraception, c'est en 4eme qu'on commence à parler de contraception et à mon avis c'est à ce moment là qu'il faut en parler et c'est pas forcément évident pour les professeurs.. et que ça me paraît important, y compris chez les garçons.

Est ce que vous avez un ressenti particulier concernant le stérilet chez la nullipare?

non parce que par exemple je travaille à l'IME où la c'est vrai que c'est pas simple non plus la contraception chez des jeunes femmes qui ont en plus un handicap mental et le stérilet, parfois aussi je leur propose; on a quand même les mêmes difficultés par rapport à un examen gynécologique, par rapport à cette intrusion aussi au niveau du corps, ça c'est sûr que c'est quand même important. Je pense que pour accepter un stérilet, il faut quand même avoir aussi déjà une idée de son corps, pour avoir une acceptation, ça me paraît important. Ca peut être

un obstacle. A l'IME, on va alors poser plus d' Implanons parce que c'est moins intrusif, ça va être sous la peau, c'est moins intime.

Est ce que vous pensez qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du stérilet chez la nullipare?

non, moi personnellement non.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

c'est très intéressant.

MG4g

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ? Importante ? Mineure ?

Oui importante.

Quand en parlez-vous ?

A tous moments, lors des consultations pour contraception mais parfois à d'autres moments je tends un peu des perches aux patientes, parfois même quand elles viennent en consultation pour leurs jeunes enfants on discute contraception au passage. Il y a plein d'occasions d'aborder le stérilet.

A quelles femmes le proposez-vous ?

A tous les types de femmes, à tous les âges et à tous les stades de la vie génitale.

Est-ce que la parité influence ?

Pas forcément, je le propose aussi aux nullipares. C'est vrai qu'on le propose très facilement aux femmes qui ne désirent plus d'enfants mais pas forcément, parfois entre deux grossesses.

Est-ce que le fait d'avoir un partenaire ou non modifie vos propositions ?

Pas forcément non.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Non

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique en fonction des âges et quel type de stérilet ?

Je le propose systématiquement quand je propose une contraception, je sors ma boîte à contraception et je montre tout sur le bureau. C'est vrai qu'il a un peu plus de succès chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, il a un peu moins de succès chez les patientes nullipares mais j'ai certaines patientes nullipares qui en ont un.

Mirena® ou cuivre ?

Ca dépend des patientes, moi j'aime bien le cuivre, je le propose souvent en première intention et je propose plus le mirena® aux patientes qui se plaignent de métrorragies ou qui ont des fibromes. Je vais pas forcément proposer le mirena® en stérilet première intention.

Qu'est-ce que vous pensez de ce mode de contraception ?

Il est très bien.

Les avantages ?

La fiabilité par rapport aux oublis de pilule car il y a beaucoup de patientes qui oublient leur pilule. La durée de vie et le côté tranquillité pour les patientes car une fois qu'il est mis en place elles n'ont plus à y penser.

Quels sont les inconvénients pour vous ?

Les métrorragies avec le stérilet au cuivre, les spotting, acné et prise de poids avec le mirena® et parfois l'aménorrhée avec le mirena® est mal vécue.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Je leur présente visuellement tous les modes de contraception. Je leur explique en quoi ça consiste, je leur explique la technique de pose, je leur explique les effets secondaires possibles, on discute de leur fiabilité, avec le mirena® j'annonce environ 100%, avec le cuivre je suis un petit peu plus réservée mais en disant que c'est quand même très fiable.

Quelle pratique en avez-vous ?

Combien j'en pose, c'est très variable, ça varie en fonction des saisons, peu avant l'été, beaucoup en septembre et jusqu'à décembre, un peu au printemps. J'en pose environ 2 par mois.

Depuis combien de temps en posez-vous ?

3 ans.

Qu'est-ce qui vous a motivée à en poser ?

L'envie de pouvoir proposer toutes les contraceptions aux femmes.

Est-ce que vous avez eu des freins ?

Non pas vraiment.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

Le geste technique je me sens relativement à l'aise. Je trouve pas ça très compliqué et pas très difficile.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Je prescris 1 comprimé de cytotec® à mettre en intra-vaginal 1 à 2 heures avant avec du spafon® et ibuprofène® après la pose. Je préviens les patientes qu'il faut qu'elles reviennent si trop de douleurs, trop de contractions, trop de saignements.

Prescrivez-vous une antibioprofylaxie ?

Non.

Comment faites-vous le geste ?

Je fais d'abord un toucher vaginal pour évaluer la taille et l'orientation de l'utérus, après je m'installe, je fais une bonne désinfection du périnée, je pose mon spéculum, je désinfecte bien le vagin et le col, je fais une hystérométrie systématique, je pose le stérilet et je coupe les fils. Je revois les patientes 4 à 8 semaines après puis tous les ans pour faire un contrôle.

Avez-vous eu des incidents ?

J'ai déjà vu des dames revenir avec des stérilets expulsés mais c'est pas moi qui les avais posé. J'ai jamais eu d'incidents alors il m'est arrivé de ne pas arriver à le poser, un spasme du col.

Quel est le ressenti des patientes ?

C'est très variable. Il y a des patientes qui arrivent en consultation avec l'intention d'avoir un stérilet, il y en a d'autres qui connaissent très peu ce moyen de contraception et qui en voyant l'objet sont intéressées et se lancent. Par contre il y a une part de population qui refuse un peu

le stérilet et que je n'arrive pas à convaincre. Il y a un côté rejet de l'objet qui va être intra-utérin et il y a un souci de représentation corporelle je pense.

Quand vous l'avez posé quel est leur ressenti ?

Bien, en général elles sont satisfaites, soulagées que la pose soit faite rapide et indolore. A distance, elles sont satisfaites à part les rares fois où j'ai du l'enlever de part les effets indésirables.

Parfois elles évoquent le risque de stérilité ou d'infection.

Est-ce que parfois les nullipares pensent qu'on ne peut pas leur en poser ?

Rarement, elles sont souvent rassurées et motivées pour en poser. Les nullipares viennent souvent en ayant la demande d'avoir un stérilet car elles en ont marre d'avoir la pilule. Et en général ça se passe très bien.

Après la pose avez eu des demandes de retrait ?

Assez souvent pour désir de grossesse ou aménorrhée avec le mirena® ou spotting ou parfois la prise de poids, l'acné. Les métrorragies avec le cuivre pas si souvent que ça. Et je crois que la première cause c'est le désir de grossesse.

Donc vous posez des stérilets chez la nullipare. Quels en sont les avantages ?

Les nullipares sont souvent des femmes qui utilisent majoritairement la pilule et qui ont des oublis donc le premier motif c'est les oublis de pilule ou alors le ras le bol des jeunes filles pour la pilule de part la contrainte d'y penser tous les jours. Elles sont souvent soulagées de pouvoir passer à autre chose.

Est-ce qu'il y a des inconvénients ?

Je pense qu'avec un stérilet bien posé il n'y a pas plus d'infections.

Ca n'est pas prouvé qu'il y ait plus de grossesses extra-utérines ni plus d'expulsions.

Par rapport aux anti-inflammatoires ?

C'est pas vrai ça.

Pour vous c'est une contraception de premier ou deuxième choix ?

C'est plutôt une contraception de deuxième choix en général quand les jeunes filles viennent pour la première fois elles préfèrent la pilule comme leur copines, c'est souvent des filles assez jeunes. Après ça quand elles sont fatiguées de la pilule, ou qu'elles l'ont oubliée, ou qu'elles font une IVG, là souvent elles passent à un stérilet.

Y-a-t'il un profil de nullipare ?

Alors moi je le propose toujours, mais ça elles font leur choix.

Il y a la différence entre la contraception et la prévention des IST. Quelles prennent la pilule ou un stérilet je leur explique bien qu'il faut qu'elles se protègent.

Quel type de stérilet prescrivez-vous chez la nullipare ?

Moi j'ai une préférence pour le cuivre, mais j'ai certaines patientes qui ont un mirena® par souhait. La pose n'était pas plus compliquée. Après ça dépend de la morphologie de la patiente mais souvent un standard.

Seriez-vous prête à en poser plus chez la nullipare ?

Si il y avait plus de demande chez la nullipare et je ne sais pas si c'est une demande qui va augmenter. Ca reste quand même anecdotique par rapport à la pilule chez les jeunes.

Est-ce que vous pensez que les jeunes sont assez informées par rapport au stérilet ?

Probablement pas assez, les jeunes quand elles envisagent une contraception elles ne pensent qu'à la pilule.

Y-a-t'il des choses que vous aimeriez ajouter ?

Non

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

C'est bien, c'est bien orienté.

MG4m

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique?

c'est toujours très compliqué de répondre à ce genre de questions: moyenne.

Quelle pratique en avez vous? Fréquence de pose par semaine ou par mois?

par mois, c'est 2.

Depuis combien de temps en posez vous?

depuis toujours.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

j'ai un peu une tête de lard c'est à dire que je pense que ce n'est pas sérieux de proposer une contraception à une patiente si on ne maîtrise pas tous les modes de contraception.

Est ce qu'il y a des choses qui vous ont freiné à en poser?

non.

A quelles occasions le proposez vous?

lorsqu'il y a une demande de contraception.

Est ce qu'il y a d'autres moments où vous le proposez?

il a dû m'arriver d'en poser un une fois pour une prescription de traitement pour l'acné le Roaccutane.

Est ce que vous le proposez systématiquement à la nullipare quand vous proposez votre renouvellement de contraception?

j'ai tendance à pas beaucoup proposer mais à demander ce que les gens veulent, d'abord et les réponses des filles qui ne souhaitent pas la pilule et qui sont nullipares à l'heure actuelle se portent plus sur l'Implanon que sur le stérilet donc je pose beaucoup plus d'Implanons que de stérilets. Je réponds à la demande et ce n'est que si il y a une contre indication médicale au souhait de la patiente que je vais à ce moment là faire une proposition différente.

Donc vous ne proposez pas à ce moment là tout le panel de contraception?

non, je ne fais pas ça mais peut être j'ai tort; mais je commence toujours par demander " vous vous imaginez quoi comme contraception?"; si il n'y a pas de contre indication, je ne sais pas trop à quoi ça servirait d'aller plus loin mais encore une fois peut être que je me trompe.

Avez vous des limites d'âge pour proposer le stérilet?

non; je pose plutôt des petits stérilets chez les femmes jeunes.

Est ce que la gestité rentre en compte?

non

Partenaire fixe ou non, est ce que c'est un critère?

je n'ai jamais pensé à ça..... je suis en train de réfléchir pourquoi vous posez la question...

non, je ne vois pas.

Est ce qu'il y a des antécédents ou des raisons médicales particulières qui vous font le proposer?

les contre indications à la pilule, à ce moment là je vais proposer autre chose.

Dans ces cas là, vous proposez tout le panel?

Alors j'avais tendance à ne pas proposer le Nuvaring et puis il n' y a pas très longtemps j'ai une patiente qui est venue en m'en demandant: j'ai dit oui bien sûr et ça va peut être me faire proposer ça un peu plus facilement en particulier aux filles qui ne veulent pas la pilule parce qu'elles disent qu'elles l'oublient.

A ce moment, vous allez le proposez au même titre que les autres?

oui; bon après il y a un certain nombre de jeunes filles de jeunes femmes qui n'ont pas envie d'avoir un stérilet, c'est pas rare quand même; encore une fois, elles acceptent plus facilement l'Implanon mais il y a aussi celles qui ne veulent pas qu'on rentre du tout dans leur corps, par quelque moyen que ce soit, qui ne supportent pas bien l'idée d'avoir un corps étranger quoi.

Est ce qu'il y a des femmes à qui vous ne le proposez pas?

ben non parce que ... je crois que je connais un peu les contre indications mais je rencontre très très rarement des infections utérines qui contre indiqueraient la mise en place du stérilet quoi.

Ce serait une infection en cours ou un antécédent d'infection?

une infection en cours, pas un antécédent d'infection. je serais peut être plus prudent quand même chez une femme jeune qui a déjà eu des ennuis quoi, une femme en âge de procréer et qui a envie d'avoir des enfants, je pense que j'aurai tendance à proposer quand même autre chose.

Donc dans l'idée qu'il y a quand même un risque infectieux majoré par le stérilet?

oui, c'est ça.mais ce n'est pas une contre indication formelle pour moi.

Est ce qu'il y a d'autres choses qui font que vous ne le proposeriez pas à une patiente?

..... en dehors de son refus à elle , du fait que l'idée lui soit intolérable non je ne vois pas très bien.

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

ça va pas être facile parce que c'est très majoritairement la pilule.

Même chez les femmes aux alentours de la ménopause?

c'est difficile de répondre à cette question... moins bien sûr , moins mais pour donner un chiffre je suis incapable.

Est ce qu'en mettant une limite d'âge de 30 35 ans, est ce que le stérilet est minoritaire ou majoritaire au dessus et en dessous?

je ne sais pas répondre à votre question; je suis désolé mais je vous dirai un truc...

Vous posez plus de Mirena ou de cuivres?

je pense que je pose autant de Mirena que de cuivres.

Que pensez vous de ce mode de contraception? les principaux avantages et inconvénients?

j'ai vraiment envie de vous répondre que je ne pense rien des modes de contraception.

Mais quand vous devez le présenter à la patiente?

mais je vous dis je ne fais pas de prosélytisme pour un mode plus qu'un autre donc en fait je m'en fous complètement; c'est uniquement ce que souhaite la patiente et puis les contre indications. C'est elle qui choisit, moi je crois que je n'ai pas d'idée sur ce qui est le mieux; quand une fille me dit " j'oublie ma pilule 4 fois par mois", ben faut pas insister faut prendre autre chose; je ne vais pas lui dire " ah bah si si il faut essayer de la prendre comme il faut", elle a 2 ans d'expérience, elle sait qu'elle a merdé plein de fois.. si elle a envie d'essayer autre chose, ben on va essayer autre chose; et si elle me demande ce que j'ai à lui proposer, et bien je vais lui proposer le stérilet, le Nuvaring ou l'Implanon.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

je crois que je ne le présente pas, enfin je ne le présente pas en tant que tel; je leur demande ce que ça leur fait l'idée d'avoir un stérilet et puis j'essaie de vérifier qu'elles n'ont pas de craintes particulières vis à vis de ce truc et puis autrement je leur montre quand je leur pose.

Enfin elles ne vous posent pas de questions sur comment vont être leur cycle avec le stérilet, quels sont les effets secondaires éventuellement?

si si tout à fait, le fait qu'elles vont avoir des règles comme avant la pilule si elles prenaient la pilule si c'est un stérilet au cuivre et puis une absence de règles éventuelle avec le Mirena mais je ne le présente pas en tant que tel, non.

Vous partez un peu du principe qu'elle a toutes les informations?

alors je souhaite que ça soit les patientes qui me demandent au fur et à mesure mais je pense inutile d'apporter des informations qui ne sont pas dans leur domaine de conscience, quelque chose comme ça. Je ne fais pas de l'information rituelle, ritournelle, jamais.

Enfin, vous n'avez pas plus de questions après?

non, pas plus, non, je ne crois pas, vraiment pas; Je les fais revenir systématiquement à un mois, je vérifie qu'il est place et puis là on discute un petit peu de si ça va quoi, si il y a quelque chose qui.. si elles ont des questions à poser.

Avez vous une conduite à tenir particulière concernant les AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens) et les tampons?

non. Ca les AINS, ça fait très longtemps que je sais que ce n'est pas contre indiqué.

Quel est votre avis sur ce geste technique, au niveau de la facilité notamment?

je crois que j'ai jamais eu d'échec; ma technique, c'est de m'y prendre doucement mais je fais toujours une hystérométrie donc l'hystéromètre je le pousse tout doucement, donc je prends mon temps, ça peut prendre 1 minute ou 2, le temps d'obtenir le passage.

Vous prenez toujours une pince de Pozzi?

oui, toujours.

Donc pour vous c'est un geste facile finalement, ça ne pose pas de problème?

oui, oui.

Donc aucun incident répertorié?

si j'ai eu quelques fois des petites infections et c'est tout.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des IST?

non, pas du tout

Est ce que vous faites une antibioprofylaxie ou des antimycosiques autour du geste?

jamais.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

généralement elles me disent "ah c'est tout petit"; le fait de voir ce qu'on leur met à l'intérieur, c'est très important, ça j'y tiens beaucoup et je trouve que c'est très apaisant, très rassurant en fait.

Et une fois qu'il est posé, j'ai plutôt l'impression qu'elles sont satisfaites, elles repartent et avec le sourire généralement.

il n'y a pas eu de point négatif évoqué particulièrement?

j'ai jamais eu de souci vraiment mais je les préviens sur les questions de douleurs ou de saignements ou de pertes anormales après donc ça elles sont prévenues et les rares cas d'infections que j'ai eu, c'est sur les doigts d'une main. J'ai dû être obligé de retirer le stérilet 2 fois mais autrement les autres fois on a fait un traitement antibiotique 10jours et tout est rentré dans l'ordre en conservant le stérilet.

Y-a-t-il des croyances particulières de la part des patientes autour du stérilet?

je ne sais pas parce que j'ai jamais cherché vraiment à savoir ça.

Avez vous des demandes de retrait après la pose?

non

Donc vous posez des stérilets chez la nullipare, ça vous arrive?

quelques fois, pas très souvent .

Sur quels arguments mais finalement vous allez me dire que c'est quand c'est elles qui le demandent?

beaucoup moins depuis qu'il y a l'Implanon.

Et globalement elles sont satisfaites de l'Implanon?

ah bah les jeunes filles oui, elles sont très satisfaites de l'Implanon quand on a la chance que ça ne les fasse pas saigner; elles sont prévenues, bien prévenues , je vérifie que c'est bien présent dans leur tête et qu'une fois sur 5 on sera obligé de le retirer et j'en ai retiré déjà à cause de ça mais elles le savent et à partir du moment où c'est intégré comme il faut au départ, ça ne pose aucun problème.

Est ce qu'il y a des arguments qui vous ferez poser chez la nullipare le stérilet plus qu'un autre moyen de contraception?

Le principal motif, c'est l'oubli de pilule, il n'y a pas de contre indication médicale réelle, c'est rarissime chez les jeunes filles.

Mais alors finalement dans quels cas vous les posez chez elles? c'est soit à leur demande, soit lors d'une contre indication de pilule?

c'est une contre indication mais pas médicale de pilule mais une contre indication comportementale.

Donc ceux sont les 2 choses qui vous font poser un stérilet chez la nullipare?

oui , oui.

Est ce qu'il y a des inconvénients pour vous du stérilet chez la nullipare?

non

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

de 1er choix si il le faut.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare?

Je pose un Mona Lisa au cuivre

Ca vous arrive de poser des Mirena chez les nullipares?

non.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser plus chez la nullipare?

plus d'échec de l'Implantons et puis là il y a pas cette idée d'avoir un truc dans l'utérus qui gêne quand même. je crois que l'utérus dans les représentations c'est plutôt fait pour recevoir les bébés plutôt que des corps étrangers quoi donc il y a quelque chose sur lequel il faut passer et c'est pour ça que l'Implanon est une bonne solution.

