

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE POSANT DES DIU/SIU EN LIBERAL SUR LES FACTEURS INFLUENCANT L' ADHESION DES PATIENTES À CE MOYEN CONTRACEPTIF

Etude qualitative auprès de 11 praticiens du Maine et
Loire

DUCHEMIN Marie

Née le 05/08/1986 à Gien (45)

Sous la direction de Monsieur le Docteur OUVRARD Patrick

Membres du jury

Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe | Président

Monsieur le Docteur OUVRARD Patrick | Directeur

Monsieur le Docteur BELLANGER William | Membre

Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
21 Décembre 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DUCHEMIN Marie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

le **17/11/2017**

DUCHEMIN Marie

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur OUVRARD Patrick,
Je vous remercie infiniment pour l'aide et les précieux conseils que vous m'avez apportés pour ma thèse.
La fin a été un peu précipitée, vous avez su être réactif et pertinent dans vos remarques pour me permettre de rendre dans les temps un travail dont je suis fière. Merci pour tout.

À Monsieur le Docteur BELLANGER William,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

À tous les praticiens m'ayant accordé de leur temps pour répondre à mes questions et que je remercie pour leur participation à la pertinence de ce travail.

À ma Famille :

À ma fille Anna : tu es arrivée dans ma vie depuis un peu plus de 2 ans et tu es mon rayon de soleil. Ta joie de vivre, ton sourire, ton amour sont mes moteurs. Tu resteras ma plus belle réussite. Je t'aime infiniment.

À mon futur mari, Jonathan : un amour de primaire et cela fait maintenant 8 ans que tu partages ma vie. Tu m'as suivie à Tours puis à Angers pour me permettre de finaliser mes études, et je t'en remercie. Tu m'as toujours soutenue, malgré mes sautes d'humeur et mon stress, durant les épreuves déterminantes de ma vie. Merci pour ton amour, tes encouragements et ta patience (parfois un peu limitée...). Je t'aime.

À mes parents : vous êtes mes piliers. Vous avez su m'inculquer de vraies valeurs et contribuer à faire la personne que je suis aujourd'hui. Vous avez toujours été présents pour moi. Vous m'avez toujours soutenue et aimée, je ne vous en remercierai jamais assez. Vous êtes ma fierté et j'espère faire la vôtre. Je vous aime.

Spéciale dédicace à ma maman, pour le temps et l'attention que tu as consacrés à la relecture de ma thèse.

À mon frère, Tristan : tu m'as supportée pendant un an en tant que colocataire à Tours. On entretient une relation frère -sœur remplie de complicité et d'amour. Tu as toujours été là pour moi et je le serais toujours pour toi. Je suis tellement fière de toi et de ton parcours. Merci pour tes encouragements. Je t'aime.

À ma tante Colette, qui a su jouer son rôle de « 2^{ème} grand-mère » à merveille. Merci d'avoir fait le déplacement pour ma thèse.

À ma marraine, Michèle : tu as toujours été là pour moi. Merci d'être là aujourd'hui, et d'avoir également pris le temps de relire ma thèse.

À mon parrain Dominique et ma tante Claude : merci d'avoir pris ce rôle tellement à cœur et d'avoir toujours été présents pour moi. Merci d'être là aujourd'hui.

À mon oncle Pierre et ma tante Claudine : vous m'avez recueillie à de nombreuses reprises au cours de mon externat à Tours, pour me remonter le moral et me remotiver. Merci pour votre soutien et votre présence aujourd'hui.

REMERCIEMENTS

À ma cousine, Marianne : nous partageons une relation privilégiée. Cela me touche énormément que tu aies fait le déplacement depuis Lyon pour être présente aujourd'hui.

À mon cousin, Bastian : merci de passer nous voir à Angers régulièrement et merci d'être présent aujourd'hui.

À mes grands-parents : j'espère que vous êtes fiers de moi là où vous êtes...

À mes amis :

À mes amies de collège et lycée : Jennifer, Aurélie, Sibine, Nolwenn, Karine, Mélina. Malgré la distance, on prend toujours autant de plaisir à se retrouver et à partager les moments importants de nos vies.

À Hélène et Sophie : mes amies sans qui l'externat à Tours n'aurait pas eu le même sens. On partage les mêmes valeurs de la vie et de la médecine. Vous êtes maintenant installées dans une belle maison de santé que vous avez pensée et réalisée. Je suis très fière de vous. Merci d'être là aujourd'hui.

À ma « Bailleul team », sans oublier les pièces rapportées : David, Flo et Justine. On s'est rencontrés lors de nos premiers pas en tant que médecins et ça a été le début d'une belle amitié. Les moments passés ensemble sont toujours un plaisir et source de rigolades. Vous êtes au top.

À Fanny, Julien et Jeanne : vous étiez les premiers à arriver à Angers et vous nous avez attirés dans vos filets ! On ne regrette rien. Merci pour tous les bons moments passés avec vous. Fanny, bien plus qu'une consoeur, une amie en or. Merci pour tes conseils pour ma thèse et tes encouragements.

Liste des abréviations

ADCO	Atelier pour le Développement des Connaissances Obstétricales
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-Inflammatoires Non-Steréïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIVG	Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FMC	Formation Médicale Continue
G	Gynécologue
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National d'Etude Démographique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
KM	Kilomètres
LARC	Long Acting Reversible Contraception
MG	Médecin Généraliste
NC	Non concerné
OMG	Observatoire de la Médecine Générale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRAT	Praticien ambulatoire
SAFE	Stage Ambulatoire Femme Enfant
SF	Sage-Femme
SIU	Système Intra-Utérin

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

RAPPEL HISTORIQUE SUR LE STERILET

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION : La contraception reste un enjeu de santé publique devant le « paradoxe contraceptif français ». Le stérilet, méthode contraceptive efficace, reste sous-utilisé en France. L'objectif principal de cette étude était de déterminer selon le point de vue des professionnels de santé, les facteurs influençant l'adhésion des patientes au stérilet.

METHODES : Une étude qualitative par entretiens semi -dirigés a été réalisée auprès de 7 médecins généralistes, 2 gynécologues et 2 sages femmes de Maine et Loire, poseurs de DIU/SIU en ambulatoire. Echantillonnage raisonné en variation maximale. Les données ont été enregistrées, retranscrites puis anonymisées. Analyse par thématiques après double codage.

RESULTATS : Nous avons constaté une réelle augmentation des demandes de stérilets depuis la crise médiatique de la pilule de 3^{ème} génération en 2013, qui a généré auprès des utilisatrices ainsi que certains prescripteurs, une crainte des hormones.

Les praticiens interrogés semblaient avoir une bonne connaissance et une bonne expérience de la pose de stérilet.

La relation de confiance est apparue comme étant primordiale. Le médecin généraliste devrait être l'interlocuteur principal des femmes pour la contraception, puisque celle-ci s'inscrit dans un contexte de prise en charge globale.

L'expérience des praticiens, la qualité de l'information délivrée aux patientes, l'approche comportementaliste, la prise en charge de la douleur, sont les principaux facteurs favorisant l'adhésion des patientes au stérilet.

Les représentations et les fausses croyances sur le stérilet constituent les principales réticences des patientes. Il est donc important de les prendre en compte.

Le stérilet ne devait pas devenir une méthode imposée. Le choix de cette contraception nécessitait une réflexion approfondie pour obtenir l'implication et la satisfaction des patientes, et donc une meilleure utilisation.

CONCLUSION : Il semble nécessaire :

✕ D'améliorer la formation des jeunes médecins en leur permettant d'acquérir ce « savoir –être » indispensable et une bonne pratique (« savoir –faire »)

✕ D'améliorer les connaissances des femmes sur le stérilet et sur les compétences de leur médecin généraliste en gynécologie.

Il s'agit de deux enjeux majeurs pour augmenter l'implication des médecins et la proposition d'utiliser le stérilet comme moyen contraceptif faite à leurs patientes. La prescription de DIU comme contraception d'urgence est également à promouvoir.

Doit-on se préparer à un nouveau bouleversement des pratiques contraceptives suite au récent débat sur le Mirena® ?

INTRODUCTION

La couverture contraceptive française est l'une des plus importantes du monde moderne et pourtant la contraception reste un enjeu de santé publique. En effet, le nombre d'IVG (interruption volontaire de grossesses) /an en France reste stable depuis plusieurs années (203463 en 2015 d'après l'INED (institut national d'étude démographique) (1) et (2)) malgré des méthodes de plus en plus variées et efficaces. D'après le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), le nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste ayant pour motif la contraception/ménopause était de 3,6/femme/an entre 1998 et 1999 (3). D'après l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) , les consultations concernant la contraception représentaient 87,5 actes/an/médecin en 2009 dans la région Pays de la Loire pour une moyenne de 70 patientes (âgées de 18 à 50 ans) par médecin (4).

La pilule contraceptive a été remise en cause de façon très médiatisée en 2013, ce qui a bouleversé certaines pratiques contraceptives avec une baisse d'utilisation de 9 points alors que l'utilisation du DIU (dispositif intra-utérin) a progressé de 1,9 points, y compris chez les nullipares. Le rejet de toute contraception hormonale ne laissant que peu d'alternatives aux médecins qui se sont vus prescrire plus de DIU au cuivre, même chez les femmes jeunes (5).

En 2013, une fiche de conduite pratique pour la prescription de DIU reprenant en particuliers les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) de 2004 a été réalisée (6) et publiée par l'HAS (Haute Autorité de Santé). Celle-ci rappelait que le DIU au cuivre est à prescrire comme méthode contraceptive de première intention, y compris chez les nullipares (7).

Un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée a aussi été publié cette même année et proposait des leviers, reprenant notamment le rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) de 2009, qui proposait de promouvoir les méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action, et d'améliorer le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun (8).

De façon concomitante, l'étude de la démographie médicale en région Pays de la Loire a montré une diminution de 15% des gynécologues médicaux entre 2008 et 2013. Dans le département du Maine et Loire, beaucoup de communes étaient déjà déficitaires en gynécologues médicaux et une tendance à l'aggravation était à prévoir jusqu'en 2018 (9). De ce fait, le relais pour la prise en charge contraceptive devrait être pris par les médecins généralistes ou les sages-femmes, afin d'éviter une différence d'accès aux soins en fonction des régions. En effet, depuis le 21 juillet 2009, « la sage-femme est notamment autorisée à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des DIU », rejoignant ainsi les gynécologues médicaux et les médecins généralistes dans la prise en charge de la contraception (10) (11).

En 2002, une étude sur le DIU en médecine générale montrait la fiabilité des médecins généralistes pour poser et surveiller les DIU, leur capacité à la sélection des patientes ainsi que la qualité de leur prise en charge (12). D'ailleurs, la contraception s'intégrait tout à fait dans le schéma des compétences du médecin généraliste proposé suite à un consensus d'experts nationaux d'enseignants de médecine générale de 2013, ayant défini et décrit les compétences indispensables du médecin généraliste.

La contraception répondait à cinq des six compétences génériques transversales:

- approche globale,
- éducation et prévention,
- suivi,
- approche centrée sur le patient
- professionnalisme (13).

Cette approche généraliste doit donc être un atout pour obtenir l'implication et l'adhésion des femmes à leur contraception, en tenant compte du contexte clinique et personnel (14).

Cependant, l'article de Marie Brosset, médecin généraliste, paru dans « Prescrire » en 2014, a révélé que les principales difficultés rencontrées par les généralistes dans leur pratique de la gynécologie étaient la méconnaissance de leurs compétences par les patientes et le fait qu'elles étaient suivies par d'autres professionnels de santé (15).

D'autres études ont montré que peu de médecins généralistes posaient des DIU/SIU: 40% des médecins de la région Nantaise interrogés en 2004 (16) ; 11,8% des médecins d'Ile-de-France en 2010 (17) ; 2% des poses totales réalisées par les généralistes en Lorraine en 2011 (18), et 35,2% de près de 53,3% des

médecins généralistes Sarthois en 2012 (19)). Le manque de formation est rapporté dans de nombreuses références de littérature comme un frein essentiel à leur pratique. Une meilleure formation pratique permettait une meilleure confiance en soi au moment de l'acte et donc une augmentation des propositions de DIU/SIU faites aux femmes (20) (21).

La réticence des médecins à poser des stérilets pouvait expliquer en partie le fait que ce moyen de contraception ne représente que 22,6% de la couverture contraceptive en France en 2013 (5), malgré les recommandations. Les représentations des femmes sur le DIU et leurs effets secondaires (22) (23) (24) (25) étaient encore très présentes et constituaient également un frein à une plus grande utilisation de ce moyen contraceptif en France.

Dans notre travail, il paraissait donc pertinent d'explorer les représentations des professionnels de santé poseurs de DIU/SIU sur ce moyen contraceptif, la communication de ceux-ci avec leurs patientes ainsi que leur ressenti sur leur pratique gynécologique, afin d'essayer de déterminer les facteurs pouvant influencer l'acceptation du DIU/SIU par les femmes. La prise en charge de la douleur lors de la pose de stérilet semblait également être un point important à évaluer, car une étude de 2014 a conclu sur la nécessité d'orienter de nouvelles recherches à ce sujet, la douleur étant trop souvent sous-estimée lors de l'insertion de DIU (26).

L'objectif principal de notre étude était donc de mettre en évidence les facteurs qui influençaient l'acceptation du stérilet par les patientes afin de mieux les accompagner dans leur choix contraceptif.

Comparer les points de vue des différents professionnels de santé, remarquer une éventuelle évolution des pratiques et faire émerger des différences de pratiques interprofessionnelles, relevaient de nos objectifs secondaires.

RAPPEL HISTORIQUE SUR LE STERILET

L'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) est probablement la plus ancienne méthode contraceptive, qui était déjà décrite dans les textes de la Haute Antiquité. En effet, on rapporte que de petits cailloux étaient placés dans l'utérus des chamelles par les caravaniers (arabes nomades), afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent en plein désert. (27)

Dès le XIème siècle, l'utilisation de pessaires (dispositif intra-vaginal en forme d'anneau) contraceptifs, était décrite par Avicienne, médecin iranienne.

Au XIXème siècle, l'utilisation de pessaires, faits de différents matériaux (ivoire, ébène, étain, argent, or...) et introduits dans le canal cervical, a été condamnée par le corps médical en raison de nombreuses complications infectieuses et hémorragiques. Le but de ces pessaires était contraceptif mais également abortif.

Le stérilet dans sa forme moderne a été inventé en 1909 par le Dr Richter, médecin allemand. Il était constitué d'un anneau en crin de Florence.

Puis en 1928, le Dr Gräfenberg, médecin allemand également, invente l'anneau d'argent : anneau tressé d'un alliage comprenant du zinc, du nickel et du cuivre. Il provoqua l'hostilité des gynécologues allemands de l'époque mais fut également une source d'inspiration pour de nombreux autres : anneaux de Hall-Stone et d'Ota.

Il a fallu attendre 1960 pour la génération des dispositifs inertes, faits en polyéthylène (plastique déformable), ne nécessitant pas de dilatation du col.

De nombreux dispositifs ont été créés, sous différentes géométries, dont les plus utilisés ont été la Boucle de Lippes et la Spirale de Margulies.

Ils avaient une action contraceptive par la réaction inflammatoire endométriale à un corps étranger. Ils ne sont plus commercialisés aujourd'hui.

En 1969 : apparition des premiers DIU au cuivre suite aux travaux des Dr Zipper et Tatum. Modèle T-Cu-200®.

En 1970, aux Etats-Unis, l'affaire Dalkon Shield fit une très mauvaise publicité au stérilet : dispositif en forme de « tortue » avec des fils tressés, qui a été la source d'infections génitales hautes, plusieurs fois mortelles. En conséquence, tous les dispositifs, exceptés ceux au Cuivre, ont été retirés du marché.