Y-a-t-il des choses que vous aimeriez rajouter?

non, moi je suis assez satisfait de la méthode que je pratiquais avant que la recommandation arrive c'est à dire il faut demander aux femmes ce qu'elles souhaitent donc j'ai trouvé que c'était une bonne recommandation; Je suis toujours aussi un peu retenu par le prix, les trucs pas remboursés quoi donc ça m'embête toujours de proposer un moyen de contraception qui n'est pas remboursé donc moi je prescris que des pilules classiques remboursées de 1ère génération ou le Trinordiol. Maintenant le stérilet est remboursé, l'Implantons aussi; il y a juste le Nuvaring qui n'est pas remboursé et ça ça va forcément me freiner un peu.

Est ce que vous avez un ressenti particulier concernant le stérilet chez la nullipare?

non parce que ça fait très très longtemps, je ne peux pas vous dire à quand ça remonte , mais j'ai commencé très tôt à organiser en formation continue des ateliers de pose de stérilets pour les médecins généralistes dans la Sarthe donc à ce moment là, je savais que ce n'était pas une contre indication, c'était une contre indication qu'en France et pas ailleurs.

Pensez vous qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du stérilet chez la nullipare?

oui je pense, je pense que cette attitude particulière à la France a encore des répercussions sur le fait que je pose sans doute beaucoup moins de stérilets qu'un médecin américain; je pense que ça joue toujours puisque c'est une pratique presque transgressive.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

plutôt agréable.

MG5g

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ? majeure ? mineure ?

Elle a l'importance que lui donnent les patientes, pour moi elle fait partie du panel de moyen de contraception qu'on peut être amenés à proposer quand il y a un premier choix puis quand il y a une réorientation de la contraception pour des raisons que la femme amène ou parce que les méthodes utilisées ne sont plus supportées alors ça fait parti des choses qu'on propose. Au centre de planification, je suis la seule médecin à les poser donc ça représente une activité qui peut avoir son importance en terme de nombre de femmes vues pour des stérilets.

A quel type de femme vous le proposez ?

Toutes les femmes, dans l'information, toutes les femmes sans condition d'âge ou autre, étant donné qu'on peut opter soit pour un stérilet cuivre ou un stérilet hormonal en fonction de ce que souhaite vivre la femme ou pas sur « je veux pas d'hormones » ou « je veux pas mes règles » ou « je veux un moyen de contraception dans la durée », c'est proposé à égalité de traitement avec la pilule ou autre.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Si il y a des femmes qui ont des contre-indications en lien avec le stérilet ou selon la volonté de la femme, si elle exprime des réticences de part les représentations qu'elle en a sur l'idée d'avoir quelque chose dans son corps ou autre.

Je peux être amenée à voir des femmes que je n'ai pas vues auparavant pour discuter de contraception ou que je suis pas particulièrement, pour la pose du stérilet car je suis la seule à en poser dans le centre.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs ?

Ici étant donné qu'on a une population assez jeune, c'est vrai qu'on peut être amené à le proposer à des très jeunes filles nullipares d'autant plus si elles ont eu un suivi ailleurs et qu'on leur a refusé le stérilet si elles en étaient intéressées ou bien des jeunes femmes qui commencent leur contraception, comme on le propose au même titre que d'autres moyens elles peuvent être séduites par le procédé. Donc on peut soit avoir des nullipares, plus que dans une population générale soit des femmes que l'on a pu suivre depuis des années pour une contraception qui ont eu des grossesses et qui souhaitent un moyen de contraception plus dans la durée ou entre deux grossesses qui souhaitent un moyen de contraception. C'est assez hétéroclite avec une préférence pour des femmes qui sont pas dans un projet de grossesse donc soit des très jeunes soit des un petit peu moins jeunes. On prescrit plus de pilules car c'est ce que les femmes vont demander en priorité, même si chez les très jeunes on a tout une information où on parle avant la mise en route de la contraception et où est présenté le stérilet mais dans la très grande majorité des cas elles optent pour la pilule. C'est quand même pas quelque chose qu'on va mettre tous les jours un stérilet. Dans la vitrine on doit en avoir 5 ou 6 d'avance de manière à pouvoir soit le proposer à des jeunes filles pour lesquelles les parents ne sont pas informés pour les cuivres short, soit pour des femmes qui viennent un petit peu dans l'urgence car on le propose aussi comme contraception d'urgence donc il faut qu'on en ait sous la main. Chez la femme de plus de 35 ans c'est quand même la pilule qui est le plus représentée malgré tout.

Mirena® ou stérilet au cuivre ?

C'est vrai que pour les très jeunes nullipares on va en priorité proposer un stérilet au cuivre car il existe un short, pour le mirena® même si il y a pas de contre-indication techniquement c'est plus compliqué à poser, mais pour des femmes qui ont eu plusieurs grossesses qui veulent un moyen de contraception sur le durée c'est plutôt le mirena® qui va avoir ses préférences d'autant plus que après 35 ans si les femmes sont fumeuses ça va faire parti du petit panel de choix possibles. A près ça dépend de la population qu'on a, il ya des femmes qui sont intéressés mais qui mettent beaucoup d'importance dans le fait que ça soit un moyen de contraception non hormonal, il y a des femmes qui sont dans la mouvance bio qui sont intéressées et chez des très jeunes aussi.

Qu'est-ce que vous pensez de ce mode de contraception ?

Dans les retours que les femmes peuvent nous donner, quand les choses ont été bien expliquées, en général c'est très bien toléré et les femmes qui ont un stérilet et qui en sont satisfaites en général vont redemander un stérilet dans la plupart des cas. C'est un moyen de contraception qui de façon paradoxale n'est pas toujours présenté aux femmes ou quand elles ont manifesté un intérêt on a pu leur renvoyer qu'elles étaient pas le cœur de cible. Donc on voit des femmes qui arrivent avec un parcours différent et qui sont soulagées et satisfaites qu'on puisse leur proposer ça car la pilule leur convient plus ou qu'elles y pensaient depuis longtemps. Les seules petites restrictions c'est les règles abondantes avec le stérilet au cuivre mais on arrive à anticiper les choses en les prévenant et souvent c'est bien toléré surtout quand on leur explique que c'est sur quelques mois et qu'après les symptômes s'amendent. Tout ce travail de préparation en amont fait qu'il y a une bonne accroche à ce moyen de contraception et une bonne acceptation. Les femmes trouve ça confortable dans leur vie sexuelle et au quotidien car ça permet de relâcher « la régularité des suivis », elles sont pas tenues par le fait de devoir renouveler l'ordonnance, aller à la pharmacie, etc... Si ça se passe bien on les verra pas tous les ans mais tous les 18 mois ou tous les 2 ans.

Pour ce qui est du mirena®, c'est pareil en général il est bien toléré, à partir du moment où on a pris du temps pour leur expliquer l'absence de règles et de voir dans le vécu de la femme si c'est perturbant car pour certaines c'est angoissant et les problèmes liés à l'imprégnation hormonale tels que prise de poids, poussée d'acné et qui sont dans mon expérience assez rare. Ça nous aide bien pour les fumeuses ou avec facteurs de risque. C'est aussi des moyens de contraception remboursés ce qui n'est pas le cas de cérazette®. Depuis que je fais de l'orthogénie j'ai vu une grossesse sur mirena®, peut-être 2 ou 3 grossesses sur stérilet. Je me dis pas quand je pose un stérilet qu'il y aura peut être une grossesse sur stérilet ou une GEU, c'est des choses qu'on évoque elles sont informées que si il y avait un problème particulier au niveau des règles il faut qu'elles reconsultent. Je n'ai pas d'à priori sur les moyens de contraception ni sur celui-là.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

J'ai un support visuel plastifié sur lequel on peut dessiner sinon j'ai tout en démonstration, un stérilet, un hystéromère, une boîte utérus, ça leur permet de le toucher et de bien visualiser ce qu'on dit. C'est un grand temps avant toute pose. Quelles aient pu voir la taille.

Y-a-t'il des informations particulières que vous délivrez ?

Insister sur le fait que ça ne donne pas d'IST, que si il y avait une vie sexuelle agitée avec des partenaires multiples et sans préservatifs, de dire que dans ce cas là le stérilet n'est peut-être pas le moyen de contraception le plus adapté car dans ce cas là il y a le risque de transmettre des IST hautes mais que ça n'est pas le fait d'avoir un stérilet qui va leur donner une IST. Insister sur le fait qu'il n'y a pas de contre-indication aux anti-inflammatoires, qu'il n'y a pas de

contre-indication chez la nullipare. Je précise pour les anti-inflammatoires que c'était une précaution extrême donnée car elles ont pu entendre un discours autre par leur médecin généraliste, de manière que ça soit pas en concurrence avec d'autres informations qu'elles ont pu avoir par ailleurs. J'essaie d'avoir un discours structuré mais en même temps j'essaie de ne pas être trop négative, chez les nullipares je dis que les pratiques ont évoluées, de manière à ne pas disqualifier ce qu'on leur a dit mais en étant ferme sur le fait que c'est un moyen adapté pour elles et qu'elles prennent pas de risque.

Est-ce que vous donner des conseils par rapport au tampon ?

Non, parfois elles posent la question et je leur dis que parfois elles peuvent être amenées à toucher leurs fils et qu'elles ne tirent pas dessus.

Quel est votre pratique ?

J'en pose beaucoup mais c'est relatif par rapport au nombre de consultations du centre. L'activité est variable et il y a une semaine j'en ai posé 4 dans la même semaine et avant ça j'en avais pas posé pendant 3 mois peut-être, donc c'est très variable. Actuellement moins de 5 par mois mais à l'époque ou j'avais plus de vacances j'en posais plus environ entre 5 et 10 par mois.

Depuis combien de temps en posez-vous ?

Depuis 2007.

Qu'est-ce qui vous a motivé à en poser ?

Travaillant dans un centre de planification je ne me voyais pas ne pas pouvoir proposer un moyen de contraception aussi important que le stérilet sous prétexte que j'en posais pas souvent. Pendant mon stage de formation, j'en avais posé 1 ou 2 donc c'était pas quelque chose avec lequel j'étais à l'aise. Mais comme j'ai fais de l'orthogénie ça m'a permis de faire des manœuvre endo-utérines et de gagner de l'aisance et aussi en en posant régulièrement. C'est un moyen de contraception assez privilégié dans les suites d'une IVG. Les femmes ont envie d'avoir un moyen de contraception fiable surtout quand ça fait suite à moyen de contraception comme la pilule.

Je suis très reconnaissante par rapport à mon activité d'orthogénie car ça m'a beaucoup déculpabilisé sur le risque de perforation en donnant un sens clinique et ça dédramatise la mesure hystéromètre et la façon de poser le stérilet, je suis plus dans le ressenti. C'est comme beaucoup de choses en médecine, le fait d'avoir une pratique régulière, fait que c'est un geste plus fluide. Mais je comprends tout à fait que si j'avais pas eu la possibilité d'en poser régulièrement je le proposerais moins facilement.

Sur le centre, mais collègues qui n'en posent pas, sont peut-être moins à l'aise pour le proposer car dans l'organisation c'est moins simple et elles sont dans des appréhensions très techniques donc « moi je le pose mais pas aux nullipares car si on perfore, les conséquences », mais pour moi ça va de pair avec un manque de pratique. Un stérilet à une nullipare, c'est pas plus compliqué si on se donne les moyens d'être dans de bonnes conditions, d'avoir bien expliqué, bien détendu, de s'aider de cytotec® avant.

Quel est votre avis sur ce geste technique ? Est-ce simple ?

J'ai pas envie qu'il soit compliqué. Ici on est pas dans des très bonnes conditions pour le poser, le fait qu'on est du matériel jetable, que la table ne soit pas très mobile et surtout des pinces jetables plastiques, donc en fonction des cols c'est pas super.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Avant la pose, il y a toute la partie explication, un examen clinique. Par rapport aux infections je propose un dépistage quasi systématiquement mais ça n'est pas systématiquement réalisé car parfois c'est pas moi qui les aient vues avant et qu'elles attendent la pose du stérilet alors je peux leur proposer dans un second temps.

Pour la préparation elles ont une ordonnance avec le stérilet, les antalgiques. 2h avant la pose ibuprofene® 400 et spaston® et pour les nullipares et les femmes qui sont assez stressés on a une boîte de cytotec® et je leur donne 1 cp à prendre 2h avant, au moment des règles ou dans les 5 jours qui suivent une prise de risque. Je leur dis qu'elles viennent vessie pleine. Je les détends, elles ne se déshabillent pas complètement, bétadine® gynéco de façon large, hystérométrie, et en fonction de la souplesse du col, j'utilise ou non la pince de pozzi. Quand je peux ne pas utiliser la pince, je trouve ça confortable car souvent elles réagissent plus à la pince qu'au passage du stérilet. Et je leur demande leur ressenti.

Je les revois 2 mois après pour faire le point sur les cycles, la sexualité. Les fils je les laisse volontairement assez longs.

Y-a-t'il eu des incidents ?

Parfois des femmes ont signalé des douleurs très vives qui ont nécessité des consultations aux urgences où elles ont eu des écho normales et puis plus rien après alors je ne me l'explique pas trop, contexte de femme anxieuses peut-être. Mais dans la très grande majorité des cas pas de soucis. Juste j'ai une jeune femme qui avait une coagulopathie qui normalement ne contre-indique pas le stérilet au cuivre, elle a eu des règles très hémorragiques le cycle suivant et on a du le retirer. Après peut-être qu'elles reviennent pas. Aussi dans des contextes anxieux des symptômes à type de chaleur intense sans tout à fait un malaise vagal.

Est-ce que vous avez été confrontée à des croyances particulières autour du stérilet ?

Oui, il y a toujours à un moment pour le mirena®, si il y a pas de règles ce n'est pas parce qu'il y a une accumulation de sang quelque part. D'où l'importance des schémas et des explications au début. Parfois elles ont l'impression de corps étranger.

Y-a-t'il eu des demandes de retrait ?

C'est rare mais je suis pas sûre qu'elles reviennent à l'endroit où on l'a posé. Ou pour désir de grossesse. Mais peu dans les suites immédiates, alors à la visite de contrôle elles peuvent manifester avoir mal à la tête ou pris du poids. C'est plus facile quand c'est un stérilet au cuivre car on leur explique qu'il n'y a pas d'hormones. Très souvent en reprenant avec elles on trouve autre chose, un autre facteur déclenchant.

Vous posez des stérilets chez la nullipare ? Avantages ?

Il y a pas les problèmes d'oublis liés à la pilule et en général elles ont pas de projet de grossesse dans les années à venir donc comme avec l'implant le problème de la contraception n'est pas dans leur priorité donc ça c'est intéressant. L'avantage c'est que c'est des jeunes femmes qui peuvent être en changement de rythme donc pas de soucis de prise quotidienne ou de consultations régulières. Elles ont aussi l'info que le préservatif protège des IST.

Dans les inconvénients ?

Moi j'ai proposé plutôt les stérilets cuivre car il y a des shorts mais elles peuvent avoir des règles un peu plus longues et un peu plus abondantes.

Eh puis il y a l'aspect de jeunes femmes qui ne souhaitent pas d'hormones, donc dans ce cas là on parle du stérilet et du préservatif. On a de plus en plus de femmes qui sont dans ce type de demande. C'est un moyen fiable même si c'est pas à 100%. Là où la contraception orale n'a pas été efficace avec ces moyens là il y a pas ce souci là.

Et ça peut être proposé comme l'implant aux femmes de plus de 35 ans qui fument. Et en post-IVG on peut le poser dans les suites immédiates, ça a l'avantage de ne pas différer les choses.

Si la femme a eu un antécédent de GEU ?

Ca ne modifie pas ma proposition de stérilet car ça fait partie des contre-indications absolues mais on l'aborde car la femme peut avoir lues des choses et avoir des inquiétudes et je rassure car il y a moins de GEU chez la femme ayant un stérilet que dans la population générale. Donc c'est pas le stérilet qui va donner une GEU, en même temps je ne suis pas sûre que ayant cet antécédent ce soit des femmes qui sont sensibles à ce mode de contraception.

Pour vous c'est une contraception de premier ou deuxième choix ?

Ici on propose de façon équivalente tous les moyens de contraception. Même chez une jeune femme qui souhaite une pilule, on lui parle de tout à égalité.

Ce qui peut être un avantage pour certaines peut être un inconvénient pour d'autres, comme l'absence de règles. Parfois j'ai eu des demandes de retrait de mirena® pour absence de règles.

Y-a-t'il une population de nullipare ?

Travaillant en planification, il y a un biais de recrutement. Ca dépend des lieux d'exercice. La tendance qui se dégage c'est des femmes assez à l'aise avec leur corps, qui ne rechignent pas à avoir un « corps étranger », qui se projettent dans l'idée de pas avoir de grossesse tout de suite et des femmes qui n'ont pas besoin d'un moyen de contraception ostentatoire, des femmes qui revendiquent par la pilule leur statut de femme par exemple. Les jeunes femmes dont la mère a eu un stérilet et qui leur en a parlé vont être plus sensibles à ça. Ca peut arriver qu'on en pose aux très jeunes nullipares 16-17 ans. Il y a aussi des femmes qui ont eu des grossesses très jeunes.

Est-ce que vous pensez qu'on pourrait en poser plus chez la femme nullipare ?

C'est bien si ça répond à une demande, c'est comme tous les moyens de contraception c'est pas la panacée.

Je pense qu'il y a un problème dans le fait qu'elles n'ont pas accès au choix, on leur en parle pas car il y en a d'autres alors pourquoi celui-là, c'est compliqué il faut avoir ses règles, dans l'organisation, qu'elles sous la main la prescription. En contraception d'urgence ça pourrait être intéressant par rapport au norlevo® si elles avaient notion que ça peut être une option car ça leur est pas forcément proposé. Et il faut trouver le professionnel qui acceptera de les recevoir dans l'urgence, parfois elles ne sont pas connues, elles ont pas eu d'examens.

Si j'ai un doute au moment de l'examen sur le risque infectieux je peux être amenée à différer la pose. Après il faut balancer le risque qu'est-ce qui est plus important entre le risque de chlamydiae et le risque de grossesse non désirée. Je pense qu'il y aurait beaucoup à gagner à rassurer les professionnels car si on pense que les risques sont supérieurs aux avantages on va pas aller dans ce sens là et que le choix elles peuvent l'avoir que si tout est présenté à égalité de traitement. J'essaie d'accompagner les femmes dans leur démarches et on peut tout à fait tester, ça n'est pas irréversible.

C'est important de ne pas stigmatiser une expérience comme définitivement négative. Comme on a des années et des années de contraception à assurer, alors si la femme a des idées reçues sur un mode de contraception, c'est se priver de quelque chose qui pourrait être utile notamment après 35 ans si elle est fumeuse.

Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

C'est assez complet. A mon sens la formation est importante pour banaliser ce geste. Il faut tenir compte des représentations des médecins car se dire qu'on peut être invasif et gréver l'avenir de procréation même si c'est infinitésimal par rapport à d'autres gestes. C'est travailler sur les représentations des médecins.