En 1974, le Dr Scommegna créa le premier dispositif intra-utérin contenant une capsule de progestérone naturelle, suite à des travaux prouvant son effet utérin : atrophie endométriale permettant une diminution des saignements menstruels et une meilleure prévention de l'implantation. Le Progestasert 38®.

C'est en 1975, qu'eut lieu en Finlande la première communication sur le DIU au lévonorgestrel (hormone progestative de synthèse), appelé dorénavant système intra-utérin (SIU). Il fut mis au point par le Dr Tapani Fuukkainen en 1980, et commercialisé seulement à partir de 1990 sous le nom de Mirena®. Il contient 52 mg de lévonorgestrel et peut être laissé en place dans la cavité utérine pendant 5ans.

Si nous disposions de modèles de différentes formes et tailles pour le DIU au cuivre, ce n'était pas le cas pour le SIU jusqu'en juillet 2013, date de première autorisation de mise sur le marché du Jaydess®. Il s'agit d'un stérilet plus petit et moins dosé que le Mirena®, puisqu'il contient 13,5 mg de lévonorgestrel et peut être laissé en place 3 ans dans la cavité utérine.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude qualitative menée grâce à des entretiens individuels semi-dirigés effectués auprès de professionnels de santé posant des DIU dans le Maine et Loire, et plus particulièrement dans un rayon de 30 kilomètres autour d'Angers.

Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné (purposive sampling : méthode d'échantillonnage non probabiliste, il se produit lorsque les éléments sélectionnés pour l'échantillon sont choisis par le jugement du chercheur) destiné à augmenter la diversité des points de vue. L'échantillon a été réalisé en variation maximale ; il était composé de médecins généralistes, de gynécologues et de sages-femmes, de différents âges et sexes, exerçant en zone urbaine (>15000 habitants), semi-rurale (entre 10000 et 15000 habitants, <15km d'Angers) ou rurale (<10000 habitants, > 15km d'Angers), seul ou en groupe, ayant eu une formation gynécologique ou non. Le recrutement s'est fait par connaissance et bouche à oreille d'une part, et d'autre part, grâce à la liste des maîtres de stage de médecine ambulatoire (PRAT (praticien) ou SAFE (stage ambulatoire femme enfant)) de la faculté de médecine d'Angers.

Le critère d'inclusion principal et unique était l'activité de pose de DIU/SIU en libéral.

Les professionnels de santé ont d'abord été contactés par téléphone et les entretiens ont eu lieu dans le cabinet médical des différents interlocuteurs. Avant chaque entretien, la présentation de l'étude, son but et son déroulement ont été exposés et un consentement écrit a été recueilli (annexe 1). Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone numérique avec l'accord du professionnel interrogé. Ils étaient guidés par une grille d'entretien (annexe 2) qui a été réalisée à partir de thèmes émergents des recommandations et des différentes références bibliographiques citées ci-dessous. Elle explorait dans un premier temps leur expérience vis-à-vis du DIU/SIU, puis leur ressenti sur les facteurs pouvant influencer l'utilisation et l'acceptation du stérilet par les patientes. Pour finir ils étaient interrogés sur l'évolution des pratiques depuis quelques années.

Un entretien test a été réalisé auprès d'un médecin généraliste et a permis d'estimer la durée moyenne d'un entretien, information transmise aux autres professionnels lors du démarchage téléphonique. Le guide d'entretien a été validé sans modification suite à cet entretien préliminaire. Les interviews se sont déroulées de

janvier 2015 à janvier 2016, jusqu'à saturation des données. Elles duraient en moyenne 30 minutes (le plus court a été de 17 minutes et le plus long de 51 minutes) et ont été retranscrites intégralement sur support informatique (Word), constituant le verbatim de l'étude.

Les données ont ensuite été analysées manuellement, de manière inductive en dégagant des thématiques après un double codage.

RÉSULTATS

11 entretiens ont été réalisés en incluant l'entretien test : 7 médecins généralistes, 2 gynécologues et 2 sages-femmes.

1. Caractéristiques de la population :

Tableau I : caractéristiques de la population

Entretiens		Profession	Sexe	Age		Zone d'exercice	Maître de stage
				30-45ans	45-65ans		
1	M1 = entretien test	Médecin Généraliste	F		X	Semi-rurale	PRAT
2	M2	Médecin Généraliste	M		X	Urbaine	PRAT
3	M3	Médecin Généraliste	M	X		Rurale	SAFE
4	M4	Médecin Généraliste	F	X		Urbaine	SAFE
5	M5	Médecin Généraliste	F	X		Semi-rurale	SAFE
6	M6	Médecin Généraliste	F	X		Rurale	SAFE
7	M7	Médecin Généraliste	M		X	Urbaine	Non
8	G1	Gynécologue	F		X	Urbaine	NC
9	G2	Gynécologue	F	X		Urbaine	NC
10	SF1	Sage-Femme	F	X		Semi-rurale	NC
11	SF2	Sage-Femme	F	X		Rurale	NC

Sur les 7 Médecins Généralistes interrogés, 6 étaient actifs dans la formation des internes de médecine générale en tant que maîtres de stage PRAT ou SAFE. Cette caractéristique ne s'appliquant pas aux Gynécologues et Sages-femmes (NC: non concerné).

Tous les praticiens interrogés exerçaient dans un rayon de 30km autour d'Angers. Seulement 3 d'entre eux (M1, M7 et SF1) étaient dans un cabinet seul, tous les autres praticiens ayant une activité de groupe.

2. Expérience des praticiens vis-à-vis du DIU/SIU :

2.1. Ancienneté de la pratique de pose :

Elle était différente selon les praticiens.

Concernant les médecins généralistes et les gynécologues interrogés, certains en posaient « *depuis leur installation* » (M7), par exemple: « *il y a une trentaine d'années* » (M2). D'autres ont acquis cette compétence après leur installation et en posaient depuis moins longtemps « *4 ans à peu près* » (M3)

Les sages-femmes interrogées, installées depuis peu de temps, n'en posaient seulement que depuis 2 ou 3 ans.

2.2. L'apprentissage de la pose

La plupart des praticiens ont été formés lors de leurs études: « *j'ai eu la chance d'apprendre, avant de m'installer, à les poser* » (M2),

- soit par compagnonnage,
- soit en assistant à des consultations de gynécologie.

Pour un des médecins, l'apprentissage s'est fait « *sur le tas* » (M7), de manière autodidacte.

Un autre a appris grâce à son activité « *au centre d'orthogénie et de planification familiale 'Flora Tristan' au CHU d'Angers* » (M5).

Les médecins qui n'étaient pas formés avant leur installation ont ressenti le besoin de le faire par la suite car « *ça manquait* » (M3) :

- grâce à des FMC (Formation Médicale Continue) sur la pose de stérilets,
- soit par compagnonnage également en demandant à des collègues de les laisser assister à des consultations de pose de stérilet.

Concernant les Sages-femmes:

- elles ont toutes les deux effectué une formation avec l'ADCO (Atelier pour le Développement des Connaissances Obstétricales : organisme de formation à l'attention des sages-femmes et personnels de maternité) sur le suivi gynécologique et la contraception.

- l'une d'elles a également complété sa formation grâce à l' Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Celle-ci a soulevé le fait que l'apprentissage de la pose de DIU (dispositif intra-utérin) sur un mannequin n'était pas satisfaisant pour elle: « *ça ne me convainquait pas trop* » (SF1)

Plusieurs praticiens ont exprimé la nécessité de se former régulièrement, afin d'acquérir les nouvelles recommandations ainsi que les évolutions constantes de la pratique de pose.

2.3. Le stérilet est-il un bon moyen de contraception ? : point de vue des professionnels de santé :

A la question: « Pensez-vous que le stérilet soit un bon moyen de contraception? », la totalité des praticiens a pu dire que le stérilet était « *un bon moyen de contraception* », même si deux d'entre eux ont précisé qu'ils « *n'avaient pas à avoir d'avis sur ce moyen contraceptif plus que sur les autres moyens à disposition* » (M3, M6)

Certains ont même ajouté que c'était « *un des moyens que je prescris le plus* ». (SF1)

Le stérilet était un moyen contraceptif intéressant car il offrait:

- différentes tailles et formes, dont certaines étaient plus adaptées aux nullipares : « *ils ont quand même fait aussi un stérilet plus petit qui permet aussi aux nullipares de bénéficier de cette contraception* » (M1)
- le choix entre le stérilet au cuivre (DIU) et celui au lévonorgestrel (SIU), ce qui permettait « *aux femmes ne faisant pas confiance aux hormones* » ainsi qu'à celles présentant « *des contre-indications médicales aux hormones* », de pouvoir bénéficier d'une contraception fiable. (M1-M2-M5-SF1)

Beaucoup ont justifié leurs dires en explicitant les avantages que pouvait présenter le stérilet :

- le plus fréquemment relaté était l'intérêt majeur que représentait le stérilet pour les femmes qui oubliaient, ou avaient peur d'oublier, leur pilule, réduisant ainsi le risque de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse. (M2, M5, M6, SF2)

- celui d'une contraception « *très efficace* », « *pas très chère* » (M3, M4, M5, SF1) et « *peu contraignante pour les patientes au quotidien* » (M3). « *un des moyens les plus fiables [...] pour les multipares qui ne veulent plus d'enfants et qui veulent un moyen efficace longtemps* » (SF1)
- le tabac n'était pas une contre-indication au stérilet contrairement à la pilule oestro-progestative.
- en post-partum qui est une période complexe pour les femmes et plus à risque d'oubli: « *les femmes qui allaitent* » (SF1)
- la simplicité de la pose « *un geste simple à réaliser* » (M4)
- deux des médecins ont également souligné l'effet thérapeutique du SIU dans certaines pathologies, notamment « *dans l'endométriose* » (M4, M5).

Des réserves ont également été émises concernant ce moyen de contraception:

- un des médecins généralistes a également évoqué: « *ses inconvénients en terme de tolérance, de métrorragies, ainsi qu'une éventuelle gêne liée à la pose* ». (M3)
- une des sages-femmes a également cité ces inconvénients: « *entre le Miréna® qui vous fait saigner tout le temps ou le cuivre qui vous donne des règles hémorragiques, des douleurs... c'est pas non plus le moyen le plus parfait du monde* ». (SF1)

2.4. A quelle occasion était-il proposé ?

Les praticiens ont pu décrire plusieurs situations aux cours desquelles ils ont pu proposer le stérilet, et certains ont précisé que c'était « *quelque chose que je propose très facilement* ». (M5)

Tous ont été amenés à le proposer lors de certaines consultations de première demande de contraception:

- au même titre que les autres moyens contraceptifs,
- sans limite d'âge pour la plupart, même si deux d'entre eux ont avoué ne pas le proposer en première intention chez les très jeunes femmes n'ayant jamais eu de contraception (M1, G2)

La plupart des praticiens l'ont également proposé lors d'un renouvellement de contraception, en essayant d'identifier:

- une éventuelle mauvaise observance, notamment des oublis réguliers de pilule;
- une mauvaise tolérance : *« une méthode pas bien tolérée pour une raison ou une autre ». (G1) ; « est-ce que la contraception que vous avez en ce moment vous la supportez, vous l'acceptez bien, y'a pas de soucis ? Si y'a un petit problème, est-ce que vous envisagez de changer ? »(M7).*

C'était parfois les femmes elles-mêmes qui venaient pour demander un changement de contraception: *« lorsqu'il y a eu un échec de contraception » (M2)*

Plusieurs praticiens ont dit le proposer à chaque fois que la contraception est abordée: *« à chaque fois qu'on va se reposer la question de la contraception ». (M3)*

Les sages-femmes ainsi que trois médecins généralistes l'ont proposé lors de visite du post-partum.

D'autres situations concernant plutôt le SIU ont également été citées :

- *« en période de péri-ménopause, le Miréna® est assez intéressant, » (M4)*
- devant certaines pathologies: *« dans l'endométriose également » (M4) ou « pour les femmes qui ont des fibromes, qui saignent beaucoup ». (M5)*

La période de post-IVG a également été évoquée *« à une personne qui a éventuellement fait une IVG parce qu'elle avait oublié sa pilule ». (M1)*

Deux situations ont été spécifiquement décrites par les sages-femmes :

- les séances de préparation à l'accouchement
- les séances de rééducation périnéales, qui représentaient un bon moment pour évoquer la contraception et particulièrement le stérilet.

Tous ont dit prendre en compte les contre-indications éventuelles à la contraception hormonale:

- les pathologies tumorales,
- le tabac,
- la surcharge lipidique,
- « *la phlébite sous pilule* » (M5),
- les troubles de la coagulation...

Ainsi que les contre-indications non absolues au DIU au cuivre comme « *l'anémie ferriprive chronique* » (M3).

Une des gynécologues a souligné le fait de ne pas le proposer « *aux patientes qui vont avoir plusieurs partenaires, bon ça j'évite* » (G2)

Le DIU au cuivre a été facilement proposé aux femmes qui ne souhaitaient pas ou plus de contraception hormonale.

La plupart des praticiens ont précisé que c'était avant tout la demande et le choix de la patiente : « *c'est plus la demande de la personne* » (M7), « *en libre choix* » (G1)

2.5. Comment le stérilet était-il présenté aux patientes ?

2.5.1. Présentation du stérilet :

Tous les praticiens interrogés ont insisté sur l'importance des explications fournies à la patiente, que ce soit à propos du stérilet ou de son mode d'action.

La majorité présentait le stérilet oralement dans un premier temps:

- Certains exposaient les deux types de stérilets, leurs avantages et inconvénients, puis répondaient aux questions qui se posaient: « *je fais mon petit topo habituel et puis je réponds aux questions qui viennent* » (M4)
- D'autres préféraient une approche plus participative, en impliquant les connaissances déjà existantes des femmes : « *est-ce que vous en avez entendu parler? Vous savez ce que c'est ? Vous en avez vu ? À votre avis c'est grand comment ? Vous savez comment ça marche ?* » (M2)

La plupart s'appuyaient également sur des documents institutionnels, qu'ils pouvaient laisser aux patientes afin « *qu'elles puissent les relire* » (G2) si besoin :

- « *j'utilise le dépliant 'choisir ma contraception'* » (M3)
- « *des petites fiches faites par l'INPES* » ou « *des documents qui ont été faits au centre de planification Flora Tristan* » (M5)
- « *j'ai ma petite fiche 'le stérilet en pratique'* » (SF1)
- et même parfois la notice des stérilets: « *je leur fais toujours lire la notice* » (SF1)

D'autres utilisaient des planches anatomiques ou faisaient eux-mêmes des schémas, ce qui leur permettait de préciser :

- l'endroit où était placé le stérilet car « *elles imaginent je ne sais pas quoi mais pas forcément que c'est dans l'utérus mais plutôt dans le vagin* » (G2),
- qu'elles ne le sentiraient pas, que ce serait « *plus un problème de fils éventuellement* » (M4)

Enfin, la majorité d'entre eux se servaient, dans un but pédagogique, de stérilets et de maquettes de démonstration, notamment des utérus en plastique:

- pour dédramatiser un peu la pose. « *souvent elles sont très surprises : c'est un vrai ? Je peux toucher* » (M2)
- pour leur faire manipuler les stérilets : « *je leur fais manipuler pour qu'elles voient la souplesse..., qu'elles se l'approprient un petit peu on va dire* » (M5). Trois des praticiens ont souligné l'importance de cette étape à leurs yeux.

Cependant un des médecins a exprimé le fait que pour lui, la démonstration avec des maquettes n'était pas forcément positive: « *les gens trouvaient ça assez traumatisant, je trouve* » (M7)

2.5.2. Explication de son fonctionnement :

Concernant le mode d'action du stérilet, deux types de discours ont été identifiés:

- Un des médecins généralistes a adopté un discours plutôt imagé et cohérent, en expliquant les différentes étapes aboutissant à la nidation. Il a fait un parallèle avec l'oeuf de poule afin de dédramatiser l'idée de minis avortements tous les mois. *« un oeuf de poule qui est fécondé, si les gens l'ont chez eux sur une étagère, il n'y aura jamais de poussin » (M2)* et en expliquant *« que la présence du stérilet dans l'utérus crée un climat tel que l'oeuf ne peut pas s'implanter » (M2)*
- Les sages-femmes ainsi que trois des médecins généralistes ont opté pour un discours plus scientifique : *« en essayant de m'appuyer sur la physiologie et les choses que cela va induire au niveau local » (M5)*; ou encore *« l'aplasie endométriale provoquée par les petits ions Cuivre ou par la progesterone » (M4)*, peut-être moins parlant pour les femmes.

Il paraissait d'ailleurs important d'adapter son discours aux femmes: un d'entre eux a précisé qu'il avait modifié sa façon de présenter les choses car cela provoquait des craintes chez ses patientes: *« pour le stérilet au cuivre, j'avais tendance à parler de toxicité du cuivre envers les spermatozoïdes et plusieurs patientes m'avaient interpellée en disant 'mais si c'est toxique, alors c'est pas bon que je l'ai dans le corps' ». (M5)*

Trois des médecins continuaient à s'appuyer sur des schémas ou des maquettes pour expliquer le fonctionnement des stérilets. *(M1-M2-M7)*

Une des sages-femmes prévenait les patientes sur l'utilisation déconseillée des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) avec le DIU au cuivre: *« notamment les anti-inflammatoires par rapport au stérilet au cuivre » (SF2)* ce qui constitue un message erroné.

Plusieurs praticiens n'ont pas développé leurs explications sur le mode de fonctionnement.

2.6. Point de vue sur les différents profils de patientes :

2.6.1. Celles qui adhèrent au DIU/SIU :

Il n'y avait pas de limite d'âge ou de parité

- *« des jeunes filles qui commencent leur contraception de cette manière » (M4)*
- *« les primigestes » (M6)*
- *« des multipares qui n'ont plus envie d'avoir d'enfants » (SF1)*

Les praticiens ont fait la distinction entre les femmes:

- qui venaient en demandant un stérilet : *« elles sont très bien informées, celles qui sont motivées elles ont toute l'information avant donc on n'a qu'à recadrer » (G1),*
- et celles qui ont été orientées vers ce choix de contraception : *« les femmes qui n'ont d'autre choix que celui là l'acceptent plus facilement » (M5)*

Les patientes qui acceptaient très facilement le DIU au cuivre étaient celles:

- qui avaient une orientation plus 'bio' et ne voulaient pas d'hormones,
- qui ne voulaient pas d'hormones *« sans trop savoir ce qu'il y a derrière » (G1)*
- qui avaient subi les effets indésirables des pilules: *« des effets sur la libido, des maux de tête, des tensions mammaires... » (M4)*

Les patientes qui avaient pu être rassurées par les explications données au préalable par les praticiens, avaient peu de réticences : *« je leur dis que ce geste est non douloureux et je leur explique en détails pour qu'elles soient rassurées ». (M2)*

Un des médecins a souligné que les femmes qui acceptaient ce moyen de contraception, devaient être à l'aise avec l'examen gynécologique: *« les femmes qui sont à l'aise avec l'examen gynécologique et pour qui ça ne pose pas de problème ». (M2)*

Enfin, les femmes qui souhaitaient une contraception simple, efficace et sans contraintes : *« demander un stérilet pour être tranquille » (M7), « peur de retomber enceinte sous pilule » (SF1)*

2.6.2. Celles qui s'opposent au DIU/SIU : les réticences :

La plupart des praticiens ont cité la peur du corps étranger comme principale réticence des femmes : *« je ne me vois pas avec un corps étranger » (G1)*

Il y avait également les fausses croyances, les fantasmes que les femmes pouvaient avoir vis à vis du stérilet :

- concernant les effets secondaires, surtout pour le SIU: *« le fait de faire grossir, de donner de l'acné, perdre ses cheveux » (M1)*, mais aussi les hémorragies sous DIU au cuivre.
- le fait que la contraception par le DIU intervenait après la fécondation et provoquerait des mini-avortements, pouvait poser un problème, notamment en fonction des convictions religieuses: *« une opposition certaine du fait d'un choix religieux » (M4)*
- *« le risque de grossesse sous stérilet » (M6)*
- *« la crainte que ce ne soit pas efficace » (M1)*
- le fait que le stérilet favorisait les grossesses extra-utérines.
- la douleur était également souvent citée, soit comme fantasme: *« peur d'avoir mal » (M2)*, soit comme cause de refus: *« j'ai déjà essayé et j'ai eu super mal » (SF2)*.
- le fait qu'il y ait toute une symbolique, un imaginaire autour du stérilet:
 - notamment sur sa taille: *« celles qui se font des idées sur la taille, la matière » (SF2)*
 - ou sur le fait que le stérilet pourrait les rendre stériles: *« l'idée que ça rend stérile » (G2)*; *« peur que ça ait un impact sur leur capacité reproductrice » (SF1)*.
 - Qu'il touchait à leur intimité et à la symbolique de leur utérus: *« j'ai pas envie qu'on me touche à cet endroit là' » (M2)*; *« 'oui enfin c'est là où je porte mes bébés quand même' » (SF2)*
- la crainte de le sentir ou que le partenaire puisse le sentir a également souvent été rapportée
- beaucoup de femmes pensaient encore qu'elles ne pouvaient pas avoir de stérilet car elles n'avaient pas encore eu d'enfants: *« j'ai pas eu d'enfants, je n'y ai pas le droit » (M7)*

Toutes ces réticences étaient dues:

- à une méconnaissance, ce n'était *« pas quelque chose de logique ou d'intellectualisé, c'est du ressenti » (G1)* ;
- mais surtout à un colportage par l'entourage, d'histoires sur le stérilet, qui était source de refus de la part des patientes : *« comme la bonne copine qui dit que ça fait super mal, la tata qui est tombée enceinte avec un stérilet, que machine elle l'a rejeté » (SF2, « j'ai entendu dire, ma mère m'a dit, ma copine m'a dit. Ca c'est un facteur qui est encore bien présent » (M7).*

Beaucoup de femmes ne souhaitaient plus de contraception hormonale, que ce soit la contraception orale ou le SIU, (probablement inscrit dans un courant de pensée et un contexte actuel écologique et naturaliste, un peu « baba cool », opposé à l'utilisation des 'hormones') : *« c'est pas naturel » (G2)*. Les médias ont pu jouer un rôle important: *« la femme a été voir sur internet » (M1)*

Enfin, les convictions personnelles *« contre la contraception en général » (M4)* et les histoires de vie: *« elle m'a raconté qu'elle s'était retrouvée avec deux stérilets, mais bon ça fait partie des tableaux de chasse, donc elle n'était pas très prête à utiliser de nouveau le stérilet » (M1)*, pouvaient être un frein à l'acceptation du DIU.

3. La pose de DIU/SIU, un geste simple ?

Il a été demandé aux différents praticiens de nous raconter une situation de pose s'étant parfaitement déroulée ; et en parallèle, une situation leur ayant posé problème.

Ces situations concrètes nous ont permis :

- de mettre en évidence des facteurs influençant, de façon positive ou négative, la pose de DIU/SIU. Ils seront évoqués en détails dans un autre chapitre
- de recueillir le ressenti des professionnels et de leurs patientes (sur des faits rapportés).

3.1. Situations s'étant bien déroulées :

La totalité des praticiens a souligné que dans la majorité des cas, tout se passait bien : *« en général ça se passe plutôt bien » (M6)* et que le geste était simple et rapide à réaliser: *« c'est quand même assez simple » (M7)*

L'âge de la patiente, sa parité et ses antécédents médicaux, ainsi que le type de stérilet inséré, ne paraissaient pas impacter sur la facilité de la pose.

Plusieurs situations ont été décrites par les professionnels:

- demande d'une nouvelle contraception: *« j'avais présenté ce moyen de contraception » (M2)*
- changement de stérilet *« j'en ai retiré un et posé un » (M4)*
- un des médecins a raconté sa première pose de stérilet, pendant laquelle il a appris à réaliser ce geste: *« ça a été ma première pose, j'ai du mettre une demi heure à enlever le truc avec le papier, à analyser... la patiente rigolait [...] c'est comme ça que j'ai appris » (M7)*
- un des médecins a précisé qu'il posait des stérilets: *« chez des patientes à qui je fais le suivi gynéco habituellement, donc qui me connaissent bien » (M6)*, la relation de confiance était importante.
- une des sages-femmes avait instauré une ambiance décontractée: *« on met une petite musique douce » (SF1)*

La majorité des praticiens a dit que si les patientes étaient détendues et d'accord avec le stérilet, cela favorisait le bon déroulement de la pose: « *une patiente tout à fait d'accord, très détendue, avec une pose très simple* »(M5).

Ils ont insisté sur l'importance des explications données en amont, pendant la pose et après, afin que cela se passe au mieux: « *ça a été bien préparé en amont et au moment de la pose* » (M6), « *je lui ai montré ce que je faisais et expliqué à chaque fois [...] ça s'est bien passé parce qu'il y a eu des explications données après* » (M2).

Les critères de bon déroulement d'une pose étaient différents pour certains praticiens :

- la rapidité de la pose a très souvent été citée
- l'absence de douleur: « *elles sont étonnées de n'avoir rien senti* » (SF1)
- le passage du col sans forcer : « *les poses se passent bien quand je passe le col facilement* » (M4)

3.2. Situations s'étant mal déroulées :

14 situations ont été décrites, ce qui signifiait que chacun des professionnels avait au moins une fois été confronté à des difficultés lors de la pose d'un stérilet.

Une situation décrite était la conséquence de la technique de pose : spasme du col dû à l'hystérométrie (M1), (SF2)

Six situations faisaient référence à la réticence de la patiente et/ou à son inquiétude :

- acceptation de ce type de contraception car contre indication à la pilule, mais vaginisme lors de la pose (M2)
- contraction en relation avec « *un vécu douloureux de l'accouchement* », patiente très contractée, ressentant des douleurs dès la pose du spéculum et déclenchant un spasme au retrait du stérilet en place. (M5)
- Spasme du col, trois tentatives avant arrêt (M7)
- Antécédent de césarienne, anxiété, malaise vagal (G2)
- « *Patiente adressée par des collègues* », pas prête (M6)
- « *l'Interne n'a pas réussi, m'a appelé, j'ai pas réussi [...] finalement j'ai retenté et là je l'ai posé* » (M4)

Les deux dernières situations ci-dessus posaient la question de la relation médecin malade et de la confiance nécessaire dans ce type de geste....

Trois situations de malaise sans cause exprimée : « *beau malaise vagal* » (M7), malaises vagues (G1), perte de connaissance (G1)

Une situation de non désir de pose de DIU, s'étant manifestée par des annulations répétées et un questionnement direct de la patiente sur leurs significations. (Pose en conséquence non réalisée, respectueuse du choix non préalablement exprimé de la patiente) (SF1)

Une situation de spasme vraisemblablement due à l'anxiété, bien gérée par la discussion et le temps, ayant permis la pose (SF2)

Deux situations faisaient référence à des contraintes anatomiques :

- « *utérus hyper rétroversé* » dans un contexte de risque de perforation majoré (post-partum et allaitement) (SF1)
- « *atrophie ménopausique* » dans un contexte de péri-ménopause, entraînant une sténose du col (M3)

Un professionnel interrogé a dit : « *comme tout le monde j'ai eu des perforations* » (G2), cependant c'était la seule personne de l'échantillon à l'exprimer...

3.3. Le ressenti des praticiens quant aux événements entourant ce geste :

La majorité des professionnels interrogés se sentait à l'aise dans cette pratique : « *ça ne me pose pas de soucis* » (G1), « *j'aime bien poser des stérilets* » (M4).

Cependant deux des praticiens ont émis des réserves :

- sur le fait qu'il n'y avait pas de protocole clair concernant le déroulement de la pose (pince de Pozzi, hystérométrie...), ce qui lui posait question : « *encore un peu dans le doute* » (M1)
- sur l'importance de la formation : « *j'arrivais pas à me lancer [...] j'ai refait une formation* » (SF2)

La pose de stérilet leur semblait être *« un acte simple et banalisé »*, ne nécessitant pas beaucoup de matériel, peu cher et efficace. Deux des médecins ont tout de même soulevé l'aspect médico-légal de cet acte : *« pas l'impression de prendre un risque médico-légal important » (M3)*

Malgré tout, certains ont dit que ce n'était pas un geste anodin et ont soulevé l'importance de la relation médecin - patient : *« important de connaître la personne avant, comme dans tous soins » (M4)*, *« je préfère m'occuper de mes patientes » (SF1)*

Plusieurs d'entre eux ont exprimé leur sentiment de *« satisfaction personnelle » (M4)* lors d'une pose de stérilet réussie, et à contrario leur sentiment d'échec lorsqu'ils n'y sont pas parvenus : *« quelque chose d'un peu frustrant » (M2)*.

Tous se sont accordés à dire qu'en cas d'échec, ils préféreraient réessayer une prochaine fois, sans culpabiliser la patiente :

- *« il ne faut pas avoir honte de dire qu'on n'y arrive pas » (M2)*
- *« c'est le médecin qui fait mal » (M3)*
- *« c'est votre corps qui n'est pas prêt aujourd'hui » (M4)*

La plupart ont décrit leur rôle comme étant informatif et rassurant quant à la contraception par stérilet : *« si je sens que la patiente n'est pas prête, je ne vais pas forcer [...] on est là pour modifier les représentations » (M4)*.

Deux des professionnels considéraient que leur état psychique pouvait influencer la pose : *« état de stress de la patiente, et le mien aussi » (M1)*, *« c'est le côté psychique qui est important » (SF1)*

Un des médecins a pu dire qu'il avait été parfois gêné dans sa pratique par le fait d'être un homme (M3).

Les réactions de certaines patientes pouvaient parfois être surprenantes pour les praticiens :

- certaines femmes se représentaient le stérilet comme un corps étranger alors que ça ne semblait pas être un problème pour l'implant, et vice versa : *« je trouve assez surprenant [...] il y a des femmes pour qui l'implant en tant que corps étranger ne va poser aucun problème mais le stérilet en tant que corps étranger oui, et inversement » (M5)*
- le stérilet s'inscrivait dans un effet de mode, surtout chez les jeunes filles : *« c'est à la mode » (G1)*. Certaines patientes qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels pouvaient être demandeuses de ce moyen de contraception : *« commencer par ça, ça me semble un peu direct » (G2)*

Un des médecins a pu remarquer, lors de son activité au centre Flora Tristan, que pour un certain nombre des patientes il y avait eu *« des failles dans le discours ou la prise en charge avec leur médecin, pouvant venir du médecin comme de la patiente aussi.. » (M5)*. C'était le seul praticien à évoquer cet éventuel problème de prise en charge, probablement biaisé par le fait que le centre de planification pouvait être fréquenté par une population particulière. Il a également souligné que certaines patientes *« étaient fuyantes par rapport à la contraception [...] et pouvaient se faire délivrer des ordonnances entre deux portes » (M5)*.

Un des médecins pensait que *« les infections sous stérilet étaient la crainte du médecin mais pas de la patiente » (M6)*.