La problématique de fond est que la plupart des médecins estiment qu'elles ont assez de choix de contraception donc ils n'ont pas l'obligation d'être performant sur celui-ci. C'est facile de ne pas poser de stérilet en le présentant mollement par exemple sans forcément donner d'arguments négatifs.

Prendre un comprimé tous les jours pendant 35 ans sans l'oublier sans le vomir qui peut le faire. Si on essaie de se projeter en temps que sécurité dans leur vie sexuelle, ça met de côté toute l'inquiétude autour de est-ce que ma pilule marche bien. C'est aussi une consultation qui prend du temps. Moi j'ai été surprise de voir qu'en planning familial on pouvait ne pas être ouvert au fait de poser des stérilets chez la nullipare. Il faut se poser la question, ça veut dire quoi proposer un choix.

MG5m

Quel est la place du stérilet dans votre pratique?

Elle devient rare parce qu'avant j'en posais régulièrement , maintenant de moins en moins.

Quelle pratique en avez vous? Fréquence de pose ?

actuellement , un par mois.

Depuis combien de temps en posez vous?

1980.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

Le temps d'attente pour avoir un RDV déjà à l'époque et surtout c'est un acte qui est tout simple et de médecine globale: je m'étais installé pour faire de la médecine générale, complète.

Est ce que vous avez eu des freins à en poser?

non

A quelles occasions le proposez vous?

alors devant toutes les contre indications des autres, les multipares, je fais parti de la vieille école! et l'absence de contre indication.

Alors systématiquement à chaque renouvellement de contraception chez une multipare vous le proposez?

oui parce que je renouvelle une fois par an.

En revanche chez la nullipare ce n'est pas une contraception que vous proposez systématiquement?

non

Avez vous des limites d'âge pour le proposer?

inférieure oui, je ne poserai pas un stérilet à une gamine de 18 ans; je reviens toujours à mes "mais" au moins qu'elle soit une primigeste.

Donc c'est la gestité et pas finalement l'âge qui compte?

oui mais je ne veux pas mettre un stérilet, je ne veux même pas le proposer à une gamine de 17 18 ans, de part son âge.

Est ce que le fait qu'il y ait un partenaire fixe ou non influe sur votre décision?

je ne pose pas trop de questions donc pour moi ce n'est pas un critère.

quels antécédents médicaux et raisons médicales vous font poser plus un stérilet?

Je dirai intolérance aux contraceptifs oraux et la lassitude et le risque de ne pas avoir une contraception: la femme de 40 ans qui a des douleurs mammaires, une prise de poids, qui a déjà eu 2 enfants, qui a plein de problèmes avec sa pilule, et bien je pense que ça c'est une

très bonne indication. Et à la limite, c'est quand il n'y a pas de contre indication que j'en pose, c'est surtout ça l'indication. Et puis c'est quand même un sacré confort.

Est ce qu'il y a des femmes à qui vous ne le proposez pas?

oui, celles qui ont des antécédents donc les nullipares, ça je ne le fais pas même si elles me le demandent, les personnes qui ont de très gros antécédents gynéco ça je ne pose pas: si il y a déjà eu une salpingite; certaines pathologies de conversion, ça je ne pose pas non plus quand je les diagnostique rapidement.

Par rapport aux antécédents de GEU (grossesse extra utérine)?

contre indiqué, j'en pose pas.

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique en fonction des tranches d'âge?

alors sans que ce soit moi qui les pose parce que je fais de moins en moins de gynécologie, aujourd'hui, de 18 à 30ans, on doit être à 10 ou 20 % de stérilets, 30 à 40 ans, on est largement à 30 40 % et je pense qu'on doit dépasser la pilule, on doit être à 60% parce qu'on en parle beaucoup.

Et ça doit être du 8 sur 10 de Mirena et 2 sur 10 ça doit être encore moi qui pose les anciens (les cuivres). Et tout à l'heure j'ai oublié de dire une chose: je ne pose pas de stérilet à quelqu'un que je ne connais pas, je veux que la personne soit connue de mes soins ou de mes consoeurs. Ca c'est important.

Que pensez vous de ce mode de contraception?Principaux avantages et inconvénients?

Avantages, a part les contrôles annuels, comme je sais que beaucoup de femmes ne font pas leur contrôle annuel, c'est ça , c'est qu'il y a moins de sécurité; il y a peu d'effet secondaires: quand il est bien toléré dès le démarrage, c'est fini. Le Mirena a un gros avantage, c'est qu'on a une vie du 21eme siècle et il y a de moins en moins de règles donc elles sont toutes très contentes ; je ne sais pas si c'est très bien, je ne sais pas , on verra ça dans 20 ans.C'est vrai que c'est un côté formidable.

Il y a d'autres avantages du stérilet?

je trouve que point de vue efficacité c'est pas mal. L'avantage c'est qu'on l'oublie beaucoup moins puisqu'on l'a en soi.

Il y a des inconvénients?

ceux sont les métrorragies. Ca c'est un vrai problème. Quoi d'autres? si les dames qui se plaignent d'avoir beaucoup de leucorrhées sous DIU.

Et vous posez plus de cuivres ou de Mirena?

aujourd'hui Mirena.

Quel pourcentage?

8 sur 10.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?Quelles informations vous donnez?

-eh bien, j'en montre un, je leur montre mes petits tableaux et j'ai un utérus en plastique et puis je leur montre. Ca c'est le côté mécanique: après avantages inconvénients, c'est la facilité et puis elles n'ont pas leur pilule à prendre tous les jours, elles ne l'oublient pas , elles n'ont pas tous ces effets secondaires, enfin tous ces effets secondaires: côté de vie, liberté.

Avez vous des indications particulières par rapport aux AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens) ou aux tampons?

par rapport aux tampons non, je n'ai pas eu trop de soucis; par rapport aux AINS , oui, ça faut être + +.

Donc dans ces cas là, vous leur donnez des précautions?

voilà, pour Mirena et cuivre parce que je réfléchis pas.

Et vous leur dites de ne pas en utiliser?

soit de ne pas avoir de rapports, soit elles prennent un préservatif; mais c'est des personnes, si c'est 3 semaines D'AINS, on voit autrement; mais là, c'est souvent pour une lombalgie, un problème, je préfère, je suis resté encore dans ces précautions d'emploi.

Quel est votre avis sur ce geste technique, au niveau de la facilité notamment?

A l'aise, sinon je n'en poserais pas. C'est un geste facile si on l'a examiné, si on a des critères par rapport à une latéro-déviaton, même une rétroversion, bien sûr, un petite utérus ou un grand utérus: 7 cm ce n'est pas la moyenne même si ils le disent et puis le terrain, il y a des personnes qui sont plus pusillanimes que d'autres, parce que c'est quand même douloureux.

Est ce que vous avez des incidents répertoriés?

que j'ai eu moi? j'en ai eu 2. En 32 ans, on va dire que j'en ai eu 5: 3 que je n'ai pas pu poser probablement par un spasme du col et là je n'insiste pas; je pose dans les meilleures conditions, je me suis posé des indications très restreintes automatiquement et puis la 2eme, c'était une gamine qui était comitiale et elle prenait pilule stérilet, stérilet pilule, elle le perdait, c'était une petite IMC (infirme moteur cérébral) et elle l'a perdu et elle était enceinte. C'était embêtant, parce qu'il y aurait une ligature à l'époque.. donc ça c'est un échec: grossesse sur stérilet perdu, et j'ai eu une grossesse intra utérine sur stérilet et en 32 ans je n'ai eu qu'une grossesse sur pilule.

Vous n'avez jamais eu de perforation ou d'enchâssement?

non, mais une personne qui a un utérus un peu délabré je ne pose pas: si césarienne je ne pose pas. Donc c'est aussi pour ça que j'en pose moins.

Quel est le détail de votre procédure de pose et de contrôle?

il faut qu'elle soit vue avant par un de mes associés, donc j'ai le dossier et j'en parle avec eux, 2: quand je l'ai posé j'aime bien les voir une fois après les 1ères règles et puis une fois par an.

Vous faites une hystérométrie systématiquement?

non

Vous faites cela au feeling?

oui et je ne suis pas une brute! Quand ça passe pas on fait autre chose, on se débrouille , on se détend; j'ai jamais fait de Valium pour en poser.

Est ce que vous posez un pince de Pozzi systématiquement?

ah oui toujours.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des IST (infection sexuellement transmissible) avant la pose?

non

Et est ce que vous entourez le geste d'une antibioprophylaxie ou d'un anti mycosique?

Il y a 25 ans je faisais ça: une antibiothérapie Per Os pendant 7j et 6j de polyginax. Je ne le fais plus parce que je crois que c'est vraiment trop de couverture et je n'ai jamais eu de souci depuis mais par contre dans mon acte lui même le Mercryl c'est efficace, une bonne déterision et quelqu'un qui me fait des infections à répétition et qui a une hygiène limitée, je sais à qui j'ai à faire; ça fait partie aussi des indications limitées! Je n'irai pas poser un stérilet chez quelqu'un où j'ai des idées..non, non. C'était aussi pour répondre à la question des femmes à plusieurs partenaires.

Quel est globalement le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

Une fois j'ai été obligé d'en enlever un parce qu'elle avait mal au ventre régulièrement, au bout de 3 mois et j'ai réessayé 6 mois après, c'était le même résultat, il y avait un problème de tolérance ou peut être qu'elle l'avait inscrit dans son ordinateur cérébral.

Donc globalement elles sont satisfaites du stérilet?

ah oui, oui, oui.

Est ce qu'il y a des points positifs et ou négatifs que les patientes évoquent?

oui, règles un peu longues, ça c'est un petit peu le problème sous cuivre et j'ai été amené à plusieurs reprises à recouper le fil plus court pour soi disant sensation du partenaire pendant les rapports.

Est ce qu'il y a des croyances ou des réticences des patientes qu'elles vous expriment?

non.

Est ce qu'elles vous parlent d'un risque de stérilité avec le stérilet?

non non, on n'en a jamais parlé; c'est moi qui l'aborde, je leur en parle, je leur dis : le problème c'est le risque infectieux mais la patiente non.

Donc vous leur parlez du risque infectieux?

oui oui, pour moi c'est la 1ère chose et puis les grossesses extra après bien sûr.

Donc en fait vous n'en posez pas chez la nullipare?

je n'en pose pas chez la nullipare

Sur quels arguments?

et bien c'est le risque de stérilité: si demain il y a une infection du pelvis, j'ai vu des choses sérieuses donc si vous créez rien qu'une métrite sans aller jusqu'à la salpingite, une métrite avec des adhérences, ça ne fonctionnera pas.

Est ce qu'il y en a d'autres?

non, non, c'est surtout celui là. et je me dis qu'en n'en ayant jamais posé je me suis jamais confronté au passage d'un endocol serré, il y a peut être le cas; je ne veux pas faire de traumatisme du col et de l'endocol.

Si une femme nullipare vous demande la pose d'un stérilet, que faites vous?

non. " mais si docteur, je veux absolument": je l'adresse à un confrère gynéco.

Si une femme nullipare présente des contre indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec une contraception hormonale, que lui proposez vous? un stérilet!

Donc vous l'envoyez chez un gynéco?
si elle est nullipare bien sûr.

Y-a-t-il des choses que vous aimeriez ajouter notamment sur votre ressenti sur le stérilet chez la nullipare?

Ah bah les 2 que je connais qui sont nullipares sont ravies ravies ravies. Ce sera peut être une indication dans les années à venir.

Et vous ne pensez pas changer votre pratique dans les années à venir?

ah non, après 32 ans d'installation! Alors pour plusieurs raisons: la 1ère c'est que je ne veux pas créer un risque supplémentaire; et la 2ème: la difficulté de pose est plus grande à mon sens chez la nullipare et je peux créer des réactions: malaises, malaises vagues voire plus et je n'en ai pas envie. je veux pas créer un acte d'urgence chez une jeune femme.

Est ce que vous pensez qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du stérilet chez la nullipare?

non. Ma formation médicale, purement et simplement.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

non c'est très intéressant tout à fait, parce que vous comptez faire votre thèse dessus, c'est bien et 2: c'est vrai que à voir les jeunes femmes qui arrivent et qui disent " non, non, non, il y a des nouveaux modes de contraception, je veux un stérilet, je veux ceci, cela", je vois arriver des nullipares qui souhaitent le stérilet donc je me doute que c'est en train de passer dans les mœurs et qu'on en pose de plus en plus mais moi non, non, je n'en poserai pas.

Et faites vous des formations gynéco de temps en temps ou non?

non, depuis une éternité je n'ai pas fait de formation.

MG6g

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ? Est-ce que ça a une place importante ?

Importante oui je dirais, en temps que femme on fait pas mal de gynéco et c'est un mode de contraception que je propose aussi facilement que la pilule. Après il y a moins de femmes qui y adhèrent.

Quand en parlez-vous ?

Déjà une femme sous pilule qui a une intolérance, soit on essaie de changer de pilule, soit on change complètement de mode de contraception. Donc là ça va être un de ceux que je propose, beaucoup en post-partum aussi, car parfois elles avaient la pilule avant et elles ont pas forcément envie de la reprendre, on en discute.

Y-a-t'il d'autres femmes à qui vous le proposez ?

J'ai quelques nullipares qui ne supportent pas du tout la pilule. J'en ai 2 ou 3 qui ont un stérilet.

Aussi les ménorragies de la quarantaine, le mirena® rend bien service.

Est-ce que le fait qu'elles aient des partenaires fixes ou pas change votre proposition ?

Non.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Non, moi j'ai pas d'à priori mais elles me disent "ah non un corps étranger", après on en discute.

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ?

Chez les jeunes c'est surtout la pilule qui l'emporte donc jusqu'à 30 ans on est très majoritairement en pilule donc 80 pour 20% environ. Après la trentaine, il n'y a plus d'envie d'avoir la contrainte de prise de cachets ou d'oublis à cause du mode de vie donc là il doit y en avoir un peu plus je dirais un quart.

A la quarantaine, j'utilise beaucoup les macro-progestatifs, le stérilet et j'ai quelques femmes qui ont l'implant donc c'est 1/3 de chaque.

Je prescris quasiment que du mirena. Le stérilet au cuivre c'est parce que ça les dérange de pas avoir de règles, mais c'est très peu c'est quand même un peu moins fiable. Après chez les nullipares on a pas le choix, moi je mets le monalisa® mais voilà c'est 95% de mirena®.

Que pensez-vous de ce mode de contraception ?

C'est formidable, il y a pas vraiment beaucoup de défaut, difficulté de pose parfois, le mirena® est gros parfois on a des spasmes, on a du mal à le poser. Après en tolérance je trouve qu'il est bien toléré, j'ai dû avoir 5 patientes à qui j'ai dû l'enlever pour de l'acné, ce que je ne trouve pas beaucoup par rapport au nombre qui l'ont, quelques-unes qui avaient mal au sein, un ventre ballonné, une sorte de syndrome pré-menstruel moitié constant, mais ça se compte sur les doigts d'une main.

Les avantages ?

Pas d'oublis, pas d'hormones, le poids car il y en a qui prennent du poids avec la pilule.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes ?

Je leur en montre un que j'ai en démonstration car souvent elles s'imaginent un gros truc et elles se disent "Ah c'est tout petit comme ça", non j'explique comment ça fonctionne par quel mode c'est contraceptif. J'explique par rapport à mon expérience les problèmes de tolérance qu'on peut avoir et que moi je trouve minime en pratique quotidienne.

Avez-vous des remarques par rapport aux AINS ?

Ca c'est non avenue. Je leur dit juste l'aspirine® il faut faire attention si on saigne, on va saigner plus longtemps. Ca diminue pas l'efficacité, ça c'était une polémique franco-française.

Par rapport aux tampons ?

Je leur demande juste tant qu'on a pas fait le contrôle pour les fils 1 mois après car je les laisse un peu long car j'ai remarqué que quand ils sont trop courts ça gêne pour les rapports, d'éviter les tampons, puis après en général elles en ont pas besoin donc le problème est réglé. Après je leur dis qu'elles peuvent en utiliser si elles en ont besoin.

Quelle pratique en avez-vous ? Fréquence de pose ?

2 ou 3 par mois.

J'en pose depuis 10 ans depuis que je fais de la médecine générale. Après c'est pas au cours de mes stages car j'étais chez des hommes qui faisaient pas beaucoup de gynéco.

Qu'est-ce qui vous a motivé à en poser ?

Car c'est une demande et que ça fait parti des gestes qui font parti de notre pratique. On va pas envoyer au gynéco pour faire poser un stérilet moi j'envoie que quand on a plus de fils. Mais ça arrive rarement.

Il n'y a pas eu de freins pour vous à en poser ?

Non.

Quel est votre avis sur ce geste technique ?

C'est pas si facile, c'est tout ou rien, dès fois ça passe tout seul c'est hyper simple et dès fois on galère. J'ai eu une fois un cas de perforation utérine. J'ai eu un malaise vagal.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

Je donne du cytotec® 3cp 3heures avant, antalgiques et anxiolytiques en fonction du terrain. Spasfon® j'en donne parfois après.

Faites vous une antibioprofylaxie ou un dépistage systématique des IST ?

Non.

Votre procédure de pose ?

Je badigeonne le col à la bétadine , je pose et je rebadigeonne, j'essaie de pas mettre de pince quand j'y arrive ou de ne pas la serrer car c'est ça qui fait super mal et qui spasme le col.

Parfois on est obligé selon l'anatomie. Mais bon c'est 1 fois sur 2.

Je leur demande de revenir 3 mois après environ car si on les revoit trop tôt on a pas encore l'acclimatation au stérilet. On les prévient que c'est 3 mois le temps d'acclimatation moyen, 6

mois c'est le plus long que j'ai vu. Les revoir au bout d'1mois1/2 – 2 mois je ne vois pas trop l'intérêt ça ne sera pas encore équilibré.

Quel est le ressenti des patientes ?

Il y en a beaucoup qui connaissent pas vraiment, il y en a qui d'abord me disent non puis qui réfléchissent et reviennent après. Elles sont plutôt séduites quand on leur dit que l'efficacité est la même, qu'on a beaucoup moins de contraintes au quotidien.

Il y en a que l'idée de corps étranger gêne, des questions par rapport aux rapports, est-ce que ça va gêner ou pas, enfin ça c'est plus le fantasme des maris, ils ont peur de se piquer dedans ou de rester accroché. Ce qui est bien c'est la tranquillité d'esprit.

Après la pose, certaines ont un peu de coliques. A distance, on a que du bénéfique, on a très peu de cas où on a dû les enlever car ça n'allait pas, elles en sont très contentes au moins plus de 9 fois sur 10.

Par rapport au risque de stérilité ou d'infections ?

Je leur explique que ça n'est pas avéré, je leur en parle systématiquement.

Avez-vous eu des demandes de retrait assez rapide ?

Oui c'est arrivé assez rarement, en général c'est des problèmes d'intolérances, trop mal aux seins, trop mal au ventre, des spotting, on essaie de les faire patienter pendant 6 mois.

Vous posez des stérilets aux nullipares ?