Une des sages-femmes préférait envoyer systématiquement ses patientes pour une échographie de contrôle après la pose de stérilet, probablement une manière de se rassurer et pouvant témoigner d'un manque de confiance en soi : *« je les envoie systématiquement faire une écho dix à quinze jours après, pour vérifier quand même si tout est bien en place » (SF2)*.

Pour finir, un des gynécologues encourageait les médecins généralistes à poser des stérilets : *« c'est très bien. Il ne faut pas hésiter à le faire » (G2)* ; alors que l'une des sages-femmes s'était sentie sous-estimée par un gynécologue concernant la pose : *« 'c'est ma sage-femme qui va me le poser', il avait ricané » (SF1)*.

3.4. Le ressenti des patientes :

3.4.1. Lors de la pose de stérilet :

L'absence de douleur : « *'c'est déjà fait ? [...] en effet je n'ai pas eu mal'* » (M2) ou une douleur de faible intensité : « *quand ça se passe bien, elles n'ont pas trop mal* » (M4) ont très souvent été associées à une pose simple et rapide.

Le ressenti lors de la pose a été décrit, dans la majorité des cas, comme :

- des douleurs de contractions : « *elles peuvent avoir mal, comme des contractions* » (M4),
- des douleurs de règles : « *'ça m'a fait un peu comme des douleurs de règles'* » (M1)
- « *des bouffées de chaleur* » (M5)

Pour quelques patientes, il a fallu les garder allongées de façon un peu plus prolongée, « *pour qu'elles aient le temps de récupérer* » (M5).

Plusieurs praticiens ont dit n'avoir jamais eu de ressenti négatif de la part de leurs patientes : « *j'ai jamais eu de ressenti négatif* » (M7), ou très peu, mais uniquement au sujet de la douleur : « *une fois ou deux peut-être, un ressenti négatif sur la douleur* » (M3).

3.4.2. En post-pose :

Les professionnels de santé interrogés ont tous rapporté que la majorité de leurs patientes étaient plutôt satisfaites de ce moyen de contraception : « *le vécu après est plutôt positif* » (M5)

- Compensation de la douleur ou des difficultés liées à la pose, par le côté pratique : « *des femmes plutôt très satisfaites de ne pas penser à la contraception* » (M4)
- La satisfaction pouvait être variable en fonction du type de stérilet : « *y'en a qui sont plus ou moins satisfaites de certains stérilets, mais c'est plutôt positif* » (SF2).

Plusieurs praticiens ont dit être attentifs à ce que pouvaient ressentir les femmes en post-pose, car malgré les explications préalables et la description des effets indésirables éventuels: « *en les préparant un petit peu à ce que ça arrive, c'est mieux vécu* » (M5), certaines ne s'y attendaient pas : « *d'autres ont même été aux urgences parce qu'elles étaient très inquiètes* » (SF1).

Lors de la visite de contrôle, qui s'effectue généralement au moins un mois après la pose du stérilet, différentes choses ont été observées :

- les patientes avaient rarement un ressenti négatif de la douleur, et étaient plutôt satisfaites.
- les douleurs liées à la pose ont été de courte durée : « *les douleurs de pose, pas vraiment, ou ça dure un jour ou deux* » (G1)
- l'effet secondaire le plus souvent rapporté était les saignements (métrorragies ou spotting) : « *y'a eu parfois des métrorragies [...] ça c'est pénible, c'est assez imprévisible* » (M3). Les vaginoses/mycoses et les pertes vaginales plus importantes, dues au frottement des fils, étaient également citées.
- certaines oubliaient même de venir à cette consultation, ce qui laissait supposer qu'elles ne rencontraient pas de problèmes particuliers : « *y'en a qui oublie de revenir à la visite après, donc on suppose que ça se passe bien* » (G1).
- plusieurs praticiens ont dû recouper les fils devant une gêne du partenaire ou un inconfort dû au frottement des fils.

En ce qui concernait la demande de retrait précoce, les situations étaient variables :

- un des médecins n'avait encore jamais été confronté à cette demande : « *ça ne m'est jamais arrivé encore* » (M1)
- les deux gynécologues avaient déjà dû enlever le stérilet dans les suites immédiates de la pose, devant une mauvaise tolérance : « *il m'est déjà arrivé de retirer un stérilet dans l'heure qui a suivi parce que ça n'allait pas, une mauvaise tolérance anatomique ou autre, je ne sais pas* » (G1)
- pour les autres praticiens, ils avaient eu quelques demandes de retrait anticipé, pour différentes raisons :
 - mauvaise acceptation : « *elles n'ont pas fait le pas d'avoir un corps étranger dans le corps* » (M2),
 - effets indésirables trop importants : « *des spotting qui l'invalidaient* » (M6),
 - influence du partenaire : « *mon mari sent les fils* » (M2)

Un des médecins a soulevé une hypothèse intéressante en disant que peut-être les patientes mécontentes ne revenaient pas le voir : « *j'ai jamais eu de ressenti négatif, ou alors elles ne sont jamais revenues (rires)* » (M7)

4. Les facteurs influençant la facilité ou la difficulté de la pose :

4.1. Le nom « stérilet » :

A la question « que pensez vous du nom 'stérilet' ? », la totalité des professionnels interrogés se sont accordés sur le fait qu'ils trouvaient ce nom inapproprié, et que cela pouvait représenter un frein :

- « *c'est un mauvais nom, dire DIU c'est mieux* » (M2) ; « *pas le meilleur terme* » (M4)
- référence à la 'stérilité' dans l'imaginaire des femmes : « *ça leur fait peur, car stérilet - stérilité...* » (SF2)
- nécessité de dédramatiser un peu le terme en « *expliquant que c'est une contraception réversible* » (M5)

La question de la fertilité était un problème récent pour l'un des praticiens, probablement majoré par les informations erronées disponibles sur internet : « *avant ça posait pas de problème* » (G1)

Cependant, la grande majorité a avoué employer ce terme plutôt que celui de DIU ou SIU :

- par habitude, « *j'ai appris comme ça, [...] c'est ancré dans la pratique* » (G1): « *c'est un nom qui est rentré dans le langage courant* » (M3)
- par « *soucis de compréhension* » (M5) pour les patientes
- pour « *s'adapter au terme employé par la patiente* » (M4) : « *les femmes viennent pour un stérilet, pas pour un DIU* » (G1)
- le fait de pouvoir le prescrire chez les nullipares permettait de donner une « *connotation moins péjorative* » (M7) au stérilet.

Le terme DIU ne leur semblait pas mieux adapté :

- « *ça fait truc mécanique* » (M7)
- « *DIU ça ne leur parle pas non plus* » (SF1)
- « *le DIU est moins parlant que stérilet* » (M3)

Plusieurs ont dit qu'il serait bien de trouver un nouveau nom, sans connotations péjoratives et plus parlant pour les patientes : « *en trouver un autre* » (M7, G2, SF1)

4.2. Les facteurs dépendants de la patiente :

Les différents praticiens ont pu mettre en évidence plusieurs facteurs pouvant influencer la pose du stérilet. Ils sont représentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau II : Les facteurs dépendants de la patiente :

Facilitant la pose	Complicant la pose
Pas d'appréhension <i>« qu'elles n'aient pas d'appréhension » (G2)</i> <i>« qu'elles soient à l'aise dans l'examen » (SF2)</i>	Appréhension de l'examen gynécologique et de la pose en elle-même <i>« appréhender anxieusement » (M3)</i> <i>« l'inquiétude d'un examen gynécologique » (M5)</i> <i>« appréhension générale de la pose » (G1)</i>
Besoin de réassurance <i>« il faut rassurer » (M2)</i> <i>« le fait de dire 'non y'a pas de raison que ça fasse mal', ça peut suffire » (SF1)</i>	Crainte de la douleur <i>« la crainte d'avoir mal » (M3)</i> <i>« profil un peu plus neurotonique, craintif de la douleur » (M5)</i> <i>« la douleur souvent » (G1)</i>
Patientes détendues <i>« que les femmes soient détendues » (G2)</i>	Stress, anxiété et inquiétude (qui peuvent augmenter le risque de spasme du col.) <i>« Le stress donc avec le risque de spasme du col qui pose problème » (M1)</i> <i>« elle était contracturée comme c'est pas possible » (M2)</i> <i>« elles peuvent être un peu tendues ; très anxieuses » (M4)</i> <i>« angoisse importante » (M6) « hyper stressée » (M7)</i>
Respect de la pudeur <i>« garder le haut des vêtements, ne pas être nue sur la table car c'est toujours inconfortable » (SF1)</i> <i>« le respect de la personne, le respect de la pudeur » (SF2) « j'ai ma petite serviette, je les cache » (SF2)</i>	On touche à l'intimité <i>« on est dans l'intimité, dans quelque chose de caché » (M2)</i>
	Vécu personnel <i>« les rapports sont un peu épisodiques » (M5)</i> <i>« le vécu antérieur » (SF1)</i>
	Colportage de fausses idées <i>« la mauvaise expérience de ses amies autour d'elle » (M3)</i>
Relation de confiance avec son médecin ou sa sage-femme <i>« des patientes que l'on connaît » (M1)</i> <i>« une relation de proximité » (M3)</i> <i>« relation de confiance » (M6, SF2)</i> <i>« je les vois toujours avant » (G1)</i> <i>« qu'elles soient en confiance » (G2)</i>	Manque de confiance envers le praticien (n'est pas sa patiente) <i>« le fait que la patiente n'ait pas rencontrée l'interne avant » (M4)</i>

<p>Explication sur la taille de la boîte</p> <p>« je leur explique avec humour que la boîte est grande mais le stérilet est tout petit » (M4) « je montre aussi, parce que la boîte peut être impressionnante » (M6) « la boîte, elle va être comme ça, n'ayez pas peur » (SF2)</p>	<p>Taille des boîtes des stérilets : anxiogène</p> <p>« quand les femmes ont des grosses boîtes [...] c'est quelque chose d'anxiogène » (M5)</p>
	<p>Manque de connaissance de leur corps/anatomie</p> <p>« elles ne connaissent pas bien leur corps » (M4) « au niveau anatomique, c'est des fois un petit peu flou » (M5) « y'en a qui s'imaginent qu'on voit tout l'utérus avec un spéculum » (M2)</p>
	<p>Les antécédents gynécologiques</p> <p>« d'un point de vue purement organique, la nulliparité reste quand même une difficulté à la pose ; que le col soit un peu plus serré » (M5) « qui n'a eu que des césariennes, qui n'a vraiment jamais accouché » (G2)</p>
<p>Adhésion à la pose</p> <p>« l'analyse de la compréhension des gens, de leur représentation, est un préalable indispensable » (M2) « la consultation d'avant qui permet [...] de rassurer » (M3) « elle m'a exprimé son vœu » (M4) « le choix de la patiente avant tout ; patiente vient en étant motivée pour la pose » (M6) « qu'elle soit sûre de son projet » (SF1)</p>	<p>Patiente hésitante, pas convaincue</p> <p>« quand elle est hésitante » (M6) « elle voulait bien un petit dernier, son mari n'était pas trop pour » (SF1) : désir d'enfant</p>
<p>Pince de Pozzi</p> <p>« souvent la pince de pozzi ça facilite les choses mais ça fait mal aussi et ça peut crisper le col » (G2)</p>	<p>Pince de Pozzi : spasme du col</p> <p>« souvent la pince de Pozzi ça facilite les choses mais ça fait mal aussi et ça peut crisper le col » (G2)</p>
<p>Bonnes conditions de réalisation :</p> <p>« une fois une patiente n'a pas voulu que je lui dise au fur et à mesure ce que je faisais, donc j'ai arrêté de parler » (M3) « de venir accompagnée » (M4, M5) « que ce soit une bonne journée » (M4) « de rester un peu allongée » (M4, M5) « j'essaie de les détendre, de leur parler » (G1) « il faut que ce soit cool et tranquille, la musique c'est fait pour ça » (M7) « qu'elles soient bien reçues » (SF2) « de les mettre en confiance » (SF2)</p>	<p>Mauvaises conditions de réalisation:</p> <p>Personnelles : « elle avait eu des soucis, elle s'était fâchée » (SF2) D'installation : « dans un silence absolu » (M7)</p>

<p>Bonne explication au préalable et pendant la pose.</p> <p>« il faut expliquer » (M2) « je demande s'il y a d'autres questions, on s'installe et je commente au fur et à mesure » (M3) « je parle beaucoup » (M4) « j'explique ce que je fais » (M6, M7, G1) « l'explication est importante » (M6) « il faut avoir bien expliqué avant » (M7) « de leur expliquer, d'être claire » (SF2)</p>	<p>Manque d'explication au préalable</p> <p>« des fois ça n'a pas été très bien expliqué [...] elles savent pas ce que c'est, comment ça va se passer » (G2) « encore des questions sans réponses » (SF1)</p>
--	--

4.3. Facteurs dépendants du praticien :

4.3.1. Son genre :

Cette question a divisé un peu les praticiens.

En effet, certains pensaient que le fait d'être un homme pouvait être un frein à la pratique gynécologique, et en particulier à la pose de stérilet : « être un homme, ça gêne parfois » (M3), « beaucoup de femmes n'ont pas envie que ce soit leur médecin généraliste homme qui s'occupe de la gynécologie » (G1).

Alors que d'autres ont clairement exprimé qu'ils ne pensaient pas que le sexe du praticien puisse influencer la pratique gynécologique : « je ne pense pas que le côté sexué influence notre pratique » (M6).

4.3.2. Son histoire personnelle :

Deux des médecins interrogés ont souligné que le vécu personnel des praticiens et ses croyances pouvaient influencer, positivement ou négativement, leurs pratiques :

- Les mauvaises expériences passées pouvaient provoquer un blocage vis-à-vis de la pose de stérilet : « les histoires de chasse dramatiques » (M2) ou « des gestes de pose qui ont pu être vus par exemple dans les centres d'interruption de grossesse, où on les pose juste après une IVG, et donc ça donne une mauvaise image de la pose » (M2)
- « L'histoire familiale » (M2) des professionnels.
- Le fait d'avoir soi-même un stérilet pouvait permettre de savoir ce que l'on peut ressentir au moment de la pose et de pouvoir transmettre ce savoir aux patientes : « le vécu personnel d'avoir ce moyen de contraception » (M4)

- Les convictions religieuses de certains praticiens pourraient être un frein à la pose de stérilet : *« je suis persuadé qu'il y a des médecins qui, par conviction religieuse, ne posent pas de stérilet, ne prescrivent pas de contraception, ne disent pas aux femmes d'utiliser des préservatifs » (M2)*

4.3.3. D'un point de vue technique :

Les conditions d'installation au moment de la pose de stérilet semblaient jouer un rôle important dans le bon déroulement de ce geste.

Une mauvaise installation pouvait entraîner une mauvaise exposition du col : *« j'ai acheté une table gynécologique, parce que sur mon canapé, j'avais beaucoup de mal à exposer le col, donc déjà j'étais foutue » (SF1)*, et par conséquent, cela rendait la pose plus difficile.

Au contraire, il paraissait primordial d'être *« bien installé » (M1)*, afin que ce geste se déroule au mieux.

Le manque de formation pouvait également représenter une difficulté importante lors de la réalisation de ce geste technique : *« le non apprentissage du geste, ou appris de façon trop rapide » (M2)*.

Un des médecins a souligné que c'était *« un geste qui est mal appris à la faculté » (M2)*. Un autre a dit qu'il était important de continuer à se former régulièrement : *« il faut quand même s'entretenir, il y a des évolutions » (M4)*.