Oui, ça arrive pas souvent, c'est quand même des cas très particuliers, des migraineuses qui ne supportent pas non plus cérazette® ou des femmes qui même sans migraine ne supportent aucune pilule ou celles qui ont des problèmes métaboliques.

Vous posez plutôt des mirena ou stérilet au cuivre ?

Le mirena® ça passe pas c'est trop gros, moi je prends le monalisa® qui est short.

Les avantages chez la nullipare ?

Non, moi je m'en sers que dans des cas médicaux particuliers.

Y-a-t'il des inconvénients au stérilet chez la nullipare ?

Les règles abondantes.

Pour vous le stérilet chez la nullipare c'est plutôt une contraception de deuxième choix ?

Oui.

Vous le présentez quand même quand vous voyez une nullipare ?

Non, c'est la pilule. On a quand même un panel de pilule assez important. C'est rare d'avoir une contre-indication médicale à la pilule à 20 ans.

En post-IVG, est-ce que vous le proposez ?

Souvent c'est au planning qu'ils reparlent de contraception.

Y-a-t'il un profil de nullipare pour le stérilet ?

Si c'est le problème de la prise quotidienne, je préfère leur mettre un implanon® surtout aux jeunes nullipares, si elles ont pas une vie de couple stable et qu'on se dit c'est pas sûr qu'elles mettent des préservatifs.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare ?

Non. Je pense que déjà je le propose alors qu'il y a d'autres médecins qui doivent pas du tout le proposer. Je pense qu'ils ont peur par rapport aux infections tubaires et par manque d'habitude.

Y-a-t'il des choses que vous aimeriez ajouter ?

C'est sûr que les pays anglo-saxons l'utilisent plus que nous, même en contraception d'urgence car les femmes sont pas au courant. En France on est très très pilule, c'est culturel je pense autant de la part des femmes que des médecins et on voit bien que les médecins qui ne posent pas, ne proposent pas.

La thèse porte plus particulièrement sur le stérilet chez la nullipare.

Enfin il y a quelques années on lisait c'est contre-indiqué donc les choses ont évolué mais c'est pour ça que les médecins se disent non, ça leur fait peur. Et quand on vous dit c'est contre-indiqué puis après ça l'est plus, bon c'est normal qu'on se pose des questions. Et quand on est pas souvent confronté au problème, ils ont un refus de prescription. Et certains savent qu'en théorie c'est possible mais en pratique ils le font pas.

Ce qui est dommage aussi c'est l'anneau, c'est pas remboursé mais pourtant c'est bien supporté, c'est sûr et c'est simple d'emploi.

On a des grossesses sur contraception oubliée et c'est pas forcément la fille qui est méga tête en l'air.

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

C'est bien.

MG6m

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?

moyenne

Quelle pratique en avez vous?

2 par mois ou 3.

J'en pose depuis 22 ans, depuis le début de mon installation.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

En fait je suis en rural, les gens ont 30 km pour aller au Mans et faisant de la gynécologie, je me suis décidée à en poser. En plus c'est un bon moyen de contraception.

Avez vous eu des freins à en poser?

La nullipare, je n'en poserai pas, ça c'est sûr; moi, je ne me permettrai pas d'en poser à une nullipare. après les femmes qui ont des cols trop serrés quelques fois, c'est difficile.

A quelles occasions le proposez vous?

lorsque l'on parle de contraception; quand la femme a déjà eu des enfants, au moins un; quand il y a des contre indications ou une intolérance à la contraception orale, quand il y a une demande aussi de la part de la personne.

Est ce que vous le proposez systématiquement quand vous présentez les contraceptions?

oui, facilement , j'en parle, je leur dis toutes les possibilités.

Avez vous des limites d'âge pour le proposer?

non

Est ce que le fait d'avoir un partenaire fixe influence l'indication?

ici on est en rural donc les gens ont à peu près un partenaire fixe; évidemment il y a des exceptions mais non ce n'est pas un élément qui compte.

Est ce qu'il y a des raisons médicales ou des antécédents particuliers qui vont font le proposer ou ne pas le proposer?

-Les antécédents de césariennes, je leur pose la question; éventuellement je demande un avis gynéco si il y a plusieurs césariennes; les infections génitales bien sûr on évite.

Quelles types d'infections?

si il y a infections des trompes, pas la mycose banale.

Après qu'est ce qui me fait le refuser? la nullipare oui, après un utérus rétroversé, oui, pas top et encore, j'en ai posé malgré tout.

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

Ce n'est pas le 1er, ça c'est sûr.

en dessous de 30 ans, la pilule a quand même une grande majorité, le stérilet représente

environ 3% mais j'ai du mal à évaluer.

Après ça augmente: après 30 ans bien sûr; les femmes commencent à en avoir marre aussi de prendre une pilule, il y a une lassitude et pas que les effets secondaires. Mais les femmes qui en ont un ne constituent pas la majorité des femmes au dessus de 30 ans.

Que pensez vous de ce mode de contraception? Principaux avantages et inconvénients?

Ca dépend du stérilet:

Le stérilet au cuivre: on en pose presque plus mais on en pose encore car il y a des femmes qui veulent encore être réglées; y'en a qui ne supportent pas le Mirena: souvent elles ont des spotting ou elles ont de l'acné: ceux sont les 2 facteurs qui font qu'elles veulent enlever leur stérilet. Et après on repasse éventuellement alors à un stérilet au cuivre si elles veulent une contraception par stérilet, mais après c'est vrai qu'on en propose moins parce qu'on a quand même eu des grossesses sous stérilet au cuivre et on a souvent des règles abondantes et on a donc souvent des anémies après.

Les avantages du Mirena?

Le fait de ne plus avoir de règles abondantes, ça c'est extrêmement important, le fait que ce soit une efficacité comme une pilule, le fait que ce soit en général bien toléré, qu'il y a des femmes lorsqu'elles en ont eu un et qu'elles n'ont plus de règles, elles y reviennent avec enthousiasme.

Quel est le ressenti des patientes? Les points positifs et négatifs quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

le fait de ne plus prendre de comprimés le soir, de ne plus être obligé d'y penser, ça c'est un point important. Le stérilet au cuivre c'est ça et de ne plus prendre d'hormones. Le Mirena c'est de ne plus avoir de règles, plus avoir de contraintes.

Est ce qu'il y a des croyances des patientes qui ressortent concernant le stérilet?

Il y a des femmes qui ont très peur de ne plus avoir de règles sous Mirena, elles ont l'impression qu'elles vont grossir; une fois qu'on leur explique bien le fonctionnement, pourquoi elles n'ont plus de règles, j'ai une planche que je leur montre, elles comprennent bien.

Est ce qu'elles vous parlent de la stérilité?

Non. Par contre une nullipare qui me le demande, je lui explique que c'est le facteur qui va me faire moi ne pas lui proposer. Après, si elles ont vraiment des contre indications à la pilule, je les adresse à un gynéco pour lui demander son avis.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

Moi j'ai une planche, surtout pour le Mirena; et j'ai des petits stérilets à leur montrer et après je leur explique pourquoi elles n'auront plus de règles et elles, une fois qu'elles ont vu ça elles ont tout à fait compris; elles ont l'impression qu'elles vont grossir en "retenant leurs règles".

Quel est votre avis sur ce geste technique?

Ca dépend des femmes: les femmes qui viennent d'accoucher, c'est très facile. après le Mirena est un peu gros. quand on a un col serré, c'est pas facile à passer.

Avez vous des incidents répertoriés au moment de la pose?

J'ai eu 2 ou 3 hypotensions dont une chez une femme qui a toujours une tension très très

basse, qui est extrêmement émotive, j'avais dû appeler une ambulance pour une surveillance.

Faites vous un dépistage systématique des IST (infection sexuellement transmissible) avant la pose?

pas systématiquement.

Encadrez vous le geste d'une antibiothérapie ou d'anti mycosiques?

non

J'essaie de la poser en fin de règles sauf quand on change le Mirena et je leur donne du Spasfon et du Cytotec.

Donc vous ne posez pas de stérilet chez la nullipare; sur quels arguments?

Je n'ai pas envie de lui donner une infection et puis sur un col hyper serré, c'est pas facile. J'ai pas envie de créer des douleurs pour après qu'elle garde des appréhensions et qu'elle refuse cette contraception plus tard.

Vous avez des patientes nullipares sous stérilet?

oui très peu. Elles ont vu un gynéco.

Donc dans ces cas là vous adressez à un gynécologue?

oui.

Et globalement elle sont satisfaites de ce moyen de contraception?

en fait , j'en ai très très peu, une ou 2 donc en fait je ne peux pas vous répondre.

Pensez vous que le stérilet est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

2eme choix.

Si une femme nullipare vous demande la pose d'un stérilet, que faites vous?

je l'adresse vers un gynéco, en général à l'hôpital.

Pour la pose directement ou pour un avis?

pour un avis, je ne lui prescrirai pas.

Si une femme nullipare présente des contre indications au traitement hormonal ou qu'elle est en échec avec une contraception hormonale, que lui proposez vous?

je lui proposerai le stérilet mais je l'enverrai à un gynécologue. Mais si possible, je lui proposerai d'abord une contraception orale progestative ou éventuellement l'implant, avant le stérilet. Je leur dis pourquoi moi je ne leur pose pas, ne leur propose pas d'emblée et pourquoi je préfère que ce soit fait auprès d'un gynéco. parce qu'en plus, si elle fait un malaise, je préfère qu'elle soit encadré.

Y a t il des choses que vous aimeriez rajouter?

dites vous que je suis à 30km du Mans et que si il y a un malaise, c'est long. Et puis je suis toujours surbookée, si il faut attendre 30 min qu'une ambulance arrive... C'est une tranquillité d'esprit aussi que de ne pas le poser chez la nullipare pour ça.

Est ce que vous pensez qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du DIU chez la nullipare?

oui, je pense; je sais qu'aux USA il en pose beaucoup plus mais je sais que nous , on a pas eu

cet enseignement et je suis réticente sûrement à cause de ça.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?
sympathique.

MG7g

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ?

Est-ce que j'en pose beaucoup ? C'est-à-dire que je fais beaucoup de contraception. Le stérilet fait parti de ce que je propose y compris chez les nullipares.

A quelle occasion en parlez-vous ?

En général j'en parle plus chez les femmes qui ont déjà eu des enfants car je pense que la technique de pose chez les nullipares est pas très simple, chez les nullipares je vais en parler quand il y a des contre-indications d'oestroprogestatifs ou d'autres types de contraceptions, c'est vraiment en deuxième intention chez les nullipares. En général c'est moi qui le propose.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Les femmes qui ont des antécédents d'endométrite, autrement non, le facteur de risque infectieux et ça ça va jouer beaucoup chez les nullipares.

Parmi les contraceptifs que vous prescrivez, quelle est la part du stérilet ?

D'abord les oestroprogestatifs, puis le stérilet.

Chez les moins de 25 ans très peu de DIU, chez les 25-35 ans c'est proposé s'il y a des intolérances ou contre-indication aux oestroprogestatifs, les plus de 35 ans systématiquement chez celles qui fument et en péri-ménopause le mirena® très fréquemment. Je leur précise les avantages et inconvénients du mirena® et du cuivre et c'est elles qui choisissent. Si par exemple une femme qui a des dysménorrhées sans contraception, je vais pas lui proposer un stérilet au cuivre.

Quelles sont les avantages du stérilet ?

Pour moi, c'est la meilleure contraception, en théorie ,si on regarde les stats avec la pilule, les oestroprogestatifs sont sûrs à à peu près 100% mais pas en pratique.

Quels sont les inconvénients ?

Le stérilet au cuivre par rapport à des dysménorrhées ou des ménorragies, les inconvénients qui me reviennent pour ce qui est du mirena® ce serait des spotting.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Voilà, je leur montre, il y a une consultation où on parle de contraception, je leur précise que ça ne doit pas faire mal, que c'est elles qui commandent que si je fais mal elles doivent me le dire.

Donnez-vous des conseils par rapport aux anti-inflammatoires et aux tampons ?

Pour les anti-inflammatoires, je l'ai fait pendant des années mais maintenant c'est obsolète et par rapport aux tampons non.

Je leur dis quelles sont les contre-indications notamment les antécédents d'infections à répétition et les troubles de la crase sanguine et avec un petit risque de GEU avec le stérilet au cuivre mais pratiquement aucun risque avec le mirena®.

Quelle pratique en avez-vous ?

2-3 par mois

J'en pose depuis 15-20 ans

Qu'est-ce qui vous à motivé à en poser ?

Quand je me suis installé, j'avais une patientèle assez jeune et j'étais amené à faire pas mal de contraception et de pédiatrie et je me suis dit qu'il fallait que je me forme à poser des stérilets.

Y-a-t'il eu des freins à en poser ?

La crainte de pas y arriver par rapport au geste technique. Au bout d'un certain temps vous vous dites que c'est pas plus compliqué qu'autre chose.

Quel est votre avis sur le geste ?

Ca n'est pas un geste facile, ça demande une concentration, il faut pas qu'on me dérange au téléphone, il faut faire attention au risque infectieux, mais quand on prend son temps ça se passe bien.

Quelle est votre procédure de pose ?

Alors je demande aux patientes de venir pendant les règles, je vérifie la tension artérielle, je me lave les mains, je fais d'abord un toucher vaginal avant de poser le spéculum pour voir comment est positionné l'utérus, puis je pose mon spéculum, je fais une désinfection à la bétadine®, je mets un hystéromètre systématique, je pose le stérilet et je fais attention quand je le déplie car j'ai l'impression que ça fait mal. Je pose jamais de pince, le peu de fois où je l'ai utilisée j'ai vu que ça faisait mal. C'est un peu plus compliqué pour les utérus rétroversés surtout avec le mirena® car il est plus rigide, je refais un peu de désinfection et je coupe les fils, je refais un coup de betadine® et je contrôle la tension artérielle. Je donne du cytotec® 2 heures avant la pose 2 comprimés. Je les revois 2 mois après. Je ne fais pas d'antibioprophylaxie systématique.

Quel est le ressenti des patientes ?

Dans l'ensemble, beaucoup de patientes y adhèrent, et quand on leur montre, ça les affolent moins. Quand elles voient la boîte elles pensent que c'est gros et que ça va faire mal.

Quand vous l'avez posé quel est leur ressenti ?

Un certain nombre ont quand même des douleurs pelviennes environ 30%, et avec le mirena® il peut y avoir des saignements. Le risque d'infection j'en parle.

Avez-vous eu des demandes de retrait ?

C'est rare, des dysménorrhées sous stérilet au cuivre, retirer un stérilet pour suspicion d'infection qui n'ont jamais été confirmées d'ailleurs peut-être 2 ou 3 fois, des spottings très importants avec mirena®.

Vous posez aussi des stérilets chez la nullipare ?

Très rarement.

Quels sont les avantages et inconvénients chez la nullipare ?

J'y vois surtout des inconvénients, car même si on leur pose la question de leur vie sexuelle elles peuvent avoir plusieurs partenaires, je ne me sens capable de poser que des stérilets au cuivre je ne pose que des UT380 short car l'utérus est petit, donc l'inconvénient c'est des règles plus abondantes voire des dysménorrhées donc j'en pose très peu 2 ou 3 fois. Les

avantages, oui, alors le nombre de grossesses non désirées c'est quand même 40% des femmes qui sont sous oestroprogestatifs.

C'est une contraception de deuxième choix.

Les femmes qui oublieraient souvent la pilule. A la consultation de première contraception je prends 1 demi-heure et elles ont toutes la même information, elles peuvent téléphoner.

Y-a-t'il un profil de femme nullipare ?

Non, vu le peu que je pose chez la nullipare, je vois pas quel profil il peut y avoir.

Qu'est-ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser plus chez la femme nullipare ?

S'il y avait un stérilet à la progestérone qui soit plus facile à poser.

Aimeriez-vous rajouter des choses ?

C'est un très bon moyen de contraception, par rapport aux oublis. Si je le compare au nexplanon®, je crois que le profil de tolérance du stérilet est supérieur au nexplanon®.

Pourquoi c'est mieux toléré ?

Il y a beaucoup de spotting et d'acné.

MG7m

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?
entre moyenne et importante

Quelle pratique en avez vous?la fréquence?
par mois j'en pose 4 à 5.

Depuis combien de temps en posez vous?
depuis que je suis installée, en 2003.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?
parce que j'aime bien la gynécologie et que je me suis formée en allant faire des matinées au CH du Mans avec Dr Collet gynécologue où il avait programmé des poses de stérilets ces journées là.

Avez vous eu des freins à en poser?
non, sauf la peur de la première fois.

A quelles occasions le proposez vous?
quand je parle de la contraception et que je propose toutes les méthodes de contraception.

Est ce que vous le proposez aussi systématiquement à la nullipare?
non, pas du tout sauf qu'on a vu quand même une évolution je dirais ces 2 dernières années où il y a une demande de la part des nullipares à poser un stérilet chose qu'on n'avait jamais auparavant. Donc je ne sais pas si c'est sur les forums, internet où il y a des discussions mais on a une demande qu'on avait pas.

Donc hormis ces demandes, vous n'en parlez pas spontanément chez la nullipare?
je vais peut être le citer parce que il y a telle méthode mais je ne vais pas forcément le mettre en avant.

Est ce qu'il y a d'autres occasions où vous en parlez?
dès qu'il y a un oubli de pilule; dès qu'il y a un oubli, on parle des autres moyens, quand il y a eu une IVG (interruption volontaire de grossesse) et après une grossesse.

Avez vous une limite d'âge pour le proposer , inférieure et ou supérieure?
non; inférieure: pour l'instant les nullipares, je n'en posais pas. je dirais avant 30 ans, c'est très exceptionnel. Ils sont tous posés après 30 ans; je me mets une limite d'âge inconsciemment je pense.

C'est la nulliparité qui vous pose obstacle, à partir d'une primarité, vous posez des stérilets?
oui

Est ce que partenaire fixe ou non, ça a une importance pour vous?

généralement je n'y fais pas trop attention, alors que ça devrait effectivement, elles sont à risque, sauf que comme souvent, c'est après les grossesses, c'est vrai que c'est pas forcément un frein. Si elles me le demandent, si elles veulent absolument un stérilet et qu'elles ont pourtant une vie sexuelle avec des partenaires multiples, je ne sais pas si je le contre indique systématiquement.

Est ce qu'il y a des antécédents ou raisons médicales qui vous font le proposer ou au contraire le contre indiquer?

je l'ai posé une fois chez une patiente qui avait une hémochromatose, un stérilet au cuivre car elle en avait marre des saignées.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

je dirais que les stérilets, c'est après 30, 35 ans. ensuite, entre le cuivre et le Mirena, j'ai changé: au début de mon installation je posais 6 ou 7 cuivres pour 3 Mirena quelque soit l'âge. là maintenant je dirais que ça s'est inversé, c'est peut être 4 au cuivre et 6 Mirena. Je pense que Mirena a fait son chemin, le fait de ne plus avoir de règles; les gynécos qui en posent systématiquement chez toutes les patientes après 40 ans; je dis systématiquement parce qu'ils ne leur demandent parfois pas leur avis et nous on les retire parce qu'elles se retrouvent avec de l'acné comme ça car ils n'avaient pas évalué leur tendance acnéique avant.

Au delà de 30 35 ans, c'est une majorité ou une minorité de femmes qui ont un stérilet?

je ne pense pas que ce soit la majorité car il y en a encore pas mal sous pilule.

En dessous de 30 ans?

c'est énormément, c'est pas mal la pilule quand même. J'en ai peut être 1 ou 2 qui a un enfant et qui a voulu un stérilet après.

Que pensez-vous de ce mode de contraception? Principaux avantages et inconvénients?

pas d'oubli, pas de prise orale, je crois que c'est la première des choses. Je dis toujours aux femmes que soit il va être bien toléré et dans ce cas vous aller l'adopter et jusqu'à votre ménopause on va le changer régulièrement tous les 5 ans, soit vous pouvez ne pas le supporter et donc ça va être des douleurs pelviennes, les cycles très irréguliers: soit des règles très abondantes sous cuivre ou alors le Mirena qui donnait des saignements très irréguliers, pas grand chose mais la femme n'imaginait pas ces petits saignements et elle demande à le retirer et puis aussi pour l'acné, j'ai dû l'enlever 3 ou 4 fois et prise de poids une fois pour le Mirena. Dans les inconvénients, j'ai rarement eu les infections ou quoique ce soit.

Dans le mode de prescription, c'est l'avis de la patiente qui prime sur le votre?

oui même si parfois il y a une indication mais qu'elles ne veulent pas, je pense aux femmes qui fument mais qui ne veulent pas du tout de stérilet parce que les représentations, elles ont une copine, ça s'est très mal passé ou quoique ce soit, je prescris pas le stérilet; c'est leur contraception, pas la mienne.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

alors dans la liste de tout et puis j'en ai un en démo, je leur montre de même que je montre le Nexplanon; souvent elles savent que c'est un corps étranger. On voit très vite celles qui sont réticentes et pour lesquelles avoir quelque chose au niveau de l'utérus, ça ne conviendra pas et puis celles qui éventuellement sont intéressées.

Quelles informations vous leur donner dans ces cas là?

toujours les avantages et les inconvénients donc pas de prise orale, je leur dis qu'il n'y a pas de moyen fiable hormis la ligature et je leur dis qu'il existe toujours un risque de grossesse. moi j'ai eu une patiente qui a eu une grossesse sous Mirena. Je leur dis que c'est au moment des règles, qu'on y va tranquillement et que si c'est douloureux, je n'insiste pas. J'insiste sur le fait que je vais y aller avec douceur de façon à les mettre en confiance. je trouve ça très important que elles elles soient prêtes à le mettre, on met toutes les conditions de notre côté. Je leur dis bien qu'il faut revenir un mois après pour le faire contrôler et que ça n'empêche pas d'avoir un examen gynéco tous les ans. J'ai eu 2 grossesses sous stérilet cuivre chez des patientes qui n'étaient pas revenues pendant 3 ans. Elles en profitent pour ne plus venir, on les voit au bout de 5 ans pour le changement. Voilà, c'est ça qui me gêne un petit peu, c'est qu'il y en a certaines qui.. Je vous dirai que l'inconvénient du stérilet, c'est que ceux sont des gens qu'on peut perdre dans la nature.

Avez vous une conduite à tenir particulière concernant les anti inflammatoires et les tampons?

non.

quel est votre avis sur ce geste technique? vous êtes à l'aise avec ce geste?

oui; je pense qu'il faut le démystifier. quand c'est fait tranquillement, qu'on ne force pas ou quoique ce soit. Au début quand on apprend on pense à la perforation utérine, c'est vraiment notre angoisse. J'ai eu 1 fois l'année dernière une petite frayeur; j'ai eu un saignement en retirant ma pince de Pozzi du col, ça continuait à saigner un peu et ça m'a remis en tête que attention, il peut y avoir des risques avec ce geste là, ce n'est pas si anodin que ça. on a beau le faire régulièrement.

Vous n'avez pas eu d'autres incidents lors de la pose?

non excepté que des fois, je n'arrivais pas à le poser. J'envoie très facilement au gynéco, je n'insiste pas.

Est ce que vous faites une hystérométrie et vous posez la pince de Pozzi systématiquement?

oui.

Vous faites une consultation de contrôle systématique?

oui, un mois après.

Est ce que vous faites un dépistage systématique des IST (infection sexuellement transmissible)?

non mais je vais peut être m'y mettre après que l'interne m'ait dit qu'au planning ils le faisaient mais il faut voir l'indication en médecine générale.

Est ce que vous faites une antibio-prophylaxie ou un antimycosique autour de la pose?

non

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

la pose se passe bien car on me dit que je suis douce, je ne force pas. Après il y en a certaines qui ont des douleurs abdominales, on leur dit d'attendre et de tempérer.

Quand vous le présentez, est ce qu'elles sont réticentes ou elles sont contentes que vous leur proposiez?

je pense qu'elles arrivent avec déjà des idées en consultation, je ne suis pas sûre de créer ou de convertir, en plus je ne suis pas là pour convertir; elles arrivent, elles ont déjà fait un préchoix et ça les conforte en dehors de celles qui voulaient un stérilet et qu'elles ont de l'acné ou quoique ce soit où là je leur déconseille; je leur dis je ne le pose même pas parce que vous allez revenir et on va l'enlever.

Est ce que elles évoquent des réticences et des croyances quand vous leur parlez du stérilet?

le corps étranger, le fait de ne plus avoir de règles, " ça va pourrir à l'intérieur".

Après la pose avez vous des demandes de retrait?

pour l'acné, quoique des fois, elles ne font pas le lien. Aussi pour des douleurs pelviennes et des cycles soit trop abondants avec le cuivre ou des petits saignements avec le Mirena qu'elles ne supportent pas.

Vous en avez beaucoup des demandes de retrait?

sur 10 patientes, 1 ou 2.

Au final, posez vous des stérilets chez la nullipare?

j'en posais jamais , j'envoyais au gynéco et j'en ai posé un il y a peu de temps; c'était une nullipare qui avait déjà eu un stérilet donc elle est revenue pour le renouvellement du stérilet et la pose s'est bien passée. Alors je pense que je réessaierai si une nullipare veut vraiment un stérilet; maintenant je vais me poser la question de la recherche de Chlamydiae dans les urines.

Vous leur disiez qu'il y avait possibilité d'en poser chez la nullipare même si vous ne le faisiez pas et à ce moment là vous adressiez?

oui.

Elles sont surprises que vous leur disiez que c'est possible d'avoir un stérilet chez la nullipare?

non, elles ne sont pas surprises; je pense qu'il y a un truc qui diffuse sur internet et qui fait que...

alors moi, c'était plus par rapport à la difficulté du geste chez la nullipare c'est à dire que c'est un col qui n'a pas du tout travaillé ou quoique ce soit; j'ai essayé une fois chez une patiente mais je n'avais pas réussi et c'est vrai que j'étais restée là dessus en me disant que je n'y arrive pas.

Pensez vous que la contraception chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

2eme choix car on pourrait penser qu'elles débutent leur vie sexuelle donc éventuellement partenaires multiples, enfin elles ne sont pas encore vraiment fixées quoique que , dans la vie; je le mettrai quand même en 2eme intention à cause de ça paradoxalement. C'est vrai que je le recherche pas et je pense que ça fait quand même partie, inconsciemment...

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare et en fonction de quels critères?

si la jeune fille ne veut plus du tout avoir ses règles , qui n'a pas de souci d'acné, qui me dit

"si si ma copine a eu ça", pourquoi pas, à essayer, enfin voilà; je ne lui poserai pas un cuivre si elle ne veut pas un cuivre.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

je ne sais pas, les occasions, je ne pense pas que ce soit une formation. Si j'en pose 2 ou 3 d'affilé facilement et que j'ai pas de souci, ce n'est plus un frein.

Ce qui va changer je pense, c'est la demande des patientes, c'est nous qui allons devoir nous adapter à la demande des patientes. les pratiques vont évoluer avec la demande des patientes. C'est en train d'évoluer. Mais quand on regarde dans les recommandations du stérilet, la nulliparité est encore une contre indication relative.

Y-a-t- il des choses que vous voudriez rajouter?

non, là je vois bien que je suis en train d'évoluer. Je pense que je réessaierai mais il y a quand même une évolution. C'est en train de changer, de toutes façons il faut qu'on évolue.

Est ce que vous pensez qu'il y a des raisons culturelles qui influencent votre pratique du DIU chez la nullipare?

certainement parce que j'ai fait ma formation avec contre-indication relative chez la nullipare à la fac mais je ne suis vraiment pas contre; moi c'est plutôt pour l'instant, je n'arrive pas à le poser; si vous le souhaitez, j'en suis incapable.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

très intéressant, je souhaiterais avoir le résultat.

MG8g

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique ?

C'est une petite proportion des gens que je suis pour la contraception. J'en pose un de temps en temps. Je fais pas mal de gynéco. Je dois en poser une douzaine par an.

Quand en parlez-vous ?

Soit les personnes le demande car elles sont pas satisfaites de la contraception orale, soit des gens qui ont eu une IVG, on a une petite sécurité avec ça à condition qu'elles prennent pas d'anti-inflammatoires ou moi quelque fois je décide. C'est pas toujours choisi avec une réflexion purement médicale, je leur laisse le choix. Il y a des femmes qui le veulent car elles oublient leur pilule ou parce que leur copine en a un. C'est au cas par cas.

Y-a-t'il d'autres femmes à qui vous ne le proposez pas ?

On ne donne pas de stérilet aux femmes qui ont eu des infections génitales ou des problèmes importants ou des cols un peu bizarres. J'en donne pas aux jeunes filles de 18-25 ans sauf cas très particulier des jeunes filles qui demandent absolument ça. Alors ça n'est pas une contre-indication chez les filles qui n'ont pas accouché mais je le propose jamais dans ces cas-là. Ça s'adresse en général aux femmes qui ont déjà eu des enfants, ça fait partie des choix, à condition d'avoir la région bien nickel quoi.

Le fait qu'elles aient un partenaire fixe ou non change votre proposition ?

Oui car je le propose pas aux personnes qui voyagent sexuellement. Dans ma pratique je ne pose des stérilets qu'à des femmes qui ont une vie régulière.

Quelle est la place du stérilet dans votre pratique par rapport aux autres moyens de contraception ?

C'est faible. Il m'arrive depuis quelques années de mettre des implants mais quand ça leur convient pas il faut l'enlever. La pilule reste la technique majeure.

Plutôt mirena®, cuivre ?

J'ai donné pendant 30 ans des stérilets au cuivre, novaT®. Depuis quelques années je mets le mirena® mais c'est les mêmes inconvénients que les pilules microprogestatives. Je continue à mettre des stérilets au cuivre. Je donne le mirena® aux femmes qui en ont entendu parler elles pensent que d'avoir un traitement hormonal c'est plus sécurisant. Moi j'ai posé des stérilets au cuivre pendant 30 ans j'ai eu aucun problème. Si, j'ai eu une grossesse sur stérilet et je suppose qu'elle avait pris des anti-inflammatoires. Je donne du mirena® car c'est l'évolution. Mais il y a des gens qui sont pas bien sous mirena®, des histoires de règles. Moi j'aime pas le mirena® car je trouve qu'il est gros. Je le pose en fin de règles. L'avantage c'est qu'il dure plus longtemps, le stérilet au cuivre je le retire au bout de 3 ans, c'est sans doute un avantage. Y'en a qu'on pas de règles elles sont contentes, d'autres ne le sont pas ou des spottings. Les femmes qui ont des stérilets elles sont aux anges ça les oblige à faire un examen gynéco par an mais après elles s'occupent plus de ça. Moi je me posais moins de problèmes avec le stérilet au cuivre qu'avec le mirena®.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Je leur explique, je leur fais un dessin. Je leur donne les tenant et aboutissant. Si c'est des personnes qui réclament le stérilet, c'est plus facile il y a pas besoin d'en faire des tonnes. Si c'est moi qui les oriente vers le stérilet, maintenant et il y a 30 ans c'est plus pareil elles connaissent tout par les médias, je leur fais des dessins, j'ai des petits bouquins d'anatomie.

Quels arguments leur donnez-vous ?

Pour les cuivre, les AINS ça convient, alors attention. Il y a plus à s'en occuper.

Lors d'une première contraception le présentez-vous de façon systématique ?

Une personne jeune qui souhaite une contraception c'est la pilule, je ne leur présente pas le stérilet. Aux femmes qui ont eu des enfants je présente tout vite fait et très rapidement elles savent ce qu'elles veulent. Une personne handicapé mental c'est plutôt l'implant parfois le stérilet.

Combien en posez-vous ?

12 par ans en moyenne.

Depuis combien de temps ?

Depuis que je me suis installé en 1978.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser ?

Mon associé en posait alors j'ai été en poser avec lui. J'ai été à des journées de formation en gynéco.

Y-a-t'il eu des freins à ce que vous en posiez ?

Si à l'âge que j'ai, j'aime encore mon métier c'est parce que je fais de tout et que tout ce que je sais pas faire je l'envoie, mais tout ce que je peux faire je le fais.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

Je suis à l'aise, un peu plus difficile quand on a des utérus rétroversés ou pas bien dans l'axe ou des replis. Autrefois je donnais de la bétadine® en ovule 3 jours avant la pose et je continue de le faire et je mettais un antibiotique pendant 3 jours mais je ne fais plus ça depuis longtemps.

Détaillez votre procédure de pose ?

J'ai une boîte stérile, j'ai un hystéromètre mais je m'en sers plus, je mets pas de gants car j'ai l'impression qu'on touche à rien, je désinfecte à la bétadine® gynéco, je mets la pince systématiquement, je rentre le stérilet, j'ai fait un toucher vaginal avant toute chose. J'ai jamais eu de perforations. Je coupe le fils et je leur demande de remettre pendant 3 jours de la bétadine®. J'ai réussi à en poser 100%. Quand on tire j'ai pas l'impression que ça fait mal.

Donnez-vous des conseils par rapport aux tampons ?

Non, j'ai jamais eu de difficulté à en mettre, j'ai jamais eu de personnes qui ont perdu leur stérilet.

Revoyez-vous les patientes ?

1 mois ou 2 après, après la pose je les préviens du risque de saignement et qu'il faut revenir si douleur ou fièvre ou pertes anormales.

Quel est le ressenti des patientes ?

Celles qui voulaient un stérilet y a pas de ressenti. Celles qui ne connaissaient pas bon non. Y a une relation avec les patientes quand on est un vieux médecin, les gens qui viennent me voir on est amis, les gens sont en confiance. Ce qu'elles veulent savoir c'est comment seront leurs règles, leur confort de vie. Toutes celles qui ont un stérilet dans la deuxième partie de leur vie hormonale ne veulent plus d'enfants donc le risque de stérilité ne les préoccupe pas. J'ai excessivement rarement des jeunes mais elles posent des questions là-dessus.

Quand vous l'avez posé ?

Elles sont toujours contentes.

Avez-vous eu des demandes de retrait ?

1 en 30 ans pour un problème de règles avec un mirena® excepté pour les désir de grossesse.

Est-ce que vous posez des stérilets chez la femme nullipare ?

Ca a du m'arriver 2 fois

Quels sont les avantages et inconvénients ?

Les inconvénients c'est que pour nullipare il faut mieux laisser le col tranquille sans aller le tripoter. Ca parait pas très logique de démarrer avec ça. Je les mets dans des indications très particulières, soit une personne à qui on ne peut pas faire confiance du tout, soit après longue discussion qu'elles voulaient ça et rien d'autre, donc prise anormale de la pilule ou chez une débile.

C'est vous qui leur posez ?

J'ai jamais envoyé chez un gynéco pour poser un stérilet.

Pour vous chez la nullipare c'est une contraception de 1^{er} ou 2^{ème} choix ?

Sur une débile ça peut être un 1^{er} choix et autrement un 2^{ème} choix, enfin chez la nullipare j'ai peu d'expériences. Je leur pose des stérilets au cuivre standard, ils ont l'inconvénient de donner plus de saignement.

Seriez-vous prêts à en poser plus chez la nullipare ?

Je me pose plus beaucoup de questions à l'âge que j'ai là-dessus, je vais continuer comme j'ai fait jusqu'au bout.

Si les médias médicaux disaient : il faut poser des stérilets chez la nullipare, il n'y a aucune contre-indication et c'est une sécurité bon je le ferais.

Quelles sont vos craintes par rapport au stérilet chez la nullipare ?

Les grossesse extra-utérines peut-être.

Y-a t'il des choses que vous aimeriez rajouter ?

Non, alors moi il me semblait que stérilet il y avait une contre-indication pour les filles à risque de MST et qui voyagent, je sais pas.

Quelle est la place du DIU (dispositif intra utérin) dans votre pratique?

rare

Quand en parlez vous, à quelles occasions le proposez vous?

Quand on parle de contraception, chaque fois quand on fait un choix de contraceptif: suivant l'âge, après l'accouchement où ça peut être un bon moyen, ça fait partie des choses dont on parle.

entre 40 et 50 ans c'est clair que j'en parle souvent; après les grossesses: c'est le bon moment. chez les nullipares c'est si il y a une demande, des contre indications évidemment.

Je le propose quand je pense que ça peut être utile, il peut y avoir des contre indications à la pilule tout simplement, des oublis aussi beaucoup, des personnes qui prennent mal leur contraception, ça fait partie de la panoplie comme on parle de l'implant ou d'autre chose.

Si je pense que ça peut être utile j'en parle; de toutes façons j'en parlerai mais si je vois que la jeune femme, elle va oublier sa pilule tout le temps, autant passer à autre chose: on va présenter soit l'implant, soit le stérilet, puis après on discute selon elle ce qu'elle a envie ou pas.

Vous le proposez à n'importe quel âge?

Il n'y a pas d'âge mais c'est vrai que par exemple le Mirena entre 40 et 50 ans, c'est quand même très bien. une femme de 40 ans qui: soit elle fume, soit elle a des problèmes de cholestérol, diabète; de toutes les façons il y a des contre indications à la pilule; l'idéal c'est de mettre quand même un stérilet si il n'y a pas de contre indications.

Après un accouchement, c'est souvent qu'on propose un stérilet.

La parité compte mais le proposez vous aussi aux femmes nullipares?

effectivement dans un premier temps à 16 17 ans, ce n'est pas ce que je proposerai, certainement pas. Une gamine de 16ans, on va plutôt mettre un implant parce que réaliser ce geste technique à cet âge me paraît difficile. Si elles ont eu 3 rapports sexuels, ça me paraît pas adapté du tout. Psychologiquement je trouve que c'est vachement agressif. Une femme plus âgée, qui a déjà mûri, qui a réfléchi, à cet âge là, ce geste ne me paraît pas du tout adapté; déjà le frottis on attend, alors si d'entrée de jeu, on met un stérilet ça me paraît un petit peu... c'est plus facile de mettre un implant à mon avis. Et puis ça nous laisse 3 ans, et puis au bout de 3 ans on a tout le temps de ... J'irai pas proposer un stérilet d'entrée de jeu à une fille de 16 ans. A 23 24 ans, si elle a déjà utilisé la pilule ou si elle fume et puis il y a un petit peu aussi son ressenti: certaines ne veulent pas d'hormones donc c'est l'occasion de parler du stérilet. De toutes façons, si elles oublient leur pilule ou qu'elles en ont marre, on penche entre l'implant ou le stérilet ou les anneaux ou les patchs mais bon on a un choix beaucoup plus limité; après on les laisse aller aussi vers ce qu'elles ont envie; faut que ce soit elles qui choisissent de toutes les façons, je ne choisis jamais pour elles.