La réalisation du geste en lui-même a été discutée par plusieurs professionnels qui se questionnaient :

- sur l'utilisation ou non de la pince de Pozzi, afin d'éviter un spasme du col : *« la pince de Pozzi, ça facilite les choses mais ça fait mal aussi et ça peut crisper le col » (G1)*
- sur le bénéfice de l'hystérométrie : *« les hystéromètres, certains sont hyper rigides, je trouve que c'est avec eux qu'on risque de perforer finalement » (SF1)* , *« parfois j'utilise des hystéromètres de diamètre de plus en plus grand pour dilater le col, un peu comme des bougies » (M2)*

Deux des praticiens utilisaient la technique de « pose en torpille » (M5) ou « pose en floraison » (SF1), ce qui « permet de ne pas entrer l'inserteur dans la cavité utérine et de ne pas avoir à prendre de mesure de la hauteur utérine » (M5). Selon eux, cela permettait de limiter le risque de spasme du col et de perforation en cas de difficulté à franchir l'orifice interne.

4.3.4. D'un point de vue contextuel :

La préparation au préalable, à l'aide d'une consultation dédiée aux explications et à l'assurance d'une bonne compréhension de la part des patientes, était absolument nécessaire pour une pose de stérilet réussie selon les différents professionnels : *« l'analyse de la compréhension des gens et de leurs représentations est un préalable indispensable » (M2).*

Beaucoup d'entre eux ont également dit qu'il était important de créer de bonnes conditions de réalisation, pendant la consultation de pose, afin que cela se déroule au mieux :

- aménager l'horaire de la consultation, soit en prévoyant un créneau plus long, soit *« en plaçant la consultation en fin de planning » (M5)*, afin de *« prendre son temps » (SF1)*, ne pas être pressé. C'est un *« temps dédié » (M4)*.
- le *« respect de la pudeur » (SF2)*
- avoir une attitude rassurante : *« il faut rassurer » (M2)*, et bienveillante : *« je demande à chaque fois si ça va ? » (M7)*
- de détendre les patientes, grâce à des explications ou à une ambiance détendue.
- leur donner la possibilité de rester allongée en fin de consultation, et de venir accompagnée.
- les mettre en confiance, expliquer au fur et à mesure si elles le souhaitent : *« ça doit être un geste accompagné, explicité correctement pour être accepté » (M2).*

L'état d'esprit du praticien, au moment de la pose de stérilet, influençait également son bon déroulement. Ainsi, l'état de stress ou de tension : *« que le soignant soit hyper tendu et hyper crispé » (M7)* pouvait avoir une répercussion négative sur la patiente et la pose en elle-même.

4.3.5. D'un point de vue relationnel :

La majorité des soignants interrogés ont dit qu'il était primordial d'être dans une relation de confiance avec la patiente pour que la pose se déroule bien : *« il faut qu'elle soit en confiance » (G2).*

La plupart préféraient donc poser des stérilets à leurs patientes : *« le fait de connaître la patiente, c'est plutôt facilitant » (M1)* ; et pour les femmes n'étant pas de leur patientèle, il était indispensable de les avoir vues en consultation avant la pose : *« je ne pose pas de stérilet si je n'ai pas vu la patiente avant » (M6).*

4.4. La douleur, un facteur important à prendre en compte :

4.4.1. Le point de vue des professionnels de santé :

A la question : « Pensez-vous que la pose soit douloureuse ? », nous avons recueilli trois ressentis différents :

Certains pensaient que la pose de stérilet n'était pas douloureuse ou ne devrait pas l'être:

- *« ça ne doit pas l'être » (SF2)*
- parfois les patientes ne sentaient rien : *« ah ben c'est déjà fait » (M1)*
- le comportement bienveillant du praticien et les explications lors de la pose permettaient de diminuer de façon significative la douleur liée à ce geste : *« la façon d'accompagner le geste contribue à diminuer la douleur de façon énorme » (M2)*
- *« y'a plus agréable qu'une pose de stérilet, de là à dire que c'est douloureux, je pense que c'est un peu excessif » (M6)*
- *« j'en sais rien, si c'était douloureux on n'en poserait pas » (M7)*
- pas chez les multipares : *« non chez les uni ou multipares » (SF1)*
- *« c'est pas le moment le plus agréable, mais ça ne doit pas faire mal » (M3)*

D'autres pensaient que cela pouvait être douloureux dans certaines conditions :

- absence d'explications et d'accompagnement du geste : *« si elle n'est pas explicitée [...], pas dans la réassurance, ça peut être douloureux » (M2)*
- anxiété et contracture de la patiente : *« si la personne est très contractée, je pense que ça peut être douloureux » (M1)*

Enfin, quelques uns pensaient que c'était un geste douloureux :

- *« je pense que c'est douloureux » (G2), « très douloureux » (M4)*
- pour les nullipares *« oui chez les nullipares » (SF1)*
- lors du passage de l'orifice interne du col : *« c'est le passage du col qui fait mal » (M3)*
- uniquement s'il y avait un problème anatomique : *« c'est soit un problème au niveau de l'utérus » (M2), ou « une mauvaise préparation psychologique » (M2).*

Un des médecins a précisé que la douleur était quelque chose de très subjectif : « *le ressenti de la douleur est très subjectif en fonction de chaque patiente* » (M6).

4.4.2. Les facteurs prédictifs de la douleur :

Les différents praticiens ont pu repérer certains facteurs prédictifs de la douleur lors de la pose de stérilet chez leur patiente :

Les facteurs psychologiques ont souvent été cités:

- l'anxiété et le stress vis-à-vis de la pose (M1, M2, M7, G2, SF1) : « *l'anxiété sous jacente* » (M2)
- le ressenti personnel de la douleur, la crainte d'avoir mal : « *je suis un peu douillette* » (M5)
- les fausses idées communiquées par l'entourage : « *la bonne copine qui nous raconte toujours les trucs bien flippants* » (SF2)

L'histoire personnelle des patientes :

- les « *problèmes de couple* » (G1)
- les dyspareunies : « *quand j'ai une pénétration c'est douloureux* » (M2)
- des pratiques sexuelles compliquées : « *une sexualité un peu particulière ou pas très respectueuse d'elles-mêmes* » (M4)
- des antécédents de violences sexuelles : « *qui ont eu des abus sexuels* » (M1)
- leurs antécédents génitaux :
 - la nulliparité (G2, SF1), le début de leur sexualité (M4)
 - un vécu traumatique de leur accouchement ou du post-partum (M4, M5, SF1, G1)
 - les femmes qui n'ont pas vécu d'accouchement par voie basse : « *qui n'ont eu que des césariennes* » (G2)

Le rapport au corps et l'appréhension de l'examen gynécologique était aussi un bon élément prédictif (M1, M2, M4, M5, G2, SF1) :

- la « *méconnaissance de leur anatomie* » (M5) et « *un rapport au corps particulier* » (M4) pouvaient être la source d'une gêne lors de l'examen gynécologique.

- une mauvaise expérience lors de précédents examens gynécologiques : « *les premiers examens gynécologiques qui se sont pas bien passés* » (G1)
- un vaginisme important : « *le simple fait d'introduire un spéculum est déjà difficile* » (M2)

D'ailleurs, la question d'un examen gynécologique au préalable a divisé les praticiens : certains pensaient que c'était un examen « *indispensable* » (M2), afin d'évaluer le comportement de la femme et « *de lui montrer qu'on est capable de l'examiner sans lui faire mal* » (M2). En parallèle, d'autres ne trouvaient pas cela nécessaire : « *je ne fais pas d'examen gynéco pré - pose* » (M4).

Enfin, l'âge de la patiente a également été cité comme pouvant être un facteur prédictif de la douleur : « *pas de soucis pour les femmes d'âge mûr* » (M4)

4.4.3. La prise en charge de la douleur :

Pour essayer de limiter au mieux la douleur, les praticiens interrogés ont dit utiliser différentes méthodes, comportementales et/ou médicamenteuses. Nous les avons citées dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Les méthodes utilisées pour prévenir la douleur :

COMPORTEMENTALES	MEDICAMENTEUSES
Distraire les patientes : « <i>distraction</i> » (M1), « <i>on parle d'autre chose</i> » (SF1)	Spasfon® (M1, M3, M4, M5, SF1, G2)
Prendre son temps : « <i>c'est un temps dédié</i> » (M3)	Anxiolytiques de type Xanax® ou Valium® (M2, M4, M6, G1)
Instaurer une ambiance décontractée, une petite musique : « <i>la petite musique douce</i> » (SF1), « <i>c'est l'ambiance quoi</i> » (M7)	Antalgiques (M1)
Ne pas insister en cas de douleur : « <i>ne jamais forcer</i> » (M2), « <i>du moment où c'est douloureux, je m'arrête</i> » (SF2).	AINS type Ibuprofène® ou Antadys® (M3, M5, G1)
Réassurance des patientes (M2)	Atropine® (M2)
« <i>Techniques de relaxation</i> » (M5) « <i>hypnose</i> » (M5)	Adrenaline® « <i>en cas de choc</i> » (M2)
Description des gestes en temps réel si les patientes le souhaitent (G1, SF1)	Homéopathie (M5) : <i>Arnica</i> (SF1), <i>Actaea Racemosa</i> (SF1, SF2), <i>Gelsenium</i> (SF1)
« <i>faire tousser</i> » au moment du passage du col (M1)	Cytotec® (misoprostol), dans certaines circonstances (M1, M5, M6, G1, G2)
Utilisation de l'hystéromètre, soit pour « <i>évaluer la spasticité du col</i> » (M4), soit pour « <i>aider à la dilatation du col</i> » (M2)	Aucun : « <i>je ne suis pas pour la médication</i> » (M7)
Non utilisation de la pince de Pozzi (M3)	
Technique de pose : « <i>pose en torpille</i> » (M5)	

L'utilisation du Cytotec®, et des anti-inflammatoires en général, a fait polémique.

En effet, un des médecins interrogé a insisté sur le fait qu'il n'utilisait « *jamais d'anti-inflammatoire pour poser un stérilet* » (M2), pour différentes raisons :

- Il n'y avait « *aucune publication sérieuse* » à ce sujet et qu'il n'y avait « *pas de consensus là-dessus* » (28)
- C'était un médicament utilisé dans les interruptions volontaires de grossesse : « *on utilise le même médicament pour faire un avortement, c'est une très mauvaise idée* »
- Cela « *augmente le risque de perforation utérine* »

Il a également ajouté que : « *c'est un message à ne pas diffuser parce que c'est induire les praticiens qui l'utilisent dans l'erreur et dans le risque de complications. Donc je crois qu'il faut bannir l'utilisation d'anti-inflammatoires* » (M2).

C'est un point de vue qui a été rejoint par un des gynécologues : « *avant, j'utilisais des anti-inflammatoires et puis je me suis dit que le bénéfice/risque n'était pas très bon* » (G2), et un autre médecin : « *j'utilisais des Cytotec® [...], on en a rediscuté au centre de planification où l'on a arrêté cette pratique car il y avait des effets secondaires qui pouvaient être importants pour les femmes* » (M5).

Pour les praticiens (M1, M5, M6, G1, G2) utilisant ou ayant utilisé du Cytotec® :

- certains ont dit savoir que ce n'était pas indiqué pour la pose de stérilet : « *c'est pas fait pour ça normalement* » (M1), « *ça n'a jamais été prouvé que le cytotec® permettait de faciliter la pose* » (G2).
- d'autres ont dit l'utiliser seulement dans certains contextes : « *quand il y a un spasme du col que je n'ai pas réussi à lever* » (M6) , « *des contextes particuliers* » (G1), « *des échecs de pose ou de retrait, jamais en systématique* » (G2).

Les sages-femmes n'avaient pas le droit de le prescrire, mais une d'entre elles a précisé que même si elle le pouvait, elle ne l'utiliserait pas : « *si c'est pour qu'elles expulsent leur stérilet, c'est pas la peine* » (SF1).

4.5. La place du partenaire dans la contraception :

4.5.1. Concernant le choix du stérilet comme moyen de contraception :

Trois des médecins (M1, M4, M7) ont dit n'avoir jamais été confrontés à un refus à cause du partenaire. C'était la femme seule qui décidait de son moyen de contraception : *« j'ai jamais eu de consultation en couple pour la contraception, la femme s'assume » (M7).*

En parallèle, plusieurs ont souligné que la contraception était une histoire de couple (SF2) : *« c'est un échange dans leur couple » (M6), « discussion de couple » (G1).*

D'autres ont clairement exprimé que dans certaines circonstances, le partenaire avait une influence extérieure importante et était la cause du refus de la patiente : *« mon conjoint ne veut pas » (SF1), « ils ont peur que ça les blesse [...] il y a un imaginaire, une symbolique un peu compliquée » (M5) ou « peur de sentir les fils » (SF2).*

Un des praticiens a raconté qu'il avait posé un stérilet à une femme qui le cachait à son mari, dans un contexte *« de relation de couple un peu compliquée » (M7).*

4.5.2. Concernant la demande de retrait précoce du stérilet :

Le rôle du partenaire était plus important d'après les professionnels de santé :

- ceux qui ne *« supporteraient pas que leur femme ait un moyen de contraception » (M2)*
- dans des relations de couple conflictuelles : *« quand il y a des problèmes de couple, souvent le stérilet ça va plus » (G1)*
- lors de changement de partenaire : *« le nouveau, il supportait pas l'idée qu'elle ait un stérilet » (G2)*
- ceux qui influençaient leur femme : *« son mari lui bourrait le crâne, que le Mirena® c'était pas naturel » (G2)*

Le problème des fils a souvent été évoqué : *« je sens les fils » (M2).* Concernant ce point particulier, la plupart du temps, une simple *« recoupe des fils » (M1, M7)* permettait de régler le problème.

5. Evolution des pratiques :

5.1. Une augmentation des prescriptions de DIU/SIU ?

La majorité des praticiens a dit qu'ils avaient en effet constaté une augmentation de leur prescription de stérilet depuis quelques années, et ce pour différentes raisons :

- « *La crise de la pilule de troisième génération* » (M1, M2, M5, G2, SF1) en 2013 a été le motif principalement cité par les différentes professions, avec comme conséquence une « *crainte des hormones* » (M1, M2, M3, M4, M5, G1, G2, SF2) et le souhait pour les femmes de se diriger vers une contraception non hormonale : « *la crainte de la contraception hormonale, où souvent les mêmes ne veulent pas non plus du DIU hormonal* » (M1), « *il y a un certain nombre de femmes, malheureusement, qui en 2013 ont tout arrêté d'un seul coup* » (M5), « *des stérilets au cuivre parce qu'il n'y a pas d'hormones* » (G2, SF2).
- en découlait probablement un retour des femmes vers le 'bio' (M4, M5, G1) : « *un retour à la nature, au bio, écolo* » (M4).
- une forte demande de la part des nullipares, grâce aux changements des recommandations et à « *la modification des représentations sur le stérilet* » (M4) : « *elles en n'ont ras le bol d'utiliser la pilule* » (M1), « *forte demande chez les plus jeunes, qui est parfois déçue* » (G1).
- il y a eu une révision des contre-indications et des limites avec le recul : « *je pense que les gynécos et la société française de gynéco ont fait beaucoup de mal au stérilet, ils se sont beaucoup améliorés. Il y avait beaucoup de contre-indications annoncées à la pose qui ont perduré jusqu'à il y a peu de temps* » (M4).
- aujourd'hui il y avait peu de « *contre-indications et d'effets secondaires* » (M2).
- les médias ont joué un rôle dans la banalisation du stérilet : « *vulgarisation de ce qu'est le stérilet dans la presse féminine ; effet boule de neige chez les patients, avec des forums* » (M4), « *on informe plus sur le stérilet* » (M5).
- diffusion de messages importants comme « *le risque tabac et hormones* » (M2). Ainsi les praticiens semblaient plus attentifs « *aux antécédents et aux contre-indications* » (SF1).
- un des médecins a souligné qu'il avait une augmentation de ses prescriptions car il avait lui même augmenté ses propositions de DIU : « *c'est moi qui induit les choses, et je pense que j'ai une augmentation parce que je pense que c'est un bon moyen de contraception* » (M2).