Est ce que le fait que le partenaire soit fixe ou non influe dans vos propositions de DIU?

si il y a des partenaires multiples, j'insiste surtout sur l'utilisation du préservatif plus que sur le stérilet; ça n'a pas une grande importance je trouve. une femme qui fait beaucoup d'infections, des MST, je me méfierai, je n'ai pas trop envie de lui mettre un stérilet d'entrée

de jeu.

Est ce qu'il y a des femmes à qui vous ne le proposez pas?

si il y a des contre indications: malformations utérines et puis il y a des femmes, l'idée d'avoir quelque chose dans l'utérus, c'est pas possible, il en n'est pas question: les africaines par exemple, elles veulent pas du stérilet mais elles veulent bien de l'implant. Mais l'idée d'avoir un truc là dedans, c'est pas possible! mais par contre les implants oui; je pense que c'est culturel.

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

en pourcentage, je ne sais pas, ce n'est pas la majorité de mes prescriptions loin de là. La grosse majorité de mes prescriptions, c'est quand même la pilule; c'est très français. Chez les femmes de 40 50 ans, il y a beaucoup de stérilets; chez les petites jeunes, il n'y en a pas beaucoup; chez les nullipares il n'y en a quand même pas tellement. de toutes façons après une grossesse on pose la question: vous voulez continuer la pilule ou vous voulez mettre un stérilet? après c'est l'occasion. Et le Mirena est majoritaire et cuivre chez les plus jeunes car il est plus petit.

Que pensez vous de ce mode de contraception? Principaux avantages et inconvénients?

Mirena: c'est une contraception de la femme plus âgée, le fait que ça reste en place longtemps, plus de règles. Les inconvénients: l'acné, les troubles de l'humeur
cuivre: c'est l'absence d'hormones et de contre indications.

Est ce que l'efficacité est similaire entre Mirena et cuivre pour vous?

Mirena est plus efficace à mon avis. Et il me semble qu'il y a moins de GEU (grossesse extra utérine) sous Mirena que sous cuivre, c'est ce que j'ai cru comprendre.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes? Et concernant les anti inflammatoires?

je le mets sous leur nez; et je leur montre comment ça se met, je leur explique tout, elles regardent.

Les anti inflammatoires , je ne les contre indique pas. Elle serait sous AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens) au long cours , là je me poserais la question.

Quels arguments positifs et négatifs donnez vous à la patiente pour lui proposer le stérilet?

Je leur mets en balance toutes les possibilités et après on discute; en fait elles font leur choix toute seule. Tant que faire se peut, je n'impose rien parce que si j'impose quelque chose et qu'elle n'est pas d'accord, ça ne marchera pas.

je leur parle de l'argument financier: un stérilet c'est pas cher, c'est remboursé, il y en a pour 5ans, une pilule, il y a en beaucoup qui ne peuvent pas. C'est le côté financier des choses tout bêtement.

Quelle pratique en avez vous?

Mettons 2 par mois, je n'en pose pas beaucoup.

J'ai commencé quand je suis arrivée au cabinet ici il y a une quinzaine d'années. J'ai fait du planning familial 2 ans à la sortie de mes études à Nantes.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser?

c'est évident qu'un médecin doit prendre en charge toute la gynéco médicale.

Est ce que vous avez eu des freins à en poser?

comme tout le monde: peur du malaise, la perforation utérine, il fallait avoir de l'oxygène au cabinet, on nous a tous mis cela dans la tête; il faut avoir de quoi réanimer... ça nous a beaucoup freiné.

Quel est votre avis sur ce geste technique?

je pense que c'est quelque chose qu'il faut faire et refaire pour être à l'aise. ce n'est pas compliqué comme technique mais il faut être suffisamment à l'aise.

Maintenant je suis à l'aise avec, je prends mon temps, ce n'est pas un geste difficile.

parfois on ne passe pas le col, si il y a un spasme, c'est le problème des nullipares.

J'ai déjà eu des stérilets perdus ou des patientes à qui on ne retrouve plus les fils.

Quelle est votre procédure de pose et de contrôle?Et concernant les IST?

désinfection du col à la Bétadine, ensuite mise en place de la pince de Pozzi, hystérométrie ensuite je fais la pose et je coupe les fils et je les revois à un mois.

Je ne fais pas de dépistage systématique des IST (infection sexuellement transmissibles), pas d'antibio-prophylaxie et pas d'anti-mycosique si il n'y a pas d'infection en cours, pas de mycose, si elles n'ont pas fait d'IST, si elle on un mode de vie stable.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et une fois que vous l'avez posé?

quand je leur présente, elles sont contentes. on voit très vite si c'est non.

Ca vous est arrivé d'avoir des demandes de retrait?

pour des grossesses oui. Il y a des femmes qui disent qu'elles ne supportent pas. elles ont décidé qu'elles arrêtent , pour des raisons qui leur conviennent , mais on ne sait pas trop pourquoi. Il y a des femmes qui ne savent pas ce qu'elles veulent.

Y'a t il des réticences ou des croyances de la part des patientes?

oui, pas trop, je crois que c'est culturel. les maghrébines, elles aiment pas le stérilet non plus.

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

pour moi, ça dépend de son âge: je dirais que si elle est très jeune, ce n'est pas forcément un 1er choix. Si elle est déjà plus mûre... Après, il n'y a pas de problème si c'est sa demande. Je dirais que ceux sont souvent des femmes de 22 23 24 ans, ceux ne sont pas des gamines de 16 ans. Dans ma tête ce n'est pas adapté aux très jeunes.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare, en fonction de quels critères?

Le plus petit :l'UT short cuivre.

Y a t il des nullipares chez qui vous ne le proposez pas?

oui, si je ne le sens pas, je ne vais pas m'y aventurer. Déjà faut qu'elle soit volontaire. Si je m'aperçois qu'elle a envie de ça mais que rien à l'idée de s'allonger sur la table, elle est déjà semi comateuse, je ne vais pas m'emmerder. On connaît nos patientes, certaines on n'a pas du tout envie de leur mettre un stérilet. Dans ces cas là, je botte en touche; si elle veut, elle va à l'hôpital.

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

Peut être que je ne fais pas assez d'information, peut être que je suis trop dans la pilule, c'est possible. Peut être qu'on ne réévalue pas assez la contraception à chaque renouvellement. Entre 20 et 25 ans, éventuellement , on pourrait augmenter le nombre de stérilets.

Y a t il des choses que vous aimeriez rajouter?

Je pense que ça va monter en puissance; votre génération, vous êtes tous formés.

Qu'avez vous pensé de cet entretien?

bien très sympathique.

MG9g

Quel est la place du stérilet dans ta pratique ?

Ca a une place importante.

Combien tu en poses ?

1 à 2 par mois.

Depuis combien de temps ?

Depuis que je me suis installée en 97, ça fait 15 ans.

Qu'est-ce qui t'a motivée à en poser ?

De permettre aux femmes de pouvoir choisir leur contraception. Donc à partir du moment où elles choisissaient, j'avais à leur proposer tous les modes de contraception et savoir le poser car si on sait pas faire, je pense qu'on a du mal à en parler.

Y-a-t'il eu des freins à ce que tu en poses ?

Au départ, j'ai eu un peu de difficulté à les mettre car quand j'avais fait mes stages, j'avais assisté chez une femme à 3 échecs successifs alors au début je suis restée avec cette complexité là et ça n'a pas aidé au tout début. Quand je les posais je faisais attention à ce que ma collègue soit là. Puis après plus on en pose et plus c'est simple.

Quand en parles-tu?

Dès le début même pour une demande de première contraception, je présente les différentes contraceptions possibles et je laisse les femmes choisir, très souvent elles ont déjà une idée de ce qu'elles veulent mais ça ne sera pas forcément le moyen de contraception pour toute leur vie, ça peut changer.

A quelles femmes tu le proposes ?

A toutes sans restriction.

Y-a-t'il des des femmes à qui tu ne le proposes pas ?

Si elles ont des contre-indications mais à la fois elles sont pas sans questionner car elles sont pas au courant des contre-indications donc elles viennent avec cette question là. Non j'en parle, elles peuvent me demander "est-ce que pour moi c'est possible".

Quel est la place du stérilet parmi les contraceptifs que tu prescrites ?

C'est avant tout une contraception choisie par la femme surtout après ses grossesses. Dans le post-partum ça ouvre la discussion. Avant les grossesses, c'est plutôt oestro-progestatifs, entre les grossesses oestro-progestatifs ou implants et après les grossesse implant ou stérilet.

Mirena® ou cuivre ?

Les femmes choisissent ce qu'elles souhaitent, alors pourquoi, ça ça leur appartient. Il m'arrive de prescrire les 2 et elles choisissent en dehors du cabinet médical. Si une femme a une carence martiale je vais plus soutenir le mirena® mais je ne suis pas systématique dans le choix de la prescription du stérilet.

Quels sont les avantages ?

Il y a une femme qui m'a dit qu'elle l'avait oublié, il n'y a pas de rappel comme une pilule. Les patientes en éprouvent quelque chose de plus simple, du détachement. Ce qui revient beaucoup c'est « je prends pas quelque chose de chimique » donc à aller du côté du naturel.

Comment tu présentes le stérilet à tes patientes ?

J'utilise des supports avec des planches anatomiques, je leur montre, elles peuvent le toucher, comment ça se pose, les effets, ce qu'elles peuvent ressentir, que ça dure pas plus longtemps qu'une consultation habituelle. Je leur demande comment s'est passé leur accouchement et qu'elles pouvaient ressentir des contractions mais pas longtemps. Il y a des femmes pour qui c'est très facile car elles viennent et elles savent ce qu'elles veulent donc c'est une population pour laquelle ça va bien se passer. Les femmes qui ont été dans l'ambivalence, la pose sera peut-être plus difficile avec plus d'effets secondaires.

Donnes-tu des conseils par rapport aux AINS et aux tampons ?

Les AINS, il n'y a aucune restriction médicamenteuse. Les tampons aussi la seule chose c'est que comme je laisse les fils un peu plus long je leur dis d'attendre la visite de contrôle pour que je recoupe les fils, mais dans les publications c'est pas un souci.

Quel est ton avis sur le geste technique ?

C'est un geste que j'aime bien faire, je suis à l'aise, on invente avec la patiente en fonction de la localisation anatomique du col. Je fais beaucoup appel au ressenti de la patiente. C'est un geste qui peut être simple si on l'enseigne.

Peux-tu détailler ta procédure de pose ?

Je mets beaucoup moins d'antiseptique qu'au début où j'utilisais des ovules de bétadine®. Je désinfecte, j'utilise la pince alors pas en systématique et je mesure par une hystérométrie, je pose, je coupe les fils.

Avant la pose, je donne 2 cp de cytotec® 2h avant en intra-vaginal ou par la bouche, les femmes choisissent. Je donne pas de spafon®, pas de paracetamol®. Elles me recontactent environ 2 mois après la pose.

Au niveau de l'organisation est-ce simple ?

Oui je pose pendant les règles mais c'est pas plus long qu'une consultation standart.

Quel est le ressenti des patientes ?

Il y a de tout, des femmes disent "ah j'avais imaginé que c'était plus douloureux que ça", "ah ça dure pas longtemps". Je crois qu'elles ont suffisamment de réserve pour dire "ah ça a été pénible", elles ressentent le moment de la pose où le stérilet s'ouvre. Quand je leur présente je banalise pas les choses, je leur dis ce qu'elles peuvent ressentir mais que le ressenti est singulier. Il ne doit pas y avoir d'insistance ou de forçage de ma part à les inviter à faire ce choix là et à partir du moment où elles choisissent ça se passe bien. La seule chose une fois ici c'était il y a 10 ans une femme qui a fait un malaise vagal post-pose.

A distance de la pose ?

Elles sont ravies, de plus avoir leurs saignements. D'autres peuvent être inquiètes et demander des dosages de bHCG 2 fois en 6 mois et au bout de 2 ans on leur retire mais ça veut pas dire qu'on va pas leur mettre un stérilet au cuivre après. A l'âge de la ménopause il y a des femmes qui commencent à avoir envie d'enlever leur stérilet pour voir si elles vont avoir de

nouveau des règles. Dans la globalité c'est bien accepté, il y a quand même ici 2 retraits pour des syndromes dépressifs post-pose et 1 pour de l'acné.

Tu poses les stérilets chez la nullipare ? Avantages ? Inconvénients ?

Pour moi il n'y a pas d'inconvénients, c'est un mode de contraception comme un autre. Dans la présentation au début il y a des nullipares qui peuvent dire "ah je pensais que c'était réservé aux femmes qui ont eu des enfants". Moi je dis pas c'est ça qu'il faut que vous preniez, je les laisse choisir.

Les femmes nullipares qui veulent des stérilets c'est souvent des femmes qui ont essayé des oestro-progestatifs et qui veulent arrêter et qui sont pas dans un projet de maternité immédiate ou bien c'est des femmes qui ont déjà entendu parler du stérilet et c'est ça qu'elles veulent et pas autre chose. Et elles peuvent venir d'ailleurs car leur médecin ne pose pas de stérilet ou ne veut pas poser de stérilet car elles sont nullipares.

Que penses-tu par rapport au risque d'infection et de stérilité ?

Si la patiente me dit qu'elle a de multiples partenaires, qu'elle utilise pas de préservatifs je vais pas soutenir ce type de contraception, si elle dit d'un autre côté les oestro-progestatifs je les oublie tout le temps, je vais peut-être lui proposer l'implant. L'expérience que j'ai chez les nullipares c'est des femmes en couple depuis quelques années qui ont pas envie de prendre des oestro-progestifs, de plus de 20 ans. Chez les très jeunes c'est plutôt en centre d'orthogénie.

C'est plutôt une contraception de 1^{er} ou 2^{ème} choix ?

Ca peut être une contraception de premier choix, il peut être posé chez la nullipare mais quand on aborde la contraception chez une nullipare on est très systématique et on commence par préservatif, oestro-progestatifs, implant, stérilet.

Y-a-t'il d'autres femmes nullipares à qui tu ne le poserais pas ?

Si une jeune femme de 16 ans vient me demander un stérilet je lui demanderais de me raconter pourquoi et si j'ai pas de contre-indication organique je ne vois pas pourquoi je lui refuserais ça sous prétexte que ça soit son âge.

Qu'est-ce qui ferait que tu serais prête à en poser plus ?

J'en pose déjà pas mal, si il y a plus de gens qui en demandent je serais prête à en poser plus.

Aimerais-tu rajouter des choses ?

Quand une nullipare a un stérilet c'est la première fois qu'elle reçoit quelque chose en intra-utérin et l'exprime pas du tout de la même façon qu'une femme qui a déjà eu des grossesses ou une césarienne. L'explication que je donne au début sur la pose n'est pas la même. La nullipare ne connaît pas la contraction utérine, le ressenti n'est pas le même, je les trouve dans l'ensemble un peu plus douloureuses, donc je vais être attentive et mettre un peu plus de mots pour leur dire c'est normal.

Penses-tu que les médecins pourraient en poser plus chez la nullipare ?

Oui, beaucoup n'en posent pas, avec un imaginaire de stérilité, d'infections. Il y a quelques années on disait le stérilet c'est réservé à la multipare qui ne souhaite plus d'enfants. Cette contraception n'est pas aisée dans le sens où quand elle veut la prendre ou l'arrêter ça nécessite une intervention médicale, une pilule la femme décide quand elle veut de l'arrêter.

MG9m

Quelle est la place du DIU dans votre pratique?

-importante en le présentant chez toutes les femmes comme un des moyens de contraception accessible au même titre que la pilule, l'implant, les patchs. J'ai pour habitude après avoir éliminé les contre indications médicales de présenter le panel des contraceptifs et je n'exclue pas le stérilet chez les nullipares en première contraception.

Quand en parlez vous? A quelles occasions?

soit une première consultation de contraception, j'évoque toutes les possibilités
soit quand une femme n'est pas satisfaite de sa contraception actuelle, du coup je recomplète avec les autres contraceptions
soit on en parle beaucoup aux IVG(interruption volontaire de grossesse) où il y a parfois beaucoup d'échecs de préservatifs, de pilule; c'est sur une population où on en parle encore plus parce que je dirais que c'est une population où il y a déjà un échec avec une ou plusieurs méthodes contraceptives dans le passé.

Y a t il des indications particulières où vous parlez du stérilet particulièrement?

je dirais que la première indication, c'est quand même la femme qui oublie sa pilule pour le Mirena notamment, ça va être des contextes de ménométrorragies, de fibrome, d'endométriose; des femmes qui ont besoin d'une contraception en plus d'une pathologie pouvant être améliorée par le Mirena.

La moyenne d'âge des patientes lors de vos consultations est de combien?

ça va de 14 ans à 53 ans. la plus grosse tranche d'âge est 19- 30 ans.

Le partenaire fixe ou non est il un critère pour vous pour prescrire le stérilet?

non, par contre tout stérilet que je pose, je fais avant une recherche de Chlamydiae et de Gonocoque; c'est devenu quasi-systématique et je ne le fais plus du tout sur point d'appel sauf la femme qui est en couple depuis 20 ou 30 ans. Et je vais faire une information sur le fait que le risque de MST (maladie sexuellement transmissible) est présent avec un stérilet en place durant les 3 1ères semaines qui suivent la pose dû à un germe déjà préexistant à la pose du stérilet donc c'est pour ça que je fais le dépistage.

Avez vous une conduite à tenir particulière par rapport au stérilet et au tabac?

aucune.

Avez vous une limite d'âge ou de parité?

non, pas du tout. Pour le stérilet au cuivre: la parité pas du tout: je pose des formats short dans ce cas là, et par contre pour le Mirena, je commence à le proposer y compris aux nullipares en leur disant que c'est un problème plus mécanique du passage du col et que si ça passe pas, on passera au stérilet au cuivre. Et chez les nullipares, je pose le Mirena avec du Cytotec pris une heure avant. Mais la parité pour moi n'influe pas du tout. Mais finalement depuis que je pose les Mirena chez le nullipares je me rends compte que je n'ai pas vraiment de problème, ça fait bien longtemps que je n'ai pas eu d'échec de pose.

L'âge influe?

non, il peut influencer dans le sens où toute jeune femme qui ne va pas bien connaître son corps, qui ne va pas bien comprendre où on va lui mettre le stérilet, à quoi il sert, ça peut me freiner pour lui poser mais en soi ceux sont plus les éléments psycho-sociaux que l'âge en lui même qui compte. C'est plutôt la maturité et la connaissance du fonctionnement de son corps qui va compter.

Y a t il des femmes à qui vous ne le proposez pas?

non, sauf si j'ai une contre indication médicale: une infection haute en cours par exemple et aussi les jeunes femmes vierges qui voudraient pour première contraception un stérilet par rapport au fait qu'il faudrait poser un spéculum, l'ouvrir suffisamment grand pour poser un stérilet chez une femme qui n'a jamais eu de rapport sexuel, oui ça me pose problème, par rapport à la virginité. Je crois que je ne poserais pas un stérilet chez une femme qui n'a jamais eu de rapport. Je n'examine jamais au spéculum une patiente qui n'a jamais eu de rapport.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez dans votre pratique?

je dirais qu'il a toute sa place au même titre que les autres, au même niveau de présentation que les autres méthodes contraceptives.

j'ai l'impression que je pose plus de stérilets chez les 19 -40 ans, je ne catégorise pas mes propositions de contraception par rapport à l'âge du coup je pense que j'ai un profil de patientes un peu aléatoire comme je le propose aussi bien à 15 24 et 45 ans. Je n'ai pas l'impression d'en poser plus après 35 ans qu'avant.

je dirais égalité pilule stérilet, après implant, puis préservatifs et très peu d'anneaux et de pactes.

je pose plus de cuivres car je pose beaucoup de stérilets chez les nullipares, donc d'emblée on présente cela quand même comme le stérilet le plus simple à poser, j'ai aussi une population étrangère très importante donc par exemple des dames africaines vont vraiment culturellement et puis intellectuellement très mal supporter l'aménorrhée; ceux sont des femmes qui grossissent aussi beaucoup sous Mirena et puis j'ai beaucoup de dames d'Europe de l'est qui du coup sont très très habituées au stérilet au cuivre car chez eux il n'y a quasiment que ça donc pour elles un stérilet, c'est un stérilet avec lequel on a ses règles tous les mois.

A vu de nez, je dirais 70% de cuivres et 30% de Mirena.

Et aussi je me base sur le fait que la différence sur le plan statistique , elle n'est pas si nette au niveau risque d'échec contraceptif avec le cuivre qu'avec le Mirena donc du coup je le présente au même titre que le Mirena comme étant aussi efficace ce qui n'est pas le cas de certains médecins. J'ai aussi beaucoup de dames très attirées par les choses bio comme ici elles savent que l'on a une approche un peu global, donc du coup les dames qui ne se retrouvent pas du tout dans un parcours un peu plus classique de suivi gynéco, qui ont besoin qu'on prenne un peu plus le temps , et du coup ceux sont des dames qui vont choisir plus souvent le cuivre pour l'argument sans hormone. Chez des toutes jeunes femmes aussi qui n'ont pas envie de commencer par une pilule, qui n'ont pas envie de prendre d'hormones, qui ont envie de quelque chose de naturel, j'en vois de plus en plus qui ont ses arguments là.

Quels sont les principaux avantages et inconvénients de ce mode de contraception?

le cuivre son principal avantage est l'absence de contrainte de prise puis son remboursement puis son absence d'hormones puis sa durée, elles sont tranquilles pour une période assez longue, l'absence de prise de poids aussi. Ses inconvénients je trouve ceux sont les règles plus abondantes qu'avant et peut être plus douloureuses.

-le Mirena: ses avantages sont son remboursement, l'absence de contrainte, le fait qu'il dure 5 ans, qu'il puisse réduire l'abondance et la douleur des règles. son inconvénient principal je trouve c'est l'absence de format short. A cause de cela, je le mets en 2eme intention chez la nullipare; si j'avais un short, je pourrais élargir un peu plus la proposition. Et quand même le petit inconvénient, notamment chez les femmes africaines, c'est une petite prise de poids. La baisse de libido aussi chez certaines patientes.

Comment présentez vous le stérilet à vos patientes?

je le montre, je leur fais toucher et pour qu'elles voient le poids. Je le présente comme une contraception qui libère un peu l'esprit, ayant moins de contraintes que les autres contraceptions, je le présente aussi comme une contraception fiable et remboursée. Ceux sont ces 3 points là sur lesquels j'insiste.

Donnez vous des précautions particulières concernant les tampons et anti-inflammatoires?

non aucune. Je leur préconise aucune contre indication particulière.

Quelle pratique en avez vous?

je dirais que j'en pose au minimum 10 par semaine, je consulte tous les jours même si j'ai une activité de bloc pour les IVG, environ 75% du temps de la semaine.

Depuis combien de temps en posez vous?

depuis que je suis arrivée donc depuis 2007, pendant mon stage d'internat en gynécologie.

Vous n'avez pas eu de freins à en poser?

non

Quel est votre avis sur ce geste technique?

je trouve que c'est un geste qui nécessite un peu d'expérience, je pense que ça nécessite d'en poser un certain nombre par an pour ne pas perdre la main et être à l'aise pour les poser. Je trouve que les Mirena sont un peu plus difficiles à poser quand même car l'inserteur est assez rigide.

Pour vous c'est un geste facile?

Maintenant oui mais je comprends qu'un médecin puisse avoir des réticences à en poser quand il a eu peu d'expériences initiales et quand il en pose peu par an, je comprends qu'on puisse perdre la main et c'est un geste qui peut être quand même douloureux parfois donc du coup ça génère une angoisse de la part du médecin de faire mal...

je ne pose plus de stérilet autant que possible (9 fois sur 10) avec pince de Pozzi si j'arrive à passer mon hystéromètre et la pose en est beaucoup moins douloureuse, c'est net.

Je les revois 2 à 3 mois après pour une consultation de contrôle: je vérifie que le stérilet ne s'est pas déplacé, qu'il est bien en place et surtout de voir comment elles sont avec, au niveau du profil des saignements...

Je fais un dépistage systématique de Chlamydiae et Gonocoques urinaires et par contre si j'ai un doute sur une infection vaginale ou du col, je vais faire un prélèvement et dans ces cas là, je repousse la pose du stérilet, j'aime bien le poser dans de bonnes conditions.

Est ce que vous faites une antibiothérapie prophylactique ou des antimycosiques de façon systématique?

non jamais.

Avez vous eu déjà des incidents lors de la pose?

je n'ai jamais eu de perforation mais je me dis statistiquement, ça va arriver. j'ai dû avoir 2 ou 3 histoires de salpingite après une pose mais ça c'était avant que je fasse le dépistage systématique de Chlamydiae/gonocoques; c'était à distance vraiment de la pose donc je ne les rattache pas vraiment à la pose. Sinon, j'ai eu quelques malaises vagues, c'est tout.

Quel est le ressenti des patientes quand vous le présentez et quand vous l'avez posé?

quand on le présente, le ressenti c'est qu'elles ne savaient pas ce que c'était, clairement elles s'imaginaient quelque chose de plus gros, elles sont agréablement surprises aussi quand on leur présente la facilité de pose, la facilité d'accès à un stérilet. Je me rends compte que souvent on ne leur en a pas parlé du stérilet et donc quand on leur propose, elles sont très contentes qu'on leur parle de cette contraception. Elles la connaissaient mais comme on ne leur en avait pas parlé, elles pensaient que ce n'était pas pour elles, certaines femmes pensent qu'il faut avoir eu 2 ou 3 enfants avant ou être au stade où on ne souhaite plus avoir d'enfant pour en poser un, elles ne se sentaient pas dans la catégorie pouvant relever d'un stérilet. au niveau de la pose, comme je les préviens que ça peut être un peu douloureux, elles sont souvent agréablement surprises, elles pensaient que ça allait être pire. une fois qu'elles l'ont, elles sont plutôt satisfaites. j'en retire peu des stérilets: soit pour un souhait de grossesse, soit de quelques cas de douleurs, de pesanteur qui à mon avis sont souvent subjectives mais j'en retire peu contrairement à l'implant. Je pense que c'est surtout une mauvaise tolérance psychologique qui font qu'on les retire, des femmes qui ont du mal à adhérer à une contraception, qui ne font que de changer, qui ne savent pas vraiment où elles en sont mais sinon, j'ai vraiment l'impression d'avoir un bon retour au niveau du contentement, de la satisfaction des patientes.

Y-a-t il des réticences, des croyances qui ressortent de la part des patientes?

ce qui ressort c'est " j'ai peur d'avoir un corps étranger à l'intérieur de moi" en premier, c'est souvent donc ça on retravaille sur le fait qu'une fois qu'il est posé, elles ne le sentent plus; il peut aussi y avoir la peur de l'examen gynécologique, de la pose, également beaucoup de dames pensent notamment pour le stérilet au cuivre, que c'est abortif, donc maintenant je le dis systématiquement que ça n'en est pas une.

La stérilité ça revient beaucoup mais j'ai vraiment l'impression qu'en l'expliquant ça ne devient pas un frein après, parce qu'elles ont bien compris qu'effectivement ça n'avait pas de lien et que c'était les MST qui rendaient stériles.

Si j'ai bien compris vous posez des stérilets chez la nullipare, sur quels arguments?

C'est que je leur propose et ou qu'elles me le demandent, ça vient pas en second pour moi.

Y-a-il des inconvénients chez la nullipare pour vous?

non, je pense que ce qu'il faut bien peser, c'est la maturité psychique à bien comprendre où est ce qu'on a mis le stérilet, à quoi il sert ... mais à part ça non, sauf la plus grande difficulté à la pose; c'est vrai que ce n'est pas toujours simple chez la nullipare mais sinon, je n'ai aucun trait qui caractériserait le stérilet chez la nullipare en terme de complication.

Pensez vous que le stérilet chez la nullipare est une contraception de 1er ou de 2eme choix?

je pense que c'est une 1er choix, au même titre que les autres.

Quel type de stérilet posez vous chez la nullipare, en fonction de quels critères?

plus le cuivre que le Mirena, par rapport à la taille surtout. Je le présente d'emblée et si elles sont réticentes, je présente alors le Mirena mais pas en 1ère intention pour le moment car il est plus dur à poser et je trouve dommage de leur proposer quelque chose que je vais avoir du mal à leur mettre.

Y-a-t-il des antécédents cardio vasculaires qui font que vous posez ou ne posez pas de stérilet?

clairement, une dame qui a fait une phlébite ou qui a une anomalie de la coagulation: déficit en protéine S... ça va faire partie des armes de choix avec l'implant et les pilules progestatives. Des dames aussi qui ont des anomalies de la coagulation type transmettrice d'hémophilie... qui ont des saignements un peu plus importants pendant leurs règles, je vais effectivement plus poser un Mirena. Je vais prendre des précautions pour les dames qui ont des valves c'est à dire soit me rapprocher du cardiologue pour évaluer un petit peu le risque infectieux, soit mettre une antibioprophylaxie lors de la pose si le cardiologue est OK pour le stérilet ou alors le Mirena; je suis un peu coincée quand les dames ont fait des infarctus: quand on regarde les recommandations, a priori, Mirena devrait être sans hormones dans l'absolu sauf que même le Mirena, ils disent qu'il y existe quand même un petit passage sanguin possible et donc ça devrait faire partie des contre indications pour l'HAS (haute autorité de santé) . Donc j'ai toujours en tête ça, pareil pour les AVC(accident vasculaire cérébral).

Qu'est ce qui ferait que vous seriez prête à en poser plus chez la nullipare?

ce qui m'aiderait , c'est le Mirena short, clairement. On en poserait un peu plus, ce ne serait pas non plus énorme. Pour les femmes qui ont des endométrioses aussi; elles auraient besoin d'un Mirena mais je n'arrive pas toujours à leur poser.

ce qui nous aiderait aussi à en poser plus, c'est qu'il y ait des campagnes d'informations spécifiques sur le stérilet et que l'attitude générale des médecins change, l'image des médecins et des gynécologues sur le stérilet change, je pense que c'est un gros frein c'est à dire que ici parfois on donne une info, et puis la femme qui en parle à son médecin généraliste et qui lui dit oh non quel horreur le stérilet... l'image est globalement négative, je pense que le stérilet aurait besoin qu'on redore son blason, un peu plus que les autres méthodes de contraception. C'est propre à la France et à mon avis c'est aussi pour ça qu'on a un taux d'IVG plus élevé. Chez les nullipares , je pense que parfois quand on pose des stérilets chez les nullipares, on est vraiment vu comme des gens qui font n'importe quoi par les gynécologues, de toutes les générations , de ville et de l'hôpital. Je pense que le stérilet a mauvaise presse, et a encore plus mauvaise presse chez la nullipare. On est encore vu bizarrement parfois à des soirées et des colloques... et regardé bizarrement quand on dit que moi je le propose en première intention chez la nullipare; ça ressort encore ça le risque de GEU (grossesse extra utérine), d'infection, c'est encore tout le temps tout le temps présent. Pourtant il y a des recommandations qui m'autorisent à le faire mais si vous lisez les recommandations de l'HAS, ils vous prouvent par A+B qu'il n'y a pas plus de risque mais qu'il est quand même important de parler qu'il existe peut être tel risque... donc ça ça nous aide pas alors qu'en pratique honnêtement, on n'a pas tellement de soucis.

Et ce que je leur délivre aussi maintenant, c'est un petit document de "Prescrire" sur les idées vraies et idées fausses sur le stérilet, c'est les infos patients de "Prescrire" et ça leur explique les idées reçues sur les stérilets au cuivres; donc ça me permet d'avoir un petit support pour leur dire " vous voyez, il n'y a pas que moi qui le dit, c'est écrit par des gens qui ont quand même pignon sur rue et qui savent de quoi ils parlent".

Y-a-t-il des choses que vous voudriez rajouter?

je suis contente de participer à l'amélioration du stérilet. Je pense vraiment qu'il faut qu'on mobilise les générations plus âgées que nous mais aussi nos générations car je m'aperçois qu'ils ont encore des idées reçues car les cours qui ont été dispensés sont brefs, faits par des universitaires qui n'ont pas forcément l'expérience de la contraception et du coup avec des vieilles idées car c'est toujours le vieux professeur de je ne sais pas où qui fait le cours donc je me dis qu'il y a encore du boulot, même dans les nouvelles générations: externes, internes... Même au DU(diplôme universitaire) de gynéco, j'ai entendu des choses énormes sur le stérilet: "chez la nullipare, c'est pas en première intention, le risque d'infection sur un diabète déséquilibré..." J'ai l'impression qu'on est reparti pour un tour avec une génération de médecins élevée avec l'idée que le stérilet, ce n'est pas bien.

MG10g

Quel est la place du DIU dans votre pratique ?

J'en mets régulièrement, pas toutes les semaines mais régulièrement. J'en propose chez les femmes qui ont accouché, volontiers aussi chez les femmes après 40 ans.

A quelle occasion en parlez-vous ?

Chez les femmes qui viennent pour renouvellement de pilule, chez les femmes qui n'ont pas de contraception ou seulement une contraception locale qui viennent pour un frottis. Je leur montre ce qu'est un stérilet puis après elles font leur choix.

A quelles femmes le proposez-vous ?

Un peu à tout le monde, quand certaines patientes qui sont tabagiques et qui sont sous pilule, je leur dis que ça fait pas très bon ménage.

Quand vous parlez de contraception pour la première fois, est-ce que vous le présentez ?

Chez les adolescentes et les femmes jeunes, moi je le présente mais très souvent elles viennent pour la pilule, c'est un peu une habitude.

Mais il y a quelques patientes qui sont un peu à part car elles font des oublis fréquents donc la il y a aussi l'alternative du nexplanon®.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

A mon sens celles qui ont des contre-indications particulières ou des partenaires multiples avec un risque infectieux.

Que pensez-vous de ce mode de contraception ?

Moi je le trouve assez satisfaisant, hormis les effets secondaires pour ceux au cuivre, un effet contraceptif qui est pas à 100% et qui donne des ménorragies. Après il y a le mirena®, mais il m'est arrivé d'en enlever car les femmes étaient en aménorrhée, j'ai eu une patiente qui ne supportait pas de pas avoir ses règles elle était dans l'angoisse permanente de pas avoir ses règles, mais il y en a qui sont très contentes.

Quel est la place du DIU par rapport aux autres contraceptifs ?

Chez les femmes jeunes c'est plutôt la pilule et chez les femmes de 35-45 c'est plutôt le stérilet.

Comment présentez-vous le stérilet à vos patientes ?

Je leur montre ce que c'est, comment ça fonctionne, je leur explique le mode d'action, les effets indésirables attendus ou pas. Souvent elles peuvent avoir une crainte de la pose alors avant je fais une hystérométrie pour m'assurer qu'il n'y a pas de difficulté à le poser et je leur dis que l'hystérométrie ça fait à peu près comme quand on pose le stérilet.

Quelle pratique en avez-vous ?

La fréquence de pose est très variable, il peut y avoir des mois ou j'en pose pas puis tout d'un coup 3 à la suite. 1 par mois en moyenne.

Depuis combien de temps vous en posez ?

Depuis que je suis installé ça fait 25 ans.

Qu'est-ce qui vous a motivé à en poser ?

Quand j'ai fini mes études j'ai fait FFI à la maternité pendant 9 mois. Donc j'ai eu la pratique de la gynéco car avant je n'en avais pas fait et ça a été volontaire car j'ai toujours voulu faire de la médecine générale avec de la pédiatrie de la gynéco..., faire de tout.

Y-a-t'il eu des freins à ce que vous en posiez ?

Non

Quel est votre avis sur ce geste ?

C'est variable, il y a des patientes pour qui c'est facile mais d'autres où c'est difficile notamment celles qui ont des utérus rétroversés, des spasmes du col.

Quel est votre procédure de pose ?

Pendant un moment je prescrivais du spasfon® puis j'avais arrêté mais j'ai plutôt tendance à recommencer car j'ai eu des poses un peu difficile sur des cols un peu spasmés. J'ai des instruments stériles, j'expose mon col, je désinfecte avec de la bétadine® gynéco, je pose ma pince de pozzi, je tire sur mon col et je mets mon stérilet je coupe les fils et je finis par un toucher vaginal. Ca m'arrive de leur dire de revenir 1 mois ou 2 après puis 1 fois par an mais j'ai une patiente qui est venue 7 ans après !

Donnez-vous une antibioprofylaxie ?

Non.

Où des conseils particuliers par rapport aux tampons ?

Oui je leur dis qu'elles peuvent mais qu'elles doivent le retirer délicatement car ça m'est arrivé qu'une patiente tire d'un coup sec et que le stérilet est venu avec.

Donnez-vous des conseils par rapport aux AINS ?

C'est plus d'actualité.

Avez-vous eu des incidents ?

Oui un stérilet qui était resté dans le col.

Quel est le ressenti des patientes ? Quand vous en parlez ?

Il y a des patientes qui veulent pas de corps étranger, des femmes qui ont eu des grossesses non désirées sous stérilet alors c'était surtout vrai sous mirena®, des patientes qui ont du mal à faire confiance. Mais souvent celles qui en ont eu un sont assez contentes, parfois elles l'oublient. J'ai du retirer un mirena® je sais plus pour quel effets secondaire, il y a des maux de tête, mais les retraits c'est pas fréquent.

Posez-vous des stérilets chez la nullipare ?