D'autre part, deux des médecins n'avaient pas constaté d'augmentation des poses de stérilets :

- l'un d'eux estimait qu'il « *le mettait déjà au même titre* » que les autres moyens de contraception et par conséquent n'avait « *pas le sentiment d'en poser plus* » (M6). De plus, la crise de la pilule de 3^{ème} génération n'avait à priori pas eu d'impact sur sa pratique : « *j'en pose pas moins mais pas plus* » (M6)
- l'autre a dit « *en poser moins* » qu'avant, mais pensait tout de même « *qu'il y en avait plus de posés* » (M7). Ce paradoxe s'expliquait par le fait que sa patientèle avait changé, qu'il avait plus de gens 'de passage', et donc moins de demande.

Ce même médecin a soulevé une hypothèse intéressante : « *ça voudrait dire aussi que côté soignant, on a imposé une méthode pendant des années sans en proposer d'autres de la même façon...* » (M7)

5.2. Un intérêt croissant pour la gynécologie ?

A la question : « Pensez vous que l'investissement dans la pratique de la gynécologie est plus important qu'avant? », les praticiens ont exprimé des avis différents :

Pour certains, ils n'avaient pas remarqué un intérêt plus important qu'avant pour la gynécologie. En effet, « *ceux qui s'y intéressaient ben continuent à s'y intéresser* » (M1) et « *il y a toujours des médecins qui ne veulent pas s'en occuper et ne le feront jamais* » (M4)

Une différence d'intérêt, entre les hommes et les femmes, qui paraissaient plus investies, a été évoquée à plusieurs reprises : « *les médecins femmes, je pense qu'elles s'y intéressent de plus en plus* » (M1), « *je pense qu'il y a plus de femmes qui font de la gynéco* » (G2).

Pour plusieurs praticiens, la féminisation de la profession pouvait être un facteur facilitant concernant la pratique de la gynécologie et la pose de stérilet : « *il y a beaucoup plus de jeunes femmes qui font de la gynécologie [...], beaucoup de femmes n'ont pas envie que ce soit leur médecin généraliste homme qui s'occupe de la gynécologie* » (G1)

Alors que pour d'autres, le sexe du praticien n'avait pas d'importance, c'était plus une question d'engagement personnel : « il y a autant d'hommes que de femmes qui font de la gynécologie d'ailleurs. C'est une question de personne et de réflexion personnelle » (SF1).

De même, il semblait que les jeunes médecins et internes étaient plus investis dans la pratique de la gynécologie : « les internes s'intéressent à la gynécologie » (M1), « on est trois jeunes médecins et c'est quelque chose d'important pour nous » (M3). De plus, les internes bénéficiaient d'un « enseignement gynécopédia » et étaient censés avoir « acquis certaines techniques et gestes » (M4) en fin de DES (Diplôme d'Enseignement Supérieur).

Cependant, un des médecins s'est dit très étonné de l'âge des médecins participant à des formations pratiques sur l'apprentissage du geste de pose : « Ce ne sont pas des sortants de fac. Donc ils ont jamais osé, jamais voulu... ? » (M7), ce qui témoignerait plutôt d'un intérêt nouveau pour la gynécologie de la part des médecins plus anciens.

La pratique de la gynécologie par les médecins de campagne n'était pas très développée et représentait un frein à la proposition de stérilet : « à 20km d'Angers, il y a peu de médecins qui en posaient » (M3).

Pour d'autres, l'intérêt pour la gynécologie, et en particuliers pour la pose de stérilet, était grandissant :

- pour faire face à la demande des patientes
- pour que ce soit plus confortable : « c'est plus simple de lui proposer de le poser en même temps qu'on lui propose cette contraception » (M3).
- pour éviter d'orienter vers un confrère, de peur de perdre des patientes ? (M7)

5.3. Evolutions autour du stérilet :

5.3.1. Une évolution des recommandations et des pratiques :

Il y a eu une évolution des indications et une réévaluation des contre-indications (M1, M4, M5, G1), ce qui facilitait la proposition du stérilet par les professionnels de santé, notamment chez les nullipares.

Ceci a permis une évolution des pratiques : *« au début, c'était pas une contraception de premier recours, alors que maintenant c'est quelque chose que je propose au même niveau que les autres contraceptions »* (M7)

Un des médecins a dit qu'elle *« serait plus attentive aux recommandations HAS »* (M1)

Un des gynécologues a émis un doute sur l'engouement qu'il y a pu avoir autour du stérilet et sa pérennité : *« Est-ce que ça va perdurer ou pas, est ce que c'est un phénomène de mode, c'est pas sûr. Peut-être que dans dix ans on reviendra à des choses plus classiques. »* (G1)

Il existait encore parfois des failles dans la prise en charge des patientes par leur médecin généraliste au sujet de la contraception : *« des failles dans le discours ou la prise en charge avec leur médecin »* (M5).

Il apparaissait qu'une des indications du stérilet ne semblait pas être inscrite dans les habitudes de prescription des différents professionnels puisque seul un médecin l'a évoquée : *« ce qu'on investit peut être pas suffisamment mais peut être moi la première, c'est le stérilet comme contraception d'urgence. [...] C'est peut être une chose qu'il faudrait modifier dans la présentation, dans le discours... ça pourrait être intéressant. »* (M5)

Les sages-femmes ont obtenu les compétences nécessaires pour faire des consultations autour de la contraception, prescrire et poser des stérilets, au même titre que les gynécologues et les médecins.

5.3.2. L'évolution des représentations des patientes :

Dorénavant, possibilité de se faire poser un stérilet malgré le fait de n'avoir jamais eu d'enfant, ou d'avoir un projet futur de grossesse : *« même si on a d'autres projets d'enfants derrière, on peut l'utiliser » (SF1)*

Banalisation du stérilet (M4) : diminution des craintes autour de ce moyen de contraception, avec une *« plus forte demande des très jeunes filles. » (G1)*

5.3.3. L'évolution de la société :

De la patientèle, avec des femmes qui souhaitent être actrices de leur contraception : *« les femmes, elles ont envie de prendre en main leur contraception » (SF1)*

Le droit des patients : *« les médecins avaient tendance à prescrire ce qu'ils avaient l'habitude, sans vraiment tenir compte du désir de la patiente » (SF1)*, alors que maintenant, ils avaient plutôt tendance à respecter le choix des patientes : *« rendre aux patientes le droit de choisir, de refuser les soins aussi. » (SF1)*

La liberté de prescription : les laboratoires avaient beaucoup moins d'influence qu'avant, ce qui rendait les médecins peut être plus objectifs : *« sont plus neutres et objectifs sur leur façon de penser. » (SF1)*

La sexualité : malgré des efforts importants, notamment des médias, pour communiquer autour de la sexualité et de la contraception, une des sages-femmes trouvait que cela restait *« insuffisant »* et que c'était *« encore quelque chose de tabou » (SF2)*.

5.4. Les sages-femmes : de nouveaux acteurs dans la pose de stérilet :

5.4.1. Ressenti des médecins sur la pratique des sages-femmes :

A la question : « Que pensez-vous du fait que les sages-femmes puissent poser des stérilets ? », certains des médecins généralistes ne se sont pas prononcés.

Cette interrogation a un peu divisé les différents praticiens, généralistes ou gynécologues :

Certains avaient un avis plutôt favorable :

- pas d'impact sur leur pratique : *« j'ai pas l'impression que les sages-femmes impactent sur mon activité » (M1).*
- cela désacralisait la pose : *« y'a pas que le docteur qui sait » (M7)*

D'autres étaient plus mitigés :

- cela ne posait pas de problème si les sages-femmes faisaient *« le suivi derrière la pose »*. Par contre, cela devenait problématique si elles adressaient les patientes aux médecins en cas *« d'échec, de douleur ou d'infection »*. (M6)
- un des médecins pensait que les sages-femmes venaient un peu empiéter sur le champ d'activité des médecins : *« de la même manière que les sages-femmes posent des stérilets, nous on est venu un peu sur le territoire d'intervention des gynécos » (M4).* Cela ne le *« dérangeait pas sur le fond »*, cependant il a émis quelques réserves :
 - il y avait possiblement plus de croyances du côté des sages-femmes : *« lobbying absolu du stérilet au cuivre » (M4)*
 - peut être un manque de formation : *« je sais pas comment elles se sont formées.. » (M4)*
- un des gynécologues a dit que cela *« dépendait des sages-femmes » (G2)* : *« elles connaissent aussi bien l'anatomie que nous » (G2)* mais certaines semblaient manquer de confiance en elles, et cela était problématique quand elles adressaient les patientes pour des échographies de contrôle systématiques par exemple.

Enfin, le second gynécologue était plutôt défavorable car il trouvait *« qu'elles ne sont pas formées pour la pose et pour la contraception » (G1).* Il a malgré tout ajouté une nuance : *« à moins que les nouvelles formations de sage-femme changent »*. (G1)

5.4.2. Le ressenti des sages-femmes à propos de leurs nouvelles compétences :

Elles ont vu leurs compétences et leurs pratiques évoluer depuis quelques années, pour aboutir au droit de prescrire les différentes contraceptions, hormonales ou non, et de poser les stérilets : *« avant, on avait le droit de faire de la contraception hormonale, mais on pouvait pas mettre le cuivre, [...] pas le prescrire nous même » (SF1).*

Cependant, l'une d'elle se sentait encore limitée dans sa pratique : *« on nous donne des compétences et des fois on est coincé dans la réalisation. » (SF1).* Et elle pensait que ces limites entraînaient un désintéressement de la gynécologie de la part des sages-femmes : *« il y a encore beaucoup de sages-femmes qui ne s'intéressent pas à la gynécologie » (SF1)*

Le simple fait d'être sage-femme semblait être un avantage dans leur relation avec les patientes et un facteur facilitant pour obtenir leur adhésion au stérilet : *« le fait qu'on soit sage-femme [...] y'a une influence forcément » (SF2)*

Elles s'étaient déjà senties sous estimées par des médecins : *« il avait ricané » (SF1).*

L'une d'elle prescrivait une échographie de contrôle systématique après la pose pour vérifier *« que tout était bien en place » (SF2).*

6. Incitations à en proposer davantage ?

La majorité des professionnels interrogés pensait qu'ils proposaient déjà le stérilet de façon systématique lorsque la contraception était abordée (M2, M4, M5, M6, G1, G2) : « j'ai pas l'impression d'avoir un frein à la pose » (G1), « j'en propose déjà beaucoup » (M6).

Cependant, l'un d'entre eux a admis qu'il ne souhaitait pas proposer le stérilet « en première intention chez les jeunes femmes qui n'ont pas eu de contraception » (G2), car il trouvait que le fait qu'elles n'aient jamais eu d'examen gynécologique pouvait rendre la pose plus difficile : « elles sont pas forcément à l'aise, elles n'ont jamais eu d'examen gynéco » (G2).

Pour certains, ils proposeraient davantage de stérilets uniquement si la « demande des patientes » devenait plus importante (M3, M7, SF2), car « on ne doit pas influencer les gens » (SF2).

Plusieurs praticiens ont dit qu'il ne fallait pas que cela devienne une « méthode imposée » (M7) car « la pose contrainte n'est pas forcément une bonne chose » (M5). Par conséquent, ils avaient peut être un discours « pas assez contraignant » (M5), notamment lorsque le moyen de contraception actuel convenait bien à la patiente.

Enfin, quelques uns ont dit que certaines améliorations pouvaient être apportées et les inciteraient peut être à proposer davantage de stérilets :

- l'amélioration de certains aspects techniques : « diminuer la taille de certains inserteurs » (M1) ; « je regrette qu'il n'y ait pas les accessoires de pose fournis avec les stérilets » (SF2)
- le Jaydess® n'a pas l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en première intention chez les nullipares, alors qu'il est de plus petite taille et moins dosé : « ça c'est con quand même » (SF1).
- la revalorisation de l'acte (M1, M4, SF1) : « c'est pas rémunérateur » (SF1).
- une reconnaissance plus importante des compétences des médecins généralistes, de la part de la Sécurité Sociale et du domaine de la santé en général : « il y a plein de choses qu'on fait et qui ne sont pas reconnues » (M4).

DISCUSSION

1. Validité et limites de l'étude :

1.1. Aspects méthodologiques :

L'abord qualitatif de cette étude était un atout pour obtenir des réponses ouvertes et variées. Par contre, nous étions dans l'impossibilité de vérifier que les personnes font réellement ce qu'elles disent faire en entretien.

L'échantillon de 11 praticiens était diversifié mais de petite taille. Il n'était pas uniforme dans sa répartition interprofessionnelle (7MG, 2G et 2SF) puisque nous voulions privilégier le point de vue des médecins généralistes, mais aussi avoir le ressenti des autres acteurs de la pose de DIU/SIU, à savoir les gynécologues et les sages-femmes.

La parité n'a pas été respectée puisque nous avons interrogé 8 femmes et seulement 3 hommes, ce qui correspond à la féminisation de la population médicale (29) et l'attrait plus important des femmes médecins pour la gynécologie en général.

Notre critère d'inclusion concernait l'activité de pose de DIU/SIU en libéral. Par conséquent, nous n'avons pas pu interrogé de gynécologue Homme et l'activité des gynécologues interviewés était uniquement urbaine et située à Angers.

A contrario, nous avons privilégié l'interrogatoire de sages-femmes exerçant en zone semi-rurale ou rurale, dans des villes où il n'y avait pas de gynécologues médicaux.

Nos résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à la population générale.

La principale qualité de cette étude était due à la sélection des participants en variation maximale (âge, sexe, spécialité, lieu et mode d'exercice, activité universitaire), ou purposive sampling. Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat. Nous avons donc obtenu une population motivée et diversifiée, ayant une bonne connaissance du sujet, ce qui peut tout de même représenter un biais de sélection.

Nous avons également un biais d'investigation par le manque d'expérience de l'investigatrice pour mener des entretiens semi-dirigés. Lors du recueil de données, elle a pu interroger l'enquêté d'une manière qui pouvait influencer son discours. Elle était médecin généraliste, ce qui a pu favoriser le dialogue et la confiance pour certains, et provoquer des réticences à se confier de peur d'être jugé pour d'autres.

Le terme « stérilet » a été largement employé lors de la rédaction de cette étude, mais malgré sa connotation péjorative sur un lien imaginé avec la stérilité, il s'agissait d'un terme générique facilement utilisable pour regrouper les termes de DIU et SIU.

1.2. Justification de l'étude :

Comme nous l'avons vu précédemment, la contraception restait un problème de santé publique puisque malgré une couverture contraceptive très importante, « le recours à l'IVG était moindre mais le plus souvent répété » (2), ce qui posait la question de l'efficacité et de la bonne utilisation des moyens contraceptifs disponibles. Dans son rapport de 2009, l'IGAS proposait déjà de promouvoir les méthodes LARC (Long Acting Reversible Contraception) afin d'améliorer le choix de la contraception adaptée de façon optimale à chacun. (8)

Malgré ces recommandations, en 2013, seuls 5% des femmes de 20 à 24 ans, et 16% des femmes de 25 à 29 ans avaient un DIU (30), celui-ci représentant seulement 22,6% de la couverture contraceptive en France (5).