Rarement, j'ai du en poser 1 fois.

Quels sont les avantages et les inconvénients ?

Alors moi ça fait 20 ans que j'en pose et il y a 20 ans on disait on pose pas de stérilet chez la nullipare du fait du risque infectieux et du risque de stérilité derrière. Maintenant c'est un dogme qui est remis en question. Il existe des petits stérilets au cuivre qu'on peut mettre.

Après ça s'adresse je pense à plein de personne mais aujourd'hui la demande est une demande de pilule alors après il faut peut-être faire plus d'information à ce niveau là. Alors le stérilet au cuivre n'a pas une efficacité de 100%, la pilule non plus car il y a des oublis et nombreuses IVG chez les femmes qui prennent la pilule.

Les inconvénients ?

Un col qui n'a pas été dilaté par l'accouchement alors la pose est peut-être plus difficile.

Pour vous c'est plutôt une contraception de 1^{er} ou 2^{ème} choix ?

De 2^{ème} choix alors peut-être que ça évoluera.

Chez la nullipare je pose des stérilets au cuivre short et ça c'était bien passé.

Y-a-t'il des choses qui ferait que vous seriez prêts à en poser plus chez la nullipare ?

Je sais pas, il faut aussi que les femmes soit plus demandeuses. Il faut peut-être aussi que nous on le présente car la demande de contraception c'est souvent une demande de pilule et c'est plus facile que de vendre entre guillemets le stérilet en sachant que l'efficacité est pas à 100%, que ça peut donner des ménorragies, même si le risque infectieux est minime il est pas nul non plus. Pour l'instant ça reste un 2^{ème} choix.

Voulez-vous ajouter des choses ?

Non, la seule chose que je veux dire c'est que contraception égal gynéco et que le médecin généraliste est exclu et c'est bien dommage. J'ai lu un article dans ouest France et c'était envoyer votre fille chez le gynéco, je pense que là il y a quelque chose qui va pas. Le fait de connaître les patientes depuis leur enfance on est bien à l'aise pour en parler et aborder ce problème là. Il y a un rôle d'information auprès de la population qui est mal faite.

MG11g

Quel est la place du stérilet dans votre pratique ? Importante ou mineure ?

Moyenne on va dire, c'est quelque chose que je propose aux femmes.

Depuis combien de temps ?

Alors moi ça fait qu'un an que je suis installée. J'en pose 1 tous les 2 mois environ.
Remplaçante non car on est pas trop amenée à le faire.

Qu'est-ce qui vous a motivée à en poser ?

La demande des femmes au début, c'était ma collègue qui en posait et j'ai des patientes qui venaient plus avec moi et qui voulaient que ça soit moi. J'avais été formée j'en avais déjà posé avant.

Y-a-t'il eu des freins ?

Pour moi, j'avais un peu peur, peur de rater le geste, de la perforation ce qui est rarissime.
Mais une fois qu'on le fait une ou 2 fois et qu'on est à l'aise ça se passe bien.

Quand en parlez-vous ?

Quand les patientes viennent pour leur suivi gynécologique 1 fois par an, on fait une consultation que pour ça et parfois elles sont en demande de changement de contraception et je leur parle du stérilet.

Plutôt à quelles femmes ?

Les femmes de plus de 35 ans qui ont déjà eu des enfants.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Pas aux jeunes filles de moins de 20 ans en première contraception et pas avant le premier enfant ou en tout cas ça sera pas moi qui le poserai. J'en parle mais je leur dis que ça sera pas moi.

Pourquoi ?

Car j'ai pas d'échographe alors il faudrait en faire une en externe, j'en ai jamais posé chez les nullipares et la tonicité du col me paraît difficile. Ca me paraît plus compliqué donc je me sentirais pas de le faire.

Quel est la place du stérilet par rapport aux autres contraceptifs que vous prescrivez ?

A partir de 35 ans, on doit avoir avec ma collègue la moitié des femmes.

Que pensez vous de ce mode de contraception ?

L'inconvénient chez celui sans hormones c'est les règles trop abondantes, sur le mirena® ça va être les effets secondaires la prise de poids, l'acné. Celles pour qui je l'ai enlevé c'était pour l'acné. Mais globalement c'est un bon moyen de contraception. Contraception bien tolérée que les femmes apprécient bien.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ? Utilisez-vous des supports ?

Oui, j'ai des supports, elles peuvent toucher et regarder, je leur dis les avantages et les inconvénients.

Quelles informations donnez-vous ?

Je leur parle surtout hormone car en ce moment c'est très à la mode de plus avoir d'hormone et que je suis en population aisée et que la question se pose. On parle des différences d'imprégnation hormonale et des différences de risque cardio-vasculaire et veineux en fonction des contraceptions.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

Oui ça va pour moi c'est pas un geste compliqué, je pensais au départ mais pas tant que ça.

Quel est votre geste ?

Je leur donne du spasfon® et de l'antadys® avant. Après je les installe en position gynécologique, je pose mon spéculum, je fais une désinfection à la bétadine®, je pose toujours une pince de pozzi puis je pose mon stérilet. Je les revois 1 mois après puis tous les ans 1 fois par an.

Donnez-vous une antibioprofylaxie ?

Non, je les fais venir pendant leurs règles pour être sûre qu'elles soient pas enceintes. Je fais un examen gynécologique avant la pose car une fois j'ai eu un utérus latéroversé mais j'ai réussi à le poser et pour des mycoses vaginales récidivantes donc j'avais fait un prélèvement vaginal avant la pose pour vérifier qu'il y avait pas d'autres infections opportunistes et que j'allais pas entraîner une endométrite. Mais si j'ai pas de symptômes et que l'examen est normal le mois d'après je leur pose.

Au niveau de l'organisation est-ce facile ?

Oui elles me mettent qu'une plage horaire mais nous on travaille sur 20 minutes, parfois on déborde sur une demi-heure mais ça pose pas trop de problème de retard. Quand elles le savent elles essaient de le mettre en fin de journée, j'ai plus de temps.

Quel est le ressenti des patientes ?

Souvent elles avaient beaucoup d'appréhension avant la pose et elles étaient contentes car c'était loin d'être si terrible que ce qu'elles s'imaginaient et que ce que les copines avaient raconté. Globalement elles étaient satisfaites.

Avez-vous eu des incidents ?

Non j'ai pas eu de soucis, ça arrivera peut-être.

Et à distance ?

Elles l'ont toutes gardé, je les ai revues elles étaient contentes.

Expriment-elles certaines croyances ?

Elles ont peur du corps étranger alors je leur mets pas, sinon pas trop. Le risque de grossesse extra-utérine parfois mais c'est pas ce qui les soucie beaucoup, le fait qu'il puisse tomber mais pas plus que ça.

Avez-vous eu des demandes de retrait précoces ?

Non j'ai pas eu ça sauf pour des désirs de grossesse.

Vous ne posez pas de stérilet chez la femme nullipare ?

Non

Quels sont les inconvénients du stérilet chez la femme nullipare ?

Pour moi ça en a pas , c'est juste que pour moi le geste est plus compliqué et que comme elles ont jamais eu d'enfants je sais pas si elles ont un utérus cloisonné ou pas ou un utérus atypique et puis le col qui n'est pas le même moins franchissable donc il y a plus de risque de malaise vagal ou de problème syncopal donc j'ai pas envie d'essayer dans un cabinet de ville classique.

Si une femme nullipare elle vous demande un stérilet que faites-vous ?

Je lui donne une adresse de gynéco et je vais la laisser prescrire car on a chacune nos habitudes de prescription. Soit la gynéco soit le planning familial.

Si une femme présente des contre-indications au traitement hormonal, qu'elle est en échec avec sa contraception hormonale ?

Je lui proposerai un stérilet mais je le poserai pas et en attendant je lui dirai de mettre des préservatifs mais souvent elles sont jeunes et elles les mettent.

Y-a-t'il des choses qui feraient que vous seriez prêtes à en poser chez la nullipare ?

Pour moi il y a jamais d'urgence à faire un geste alors si il peut être mieux fait par quelqu'un d'autre que par moi alors c'est mieux qu'il soit posé par quelqu'un d'autre donc je crois pas. Soit je me décide un jour à le faire mais ça je suis pas sûre. Soit je me décide jamais mais un geste n'est pas une urgence et une contraception c'est bien de la réfléchir pour qu'elle soit acceptée.

Le fait qu'elles n'aient pas eu d'enfants n'est pas une limite sur le plan médical, c'est plus le geste. Après on met des plus courts, ça je le sais.

Avez-vous d'autres ressentis du stérilet chez la nullipare ?

Moi je trouve que c'est compliqué pour elles, déjà l'examen gynéco on sent que c'est plus violent alors poser un stérilet c'est une étape différente.

Y-a-t'il une population de femmes nullipares à qui ça s'adresserait plus ?

Non.

Aimeriez-vous rajouter d'autres choses ?

Moi c'est pas trop une demande, pourtant je vois beaucoup de jeunes filles mais elles me demandent pas ça.

Est-ce que quand vous parlez de la première contraception vous en parlez en systématique du stérilet ?

Oui mais elles n'en veulent pas. Elles ont déjà une idée bien arrêtée et elles restent beaucoup sur la pilule en France.

C'est plutôt une contraception de deuxième choix ?

Oui voire de 3^{ème} choix car après on passe plutôt à l'implant chez les jeunes. Moi je me méfierais chez les jeunes filles car je fais vachement plus de dépistage de MST et du coup ça représente quand même un risque un peu supérieur.

On utilise plus de cytotec® et on trouve pas ça plus difficile car il y a pas d'AMM.

MG12g

Quelle est la place du DIU dans votre pratique ?

J'avais fait un travail personnel où j'avais évalué quand je posais des stérilets quels étaient les retours et depuis 2 ans, j'en ai posé 39 donc à peu près 2 par mois.

Depuis combien de temps vous en posez ?

Depuis que je me suis installé, ça fait 20 ans.

Qu'est ce qui vous a motivé à en poser ?

Mon dernier stage de résidanat à l'époque, je l'ai fait à la maternité de Laval, puis j'ai enchaîné sur un poste de FFI et un remplacement de congé maternité. Donc j'avais 15 mois de gynéco-obstétrique derrière moi, donc j'étais assez à l'aise, j'ai fais une centaine d'accouchements, beaucoup de gestes obstétricaux et un petit peu de gynéco. Cela dit, c'est pas un hospitalier qui m'a appris à poser des stérilets, j'ai appris tout seul en remplaçant.

Y-a-t'il eu des freins à ce que vous en posiez au début ?

Il n'y a pas de frein si on dit ce qu'on fait et ce qu'on est capable de faire, le frein c'est soi-même qui nous le mettons.

Quand en parlez-vous ?

Au moment des consultations de demande de contraception, ou de première contraception, contraception chez une femme en post-accouchement et au cours de l'entretien, pas forcément à la première consultation, mais quand on prend contact, je vois leur antécédents, la contraception, en tout cas on parle de contraception.

J'en parle dans des situations spécifiques quand elles ont des soucis avec leur pilule, qu'elles en ont marre de leur pilule, quand elles hésitent sur une contraception, j'en parle chez la jeune-fille qui vient pour contraception très souvent, en lui expliquant que ça existe, je leur montre le stérilet, comment ça se pose.

Y-a-t'il des femmes à qui vous ne le proposez pas ?

Oui, des femmes que je ne suis pas pour la gynéco et qui pensent que de toute façon le médecin généraliste ne peut pas faire de la gynéco alors surtout peut-être parce que je suis un homme de 50 ans. Alors je vais faire un petit aparté mais je pense qu'en tant qu'homme de la cinquantaine je recrute moins de gynéco qu'avant.

Quelle est la place du stérilet parmi les contraceptifs que vous prescrivez ?

Chez les jeunes très peu, j'ai du poser 3 stérilets chez les nullipares depuis 20 ans. Après passé 30 ans c'est 25-30% et puis vers 40-45 ans pour les femmes qui ont des soucis péri-ménopausiques je leur propose à but thérapeutique, je dirais 10-20%.

Que pensez-vous de ce mode de contraception ? Avantages ? Inconvénients ?

Il y a beaucoup d'avantages, ça laisse les hormones travailler toutes seules, c'est plus naturel on bloque pas les ovaires. Il y a pas à prendre de comprimés, il y a un coût qui est minime. Sur le plan confort en général les femmes en sont satisfaites.

Vous prescrivez plus de cuivre ou de mirena® ?

Plus de mirena®, j'explique les avantages de chacun. Il y a quelques années je prescrivais plutôt du cuivre et je réservais le mirena® en deuxième intention mais maintenant je prescris plus le mirena® car le confort est meilleur.

Comment vous présentez le stérilet à vos patientes ?

Je les présente de visu, je leur montre le geste avec un kit de pose, en leur disant les modalités de pose, plutôt en fin de règles, que le passage du col est un moment qui peut être désagréable. Je leur dis pas qu'on peut tomber dans les pommes, elles voient quand ça arrive mais c'est rare, ça m'est arrivé quelques fois. Je le montre dans une présentation globale. Ou quand j'oriente vers le stérilet pour des raisons de poids ou de cholestérol.

Quel est votre avis sur le geste technique ?

Ca dépend des fois, globalement ça va et on y arrive toujours mais parfois c'est ardu. J'ai eu une femme qui a eu 3 césariennes pour laquelle le col n'a jamais été dilaté, un col très ponctiforme avec parfois un spasme du col, des fois c'est chaud, j'utilise des bougies de dilatation ou l'hystéromètre que je mets en place. Quand je prescris un stérilet je donne du cytotec® à mettre une heure et demi avant la pose alors je sais pas si ça marche mais globalement je trouve que c'est plutôt mieux. Je leur demande venir le matin, j'utilise un spéculum plus large, j'ai acheté une table électrique c'est plus pratique. L'expérience m'a montré que si on veut être à l'aise avec un geste technique il faut être bien installé.

Pouvez-vous détailler votre procédure de pose ?

J'ai une boîte réservée, je pré-ouvre mon hystéromètre en plastique, je prérègle la bague entre 7 et 9cm, je mets de la bétadine® gynéco, je prends des gants, je désinfecte, en général j'utilise la pince de pozzi mais pas toujours car j'ai lu dans le livre de Martin Winckler que c'était possible. L'hystéromètre pas toujours. Je pose la question si je fais mal, je pose mon stérilet. Je coupe les fils à 2 cm en général car avant je les coupais ras mais après je les voyais plus. Je termine par un toucher vaginal pour voir si les femmes ont mal et je leur demande de venir me voir dans les 2 ou 3 mois qui suivent la pose en dehors des règles pour vérifier si tout va bien, ce qu'elles ne font pas toujours même rarement.

Donnez-vous des antibioprofylaxie ?

Non jamais.

Sur le plan organisationnel est-ce simple pour vous ?

Oui mais je préfère le poser le matin et j'ai une seule boîte.

Quel est le ressenti des patientes après la pose ?

Tout dépend si elles ont eu mal ou pas. En général elles disent oui ça me tiraille, je leur dis qu'elles peuvent avoir des douleurs pendant 48 heures alors il m'arrive de leur prescrire un peu de spasfon®. Après ça dépend des femmes. Les consignes c'est de me rappeler si elles ont mal, si elles ont des saignements on s'en fiche pendant 2 ou 3 mois ça peut être le bazar. Avec le stérilet au cuivre je leur dit qu'il faut qu'elles s'attendent à des règles plus abondantes.

A distance de la pose, leur ressenti ?

Je leur pose la question comment ça va.

Y-a-t'il des demandes de retrait précoces ?

Non, il y a eu des retraits pour des douleurs, c'est rare. Sur 40 stérilets posés, j'en ai 1 qui s'est expulsé tout seul et puis un autre ou la dame avait mal.

Vous posez des stérilets chez la femme nullipare, quels sont les avantages et inconvénients ?

Ça fait marcher les propres hormones, c'est sûr, fiable, aussi efficace qu'une pilule surtout si la femme la prend pas régulièrement, il y a le coût, la sécurité, après il faut que les femmes acceptent d'avoir des règles naturelles, un peu plus douloureuses et un peu plus abondantes. Une femme qui est habituée avec la pilule d'avoir des règles de telle abondance à telle date, bon... Les 3 patientes, à qui j'en ai posé, étaient toutes les 3 bien cortiquées.

C'est plutôt des stérilet au cuivre ou des mirena ?

Au cuivre, des short.

Y-a-t'il des inconvénients ?

Il faut s'assurer que la femme ait bien compris, l'idée du corps étranger, et chez une nullipare encore plus que chez la multipare qui a déjà eu des enfants. Il faut être sûr qu'elles aient bien compris le pourquoi, les conséquences. Maintenant je sélectionne bien les femmes à qui j'en pose, je m'assure qu'elles aient bien compris car quand je poussais à la consommation c'étaient celles-là qui faisaient une complication, une grossesse sur stérilet...

Les inconvénients, c'est plus, mais j'en ai pas l'expérience, les partenaires multiples, le risque d'infection, peut-être majoré, c'est ce que j'ai lu mais ceux que j'ai posé c'est plutôt des filles sages. Dans ma tête je poserais peut-être pas à quelqu'un qui couche avec tout le monde.

Y-a-t'il un profil de nullipare ?

Minimum 20 ans, ou quand elles ont du cholestérol, les jambes lourdes ou quand la pilule leur va pas.

Pour vous chez la nullipare le DIU est une contraception de 1^{er} ou 2^{ème} choix ?

De deuxième choix. Après ça pourrait devenir du premier choix, c'est culturel je pense. Motiver des jeunes femmes alors que leur mère à toujours pris la pilule ou que leur mère leur a dit de toute façon tant que t'as pas d'enfants tu pourras pas avoir de stérilet. Les mères transmettent beaucoup à leur fille.

Qu'est-ce qui ferait que vous seriez prêt à en poser plus chez la nullipare ?

Non je sais pas. Peut-être que je pourrais être plus convainquant.

Pensez-vous que les femmes nullipares sont assez informées ?

Non elles sont pas assez informées et surtout déformées par les informations de leur mère, que un corps étranger c'est pas normal, ça va me faire mal, c'est pas sûr, je vais avoir une grossesse sur stérilet. Des idées déformées, mauvaise information. Après il y a le fait qu'avant 25 ans il n'y a pas forcément lieu de les examiner, donc si la première fois qu'elles sont examinées c'est pour avoir un stérilet c'est peut-être un peu agressif. C'est peut-être le frein que je mettrai.

Aimeriez-vous rajouter d'autres choses ?

Je sais qu'un mirena® va sortir pour les nullipares, peut-être que ça va donner un atout supplémentaire pour motiver les jeunes femmes à avoir ça. C'est un geste simple, bien rôdé. L'utérus est bien tonique mais on y arrive.

Poser un stérilet, faire de la gynéco, ça prend beaucoup plus de temps que voir des angines et faire des arrêts de travail, c'est pas lucratif, en terme de temps, en terme de risque mais pour moi c'est un service rendu et c'est une qualité de métier.

Quelqu'un qui s'installe c'est dans les 2 ans qu'il doit se lancer pour faire les gestes car tu perds la main.