Comment expliquer un si faible pourcentage d'utilisation de ce moyen contraceptif, pourtant reconnu comme l'un des plus efficaces (6) ? Les femmes sont-elles bien informées sur le stérilet ?

Les raisons de ce faible recours au stérilet et de ce manque d'information pouvait être expliqué par les représentations qu'avaient les femmes (22) et les professionnels de santé concernant cette méthode : en 2010, 54% des femmes interrogées considéraient qu'elle n'était pas indiquée si elles n'avaient pas eu d'enfant, idée également présente chez 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes (5).

Une thèse de sociologie de 2007 (31) confirmait que des inégalités importantes en termes de connaissances et d'information persistaient, notamment en fonction de la situation socio-économique des

femmes. Elle a souligné également que les idées reçues étaient très présentes sur les effets secondaires, sur la douleur, sur le risque d'infection et de complication, et sur la crainte de stérilité.

En parallèle, beaucoup d'études ont été menées pour trouver quels étaient les freins à la pratique gynécologique des médecins généralistes (15) (8). Dans plusieurs travaux de Thèse, il ressortait que peu de médecins généralistes posaient des DIU/SIU (18) (16) (17) (19). Beaucoup exprimaient des réticences à réaliser ce geste en ambulatoire, en particulier chez les nullipares (32). Le plus souvent ces réticences étaient dues à un manque de formation.

Quel rôle le professionnel de santé peut jouer auprès des patientes dans le choix de leur contraception ? Quels aménagements pratiques et relationnels pourraient être mis en place pour améliorer la proposition du DIU/SIU faite aux femmes, ainsi que leur adhésion à ce moyen contraceptif ?

2. Les principaux résultats :

2.1. L'expérience des praticiens semblait être un facteur favorisant la proposition du stérilet et sa pose :

La thèse de GUYOMAR et GUILLOTEAU sur « ce que pensent les gynécologues et les médecins généralistes de Sarthe et de Maine et Loire sur la pose de DIU chez les nullipares », montrait que la pratique s'améliorait avec l'expérience (32).

Les médecins interrogés posaient des DIU/SIU depuis plusieurs années, l'expérience des sages-femmes de l'étude était moindre. Ils pensaient que c'était un bon moyen de contraception, efficace et non onéreux, peu contraignant pour les patientes et avec peu de contre-indications. Les recommandations HAS (7) semblaient être bien comprises et appliquées.

La majorité se sentait à l'aise dans cette pratique, même si la réalisation du geste pouvait parfois être source de stress pour certains. Ils s'accordaient à dire que c'était un geste simple et rapide à effectuer, malgré l'existence d'un risque médico-légal. Ils considéraient qu'il était important de pouvoir répondre à la demande des patientes et aux attentes de la société. Ainsi cette technique s'inscrivait parfaitement dans leur domaine de compétences (13).

Contrairement à un travail de thèse effectué en 2012, interrogeant des gynécologues et des médecins généralistes de Sarthe et Maine et Loire (32), dans notre étude, le stérilet était proposé au même titre que les autres contraceptifs, y compris chez les nullipares.

Les praticiens semblaient avoir très peu de réticences, et leur expérience démontrait que la plupart des poses de stérilet se passaient bien. Les difficultés rencontrées lors du geste de pose relevaient le plus souvent de facteurs psychologiques (anxiété, crainte de la douleur, hésitation, malaise vagal, réticences) et de contraintes anatomiques (spasme du col, utérus rétroversé, atrophie ménopausique), liés à la patiente. Ces difficultés sont retrouvées dans un travail de thèse effectué en 2015 en Lorraine (33).

Un seul gynécologue avait été confronté à une perforation utérine. Les infections sous stérilet et les expulsions n'ont pas été évoquées, ce qui confirmait la faible incidence de ces complications retrouvée dans la littérature (34). Elles ne semblaient pas être une source d'inquiétude pour les praticiens interrogés.

Une étude australienne avait d'ailleurs conclu que la pose de stérilet était parfaitement réalisable en soins primaires (35).

2.2. Les représentations et fausses croyances des femmes étaient encore bien présentes et souvent source de refus :

La plupart du temps, le refus du stérilet était dû aux fausses croyances et aux représentations des patientes, encore bien ancrées malgré une communication plus importante autour du DIU/SIU ces dernières années.

Les principales réticences, décrites dans notre étude, étaient également retrouvées dans la thèse de sociologie de Yaëlle Amsellem-Mainguy en 2007 (31) :

- DIU/SIU perçu en tant que corps étranger, intrusif. On touche à l'intimité.
- Effets secondaires réels ou supposés dissuasifs.
- Effet abortif incompatible avec certaines convictions religieuses ou culturelles. Une étude américaine de 1980 (36) concluait déjà que certaines croyances et pratiques culturelles étaient incompatibles avec l'utilisation du DIU.
- Manque d'efficacité et risque de grossesse intra ou extra utérine surestimés.
- La peur de la stérilité, favorisée par le nom « STERILET », symbolique autour du stérilet et de la maternité. « contraception réservée aux mères ».
- Indication chez la nullipare peu connue
- Crainte de la douleur, de le sentir
- Mauvaises connaissances de leur anatomie

Les histoires colportées par l'entourage et un manque de connaissances des femmes en sont majoritairement la source. A ce propos, une thèse de médecine générale de 2014 sur la connaissance des femmes en âge de procréer sur le DIU (22) montrait qu'il existait un réel manque d'information, en particulier

chez les femmes suivies par le médecin généraliste. En 2013, l'étude « regards croisés des femmes et des médecins sur le DIU en France » retrouvait que l'utilisation du DIU était variable en fonction de l'âge et de la parité (37) : elle était réduite significativement chez les femmes qui craignaient le risque d'infertilité et chez les jeunes femmes sans enfant, montrant l'influence des représentations.

Il paraît donc primordial que les professionnels de santé, en tant « qu'experts », soient capables de mieux informer leurs patientes profanes concernant ce moyen de contraception, afin de limiter les réticences.

2.3. L'information délivrée aux patientes paraissait donc primordiale :

Dans notre étude, tous les praticiens ont insisté sur l'importance de délivrer une information complète et adaptée, sur le stérilet et son mode de fonctionnement, lors d'une consultation dédiée à la contraception, avant l'acte de pose.

Leur rôle était d'aider les femmes à choisir la contraception la plus adaptée à leur mode de vie (14). Ainsi le stérilet était proposé lors de multiples situations :

- Première prescription de contraception
- Renouvellement de contraception, avec recherche d'une mauvaise observance ou d'une mauvaise tolérance
- Demande de la patiente pour un changement de moyen contraceptif
- En périnatal
- A visée thérapeutique, notamment dans les douleurs récurrentes liées à l'endométriose, où le SIU est une réelle alternative à la chirurgie (38).
- En post-IVG

Cette pratique rejoignait les résultats de la mini revue sur l'évolution des pratiques contraceptives en France en 2009 (39), qui préconisaient de porter une attention particulière à la question de l'adaptation des choix contraceptifs au contexte de vie des femmes, et à l'accompagnement de celles-ci dans la gestion de leur contraception au quotidien.

Ils dispensaient une information claire et leur discours semblait être adapté pour obtenir une bonne compréhension des patientes.

Interroger les femmes sur leurs connaissances était un bon moyen de rechercher les représentations et fausses croyances qu'elles pouvaient avoir sur le stérilet, afin de les déconstruire. Il leur paraissait également important de bien exposer les avantages et les inconvénients, de répondre à toutes les questions qui se présentaient, dans le but de limiter les craintes des patientes. Beaucoup s'appuyaient sur des moyens techniques, comme des maquettes, schémas ou des stérilets de démonstration, afin de dédramatiser la pose et faire manipuler les patientes.

Cette attitude était plutôt positive pour améliorer l'adhésion des femmes au stérilet, comme le confirment les résultats d'une étude américaine publiée en 2010 (40). En effet, celle-ci montrait qu'une brève intervention éducative de trois minutes réalisée par des professionnels de santé (sur les risques, avantages, coût, effets secondaires, et avec une démonstration du processus d'insertion et de retrait), améliorait de manière significative l'attitude des jeunes femmes sexuellement actives envers le DIU de 14,7% (21/143) avant contre 53,8% (77/143) après.

Une autre étude américaine réalisée en 2016 (41) a démontré que les jeunes femmes étaient influencées positivement par les conseils contraceptifs de leur praticien. Elles attendaient de la consultation que les avantages et inconvénients liés au stérilet soient abordés, que le praticien réponde à leurs questions et préoccupations, et qu'il fasse une démonstration à l'aide du dispositif réel.

2.4. Le choix et la satisfaction des patientes étaient à privilégier :

Dans notre étude, les praticiens ont fait la différence entre les patientes qui étaient demandeuses du stérilet, et celles qui n'avaient pas le choix au regard de leurs contre-indications aux autres méthodes contraceptives. Leur adhésion n'était pas la même et cela pouvait parfois entraîner des difficultés lors de la pose.

Les différents professionnels de santé s'appliquaient à sélectionner (de façon subjective) les patientes qu'ils pensaient favorables à ce moyen de contraception et capables de supporter la pose :

- De tout âge, y compris les nullipares
- Qui avaient subi les effets indésirables des pilules
- Qui ne souhaitaient plus de contraception hormonale
- Qui étaient à l'aise avec leur corps et l'examen gynécologique
- Qui souhaitaient une contraception efficace sur le long terme, réversible et peu contraignante.
- Dont les connaissances sur le stérilet étaient correctes.

Mais ils s'accordaient tous à dire que ce devait d'abord être un choix de la patiente. Contrairement à ce que l'on pouvait penser, le partenaire était très peu impliqué dans le choix contraceptif.

Une étude pakistanaise de 2013 a montré un lien significatif entre le taux d'abandon du DIU à 10 mois et le degré de satisfaction des patientes vis-à-vis de ce moyen de contraception, la survenue d'effets secondaires et l'histoire contraceptive avant le DIU (42). Une étude américaine de 2016 a associé significativement une durée d'utilisation plus longue du Mirena® chez les patientes qui avaient initié la demande de stérilet (43).

Il apparaissait donc important que le choix de cette méthode contraceptive émane d'une décision réfléchie de la patiente et ne soit pas une méthode imposée. Les professionnels de santé, quelle que soit leur spécialité, devaient connaître les préférences contraceptives de leurs patientes et leur proposer la méthode la plus adaptée, en vue d'obtenir leur satisfaction et de limiter le risque d'abandon précoce. L'état des connaissances de l'INPES de 2013 (14) incitait les praticiens à explorer le niveau d'implication des patientes, celui-ci étant directement lié au degré de satisfaction.

Dans notre étude, le degré de satisfaction des patientes était apprécié lors de la visite de contrôle, environ 6 semaines après la pose. Il reposait sur l'absence de douleurs et d'effets indésirables, comme les saignements ou les vaginoses. Le partenaire avait une influence plus importante sur les demandes de retrait précoce que lors du choix de la méthode contraceptive. Dans l'ensemble, les patientes étaient plutôt très satisfaites à court terme par l'aspect pratique, et les praticiens étaient peu confrontés aux demandes de retrait précoce.

L'équipe COCON a montré que près de 11% des utilisatrices de stérilet (DIU ou SIU), toujours concernées par la contraception, arrêtaient leur méthode au cours de la première année d'utilisation. Cependant, c'était le plus faible taux d'abandon par rapport aux autres méthodes contraceptives (44).

Une étude américaine de 2015 sur l'expérience d'adolescentes porteuses de DIU (45), reliait le taux d'abandon du DIU, à la survenue et la durée des effets indésirables (saignements et douleurs) en post-insertion. Ce résultat confirmait l'importance de délivrer une information claire et précise lors de la consultation avant pose.

2.5. Les praticiens devaient avoir une attitude bienveillante et adapter leur comportement en fonction des patientes :

Selon la littérature (46) (33) (18) (35), les réticences à insérer les DIU concernaient plutôt le geste de pose, avec une peur des difficultés d'insertion et des complications que cela pouvait engendrer (perforations, syncopes, infections). Cependant, dans notre travail, le « savoir être » paraissait tout aussi important que le « savoir-faire », voire plus, pour favoriser l'acceptation et la pose de stérilet. Nous n'avons pas trouvé de références bibliographiques à ce sujet.

La plupart des facteurs rapportés par les professionnels de santé et influençant le bon déroulement de la pose étaient psychologiques, relationnels et comportementaux :

- Il était important d'être dans de bonnes dispositions, que ce soit du côté du praticien que de celui de la patiente.
- Les conditions d'installation devaient être privilégiées pour favoriser la décontraction de la patiente et limiter son anxiété : matériel adapté, musique, relaxation, discussion. Limite le risque de spasme du col.

- Le praticien devait adopter un discours rassurant et une attitude bienveillante, en veillant au respect de la pudeur.
- Il devait s'assurer de la bonne compréhension de la patiente et de la certitude de son choix avant la pose.
- La relation de confiance praticien – patiente était une condition nécessaire
- L'absence de douleur était associée à la facilité de passage du col
- Il était nécessaire de prendre en compte le vécu personnel de la patiente et ses antécédents génitaux.

Cette approche comportementaliste permettait de diminuer les difficultés liées aux patientes lors de la pose.

Les aspects techniques ont été peu évoqués et se limitaient à l'utilisation ou non de la pince de Pozzi et de l'hystérométrie.

Les praticiens ressentaient un sentiment de satisfaction lors d'une pose réussie. Au contraire, lors d'un échec, ils s'accordaient à dire qu'il ne fallait pas s'obstiner, malgré la frustration que cela pouvait provoquer, et ne pas faire culpabiliser la patiente.

2.6. La prise en charge de la douleur, un facteur incontournable :

Dans une étude américaine de 2014, la douleur semblait trop souvent sous-estimée lors de l'insertion du DIU (26). Pourtant, il existe de nombreuses études dans la littérature, la plupart étant américaines, concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose (47), (28), (48), (49), (50), mais celles-ci sont peu détaillées :

- L'anesthésie locale du col à la lidocaïne® provoque plus de douleur et pas d'avantage (significatif)
- Le cytotec® n'a pas d'indication dans la pose ou le retrait du stérilet
- Le tramadol® est plus efficace que le naproxène®
- Les professionnels de santé ont de plus en plus besoin de discuter de la prise en charge de la douleur avec les patientes choisissant un stérilet.

Les médias, l'entourage des patientes véhiculent l'idée que la pose de stérilet est très douloureuse, ce qui accentue la crainte de la patiente d'avoir mal. Le ressenti de la douleur est très subjectif et propre à chacun.

Le ressenti négatif rapporté par les patientes lors de la pose du stérilet, concernait exclusivement la douleur (celle-ci étant également une des principales réticences des femmes). Il paraît donc nécessaire d'essayer de la prendre en charge de façon optimale.

Dans notre étude, les praticiens avaient développé différentes stratégies :

- Les méthodes comportementales étaient importantes, et tentaient de limiter l'anxiété des patientes et le risque de spasme du col :
 - Distraire les patientes, musique, relaxation, hypnose
 - Prendre son temps, description des gestes en temps réel
 - Rassurer
 - « Faire tousser » pour faciliter le passage du col
 - Technique de pose « en floraison »
 - Ne pas utiliser de pince de Pozzi, hystérométrie
- Les méthodes médicamenteuses utilisées étaient variées et pas toujours adaptées :
 - Antispasmodiques, antalgiques, homéopathie contre la douleur, plutôt conseillés dans le rapport de l'HAS (7)
 - Utilisation d'anxiolytiques pour réduire le stress et l'anxiété des patientes, afin de limiter les contractures
 - Utilisation d'AINS, peu recommandée (50)
 - Utilisation du Cytotec® dans certaines circonstances, non recommandée. En effet, une étude du CNGOF de 2013 a conclu qu'il n'y avait aucun bénéfice à utiliser du misoprostol pour la pose ou le retrait du DIU (28). Il n'apportait aucune diminution de la douleur et favoriserait la survenue d'effets secondaires indésirables (49). Cette utilisation a malheureusement été colportée par de nombreux généralistes auprès de jeunes médecins.

Une étude de cohorte prospective sur 49 femmes a été réalisée aux Etats-Unis en 2014 et a permis de déterminer des facteurs prédictifs de la douleur (51), dont la majorité a pu être mise en évidence par les praticiens de notre étude :

- L'âge et la parité (plus douloureux chez les nullipares)
- La douleur attendue
- L'anxiété de base
- La difficulté d'insertion
- Les antécédents gynéco-obstétricaux et l'absence d'accouchement vaginal

Seul le calendrier d'insertion n'a pas été évoqué.

Nous avons retrouvé d'autres facteurs comme :

- L'appréhension de l'examen gynécologique,
- Le rapport au corps
- Les mauvaises expériences passées
- Les fausses croyances

2.7. Persistance de freins à la pose de DIU côté praticien :

En 2013, l'état des lieux des pratiques contraceptives réalisé par l'HAS exposait les freins liés aux professionnels de santé (8).

Dans notre étude, la plupart d'entre eux ont été cités par les praticiens mais n'étaient pas rédhibitoires ou ne les concernaient pas personnellement, puisque tous les interrogés avaient une activité de pose de stérilet :

- Le genre masculin pouvait être un obstacle pour certaines patientes. Au contraire, le fait d'être une femme était plutôt un facteur facilitant, peut-être dû à une implication plus importante. Ce constat était retrouvé dans les thèses de HUMEAU -AUBIN (16) et DIAS (17).
- Leurs représentations socio-culturelles, directement liées à leur histoire personnelle, mauvaises expériences passées ou encore leurs convictions religieuses.
- Le stress que pouvait engendrer la réalisation de ce geste technique.
- Le manque de formation a été très largement cité. Cette donnée est retrouvée à de multiples reprises dans la littérature (15) (16) (17) (18).

- Le manque de recommandations claires et précises concernant le protocole de pose (hystérométrie ? utilisation d'une pince de Pozzi ?) et les stratégies à mettre en œuvre lorsque l'on est confronté à des difficultés d'insertion. La thèse de CLOCHEY y faisait également référence (33).
- La méconnaissance des patientes sur les compétences de leur médecin généraliste, citée comme une des principales difficultés rencontrées dans leur pratique gynécologique dans l'article de Marie Brosset, généraliste (15).
- La nécessité d'avoir un équipement adapté (table d'examen gynécologique, spéculum...)

2.8. Une réelle augmentation des demandes de stérilet :

Des études antérieures à 2013 montraient qu'il y avait une faible demande des patientes pour le stérilet, et par conséquent une offre moindre de la part des médecins :

- L'article intitulé « les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes » paru dans « Exercer » en 2013 (46), disait que la pratique moindre des médecins était liée à une faible demande de la part des patientes.
- Le travail de thèse de DE VERBIZIER (18) retrouvait également que la demande des patientes était insuffisante pour motiver l'activité de pose de stérilet.

La plupart des professionnels de santé de notre étude avaient pourtant remarqué une augmentation récente (depuis 2013) des demandes de stérilet par les patientes. Ce résultat rejoignait ceux de l'équipe Fécond, parus dans un article de 2014, sur l'impact de la crise médiatique de la pilule sur la pratique et les représentations de la contraception (5). Ce constat montrait une évolution du modèle contraceptif français qui s'orientait vers une diversification des pratiques contraceptives.

La principale cause de cette augmentation, selon les interrogés, était la crise médiatique dont a fait l'objet la pilule de 3ème génération en 2013. Argument également retrouvé dans l'article intitulé « la crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? » (5).

Les médias ont pu jouer un rôle déterminant dans la banalisation du stérilet, en le promulguant à l'avant de la scène alors qu'il avait une image plutôt péjorative jusqu'alors. Une des gynécologues avait parlé « d'effet de mode » et doutait de la pérennité de cet engouement.

De plus, les recommandations HAS récentes sur le DIU/SIU étaient moins strictes qu'auparavant (7) et encourageaient sa proposition en première intention :

- Possibilité de le prescrire chez la nullipare depuis 2004, favorisée par l'existence de stérilets de petite taille : les « short » pour les DIU, et le Jaydess® pour les SIU.
- Réévaluation du risque infectieux à la baisse. Il était seulement préconisé de dépister les infections sexuellement transmissibles chez les femmes à risques.
- Le pourcentage de complications était faible
- Les contre-indications étaient moindres

Un des médecins généralistes avait soulevé cette hypothèse intéressante: « peut être qu'il y a eu pendant des années, un monopole de la pilule prescrite par les médecins, sans que le stérilet soit proposé au même titre », supposant donc que les professionnels imposaient cette méthode contraceptive à leurs patientes.

C'est ce que dénonçait également une thèse de sociologie de 2007 (31) où les femmes interrogées décrivaient :

- Qu' « une seule et unique méthode leur a été conseillée, en raison de leur jeune âge et de leur activité sexuelle supposée »
- Que « parmi celles ayant fait une demande de changement auprès d'un professionnel, plusieurs se sont retrouvées 'face à un mur' s'opposant à toutes les autres méthodes ».

La société actuelle et les nouvelles recommandations encouragent les professionnels de santé à privilégier le choix de la patiente et à rechercher son implication (14), sentiment partagé par la majorité des praticiens de notre étude. Il serait bon de croire que les pratiques ont évolué en même temps que les recommandations.

2.9. Quelques différences de pratiques interprofessionnelles et interindividuelles :

Concernant les différences de pratiques interprofessionnelles :

- Nous avons pu voir que les sages-femmes n'étaient pas concernées par la prescription et l'utilisation du Cytotec® pour favoriser la pose de stérilet. Ce résultat était expliqué par leurs convictions personnelles mais également par le fait qu'elles n'avaient pas le droit de le prescrire (10).
- Plusieurs médecins ne voyaient pas d'inconvénients à ce que les sages-femmes posent des stérilets, à condition qu'elles puissent assurer le suivi postérieur et qu'elles ne leur adressent pas les patientes en cas de complications.
- Les complications consécutives à l'acte de pose n'ont été que très peu évoquées et semblaient concerner plutôt les gynécologues. Seule l'une d'entre elles a dit avoir été confrontée à quelques cas de perforations utérines. Ce résultat pouvait s'expliquer par le fait que les femmes porteuses de DIU/SIU étaient préférentiellement suivies par les gynécologues (52) (3). Par conséquent ceux-ci en posaient plus que les médecins généralistes ou les sages-femmes et étaient proportionnellement plus susceptibles d'être confrontés aux complications (33).

Concernant les différences de pratiques interindividuelles :

- L'une des sages-femmes semblait véhiculer un message erroné à ses patientes concernant la contre-indication de l'utilisation des AINS lorsqu'on est porteuse d'un DIU au cuivre. C'était également la même qui prescrivait une échographie de contrôle systématique après la pose, ce qui n'était pas recommandé jusqu'à maintenant (7) et pouvait rebuter les gynécologues. Ces « erreurs » de prise en charge pouvaient s'expliquer par un manque d'expérience et de confiance en soi. L'autre sage-femme n'était pas concernée.

- L'utilisation du Cytotec® était variable en fonction des médecins. Tous savaient qu'il n'était pas recommandé (28) lors de la pose de stérilet, mais certains avouaient l'utiliser dans des circonstances particulières : échec de pose ou de retrait, spasme du col. Au contraire, un des médecins avait précisé qu'il ne fallait pas diffuser ce message aux jeunes praticiens parce que c'était les induire en erreur et les exposer au risque de complications. Cette polémique autour du Cytotec® pourrait s'estomper puisqu'il devrait cesser d'être commercialisé courant 2018 (53).

Cependant, dans notre étude, tous les professionnels de santé interrogés paraissaient compétents pour la pose de stérilet. Ils avaient des connaissances solides, savaient sélectionner leurs patientes éligibles au DIU/SIU, et semblaient adopter une attitude adaptée aux attentes des femmes avant et pendant la pose.

3. Quelles sont les améliorations à apporter pour favoriser la proposition et la pose de stérilet ?

3.1. Le médecin généraliste comme principal interlocuteur des femmes pour la contraception :

Nous assistons depuis plusieurs années à une raréfaction des gynécologues médicaux (9), créant une différence d'accès aux soins en fonction du lieu d'habitation. Ce phénomène, associé à la demande croissante des femmes pour le DIU/SIU, a propulsé le médecin généraliste en tant qu'acteur majeur de la contraception.

Une étude prospective de 2002 sur 300 poses de DIU en médecine générale concluait déjà sur la fiabilité des médecins généralistes pour poser et surveiller les stérilets, convaincant quant à la sélection et à la qualité de prise en charge des patientes (12).

En effet, la contraception s'inscrivait parfaitement dans leur domaine de compétences, selon une approche globale : démarche décisionnelle centrée sur la patiente, selon un modèle global de la santé et quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale (13).

Le médecin généraliste avait un rôle privilégié puisqu'il connaissait ses patientes depuis longtemps, avait leur confiance et pouvait continuer à les suivre après la pose de stérilet. La connaissance des antécédents et le dépistage des éventuelles contre-indications, étaient décrits comme des étapes essentielles avant la prescription d'un stérilet par les différents professionnels de santé de notre étude.

De même, la relation de confiance médecin-patient a très souvent été citée comme un facteur facilitant ; relation plus facilement acquise par le médecin généraliste qui suivait sa patiente depuis plusieurs années. D'ailleurs, plusieurs praticiens n'aimaient pas poser les stérilets chez les patientes qui leur avaient été adressées par des confrères et qu'ils ne connaissaient pas.

Une thèse sur la gynécologie médicale et la médecine générale (16) précisait que les femmes choisissaient leur médecin en fonction de plusieurs critères :

- Leur compétence présumée.
- La confiance qu'elles lui accordaient.
- Le fait d'être un médecin femme. La féminisation de la profession médicale (29) pourrait donc être un atout dans ce domaine pour l'avenir.
- La proximité et la disponibilité des médecins.

Cependant, une étude sur la contraception menée par le CNGOF en 2000 montrait que seulement un tiers des femmes faisait faire son suivi contraceptif par les médecins généralistes (3). L'enquête Fécond de 2010 retrouvait que seuls 29% des médecins généralistes pensaient être préparés à la pose de DIU contre 98% des gynécologues (52). Beaucoup pensaient encore que les gynécologues étaient plus compétents dans ce domaine (18), frein également décrit par l'HAS en 2013 (8). Dans la littérature, les médecins généralistes faisant de la gynécologie semblaient être plus investis dans la prévention et le dépistage des maladies cancéreuses (19) (46) (17) .

Depuis 2009, les sages-femmes sont apparues comme de nouveaux acteurs de la pose de stérilet et de la contraception en général (11). Nous avons peu de recul dans cette étude quant à leur pratique mais leur nouvelle compétence semblait être bien accueillie par les patientes.

Comment pouvons-nous expliquer que les médecins généralistes soient si peu impliqués dans la contraception ?

3.2. L'amélioration de la formation paraissait être un enjeu essentiel :

Dans notre étude, les praticiens avaient acquis leur compétence de poseurs de stérilet de différentes manières. Leur formation initiale avait été rarement suffisante, notamment concernant la formation pratique ; et ils ressentaient le besoin de se former continuellement pour rester performants, notamment grâce aux FMC et au DPC (Développement Personnel Continu).

Ces données sont confirmées dans la littérature :

- L'équipe Fécond en 2010 concluait que la formation des médecins était un enjeu essentiel pour l'amélioration de la prise en charge contraceptive en France (52).
- L'un des leviers proposé par l'HAS en 2013 consistait à développer et adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé, de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique (8). Ceci dans le but de promouvoir les méthodes LARC.
- De nombreux travaux de thèses de médecine générale concluaient que la formation initiale et la formation continue des médecins étaient insuffisantes et représentaient un frein à la pratique (18) (16) (17) (54) (15).
- Dans son étude quantitative, Luchowski a interprété 1221 questionnaires envoyés à des médecins et a conclu qu'augmenter la formation de ceux-ci permettrait d'augmenter l'offre de LARC (21).

Des pistes d'amélioration de la formation gynécologique ont été évoquées dans d'autres travaux :

- Une étude américaine de 2014 montrait que la formation des étudiants en médecine par simulation de la pose de DIU sur des mannequins, permettait d'améliorer la confiance de ceux-ci dans les procédures. De plus, cela leur avait procuré une satisfaction dans leur besoins d'apprentissage (55).
- Une autre étude américaine de 2012 trouvait que la pose de DIU pouvait être un facteur d'anxiété et de stress chez les jeunes praticiens peu expérimentés. Les simulations de pose sur des patients factices s'étaient montrées bénéfiques et pourraient permettre d'augmenter les propositions de DIU (20).

- La thèse de médecine générale de JULES-CLEMENT, sur la formation gynécologique au cours du DES de médecine générale, proposait d'améliorer l'accès à la formation gynécologique en permettant à tous les étudiants de réaliser un stage dans cette discipline au cours de leur internat. Cette mesure devait être favorisée par l'arrêté du 10 août 2010 en vue de développer les stages ambulatoires de gynécologie (56), mais reste difficile à mettre en pratique devant un nombre d'étudiants croissant.
- L'article sur « les déterminants de la pratique gynécologique en médecine générale » paru dans la revue « Exercer » en 2013 proposait également de parfaire la formation initiale gynécologique en augmentant la participation des jeunes médecins aux consultations hospitalières ou ambulatoires. Cela permettrait de faciliter l'implication des médecins généralistes dans la gynécologie (46).
- Dans sa thèse, LAMIRAULT trouvait que la formation postuniversitaire favorisait 4 fois plus la pratique de pose que la formation initiale seule. Ainsi, il fallait favoriser l'expérience en situation réelle (consultations) et sur des mannequins gynécologiques, afin d'augmenter l'offre contraceptive faite aux femmes (54).

Dans notre étude, la simulation de la pose sur des mannequins ne semblait pas satisfaisante et avait motivé les praticiens à compléter leur formation. L'apprentissage du geste de pose, par compagnonnage ou grâce à la participation à des consultations de gynécologie, était quant à lui, jugé satisfaisant.

L'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes permettrait donc de favoriser leur implication et d'augmenter la proposition de DIU, afin de répondre à la demande des patientes.

L'aspect technique a largement été abordé dans les différentes références bibliographiques, cependant il ne faudrait pas négliger le « savoir-être ». Nous avons vu dans notre travail que l'attitude du médecin était déterminante pour obtenir l'adhésion de la patiente et le bon déroulement d'une pose. Il y aurait donc un intérêt à enseigner aux jeunes médecins comment acquérir ce « savoir-être » au cours de leur formation.

3.3. Améliorer les connaissances des femmes :

La méconnaissance des femmes vis-à-vis de plusieurs sujets ressortait de notre étude :

- Sur le stérilet en lui-même, avec la persistance de représentations et de fausses croyances.
- Sur leur anatomie
- Sur les compétences des médecins généralistes.

Dans sa thèse sur « les connaissances des femmes en âge de procréer sur les DIU » (22), BUREAU montrait que les femmes suivies par les médecins généralistes savaient moins bien répondre aux questions que celles suivies par les gynécologues. Il existait donc probablement un manque d'information de la part des généralistes. Leurs autres sources de connaissances avaient été identifiées comme étant : les médias, leur entourage, la pharmacie et le milieu scolaire.

Dans l'article de Marie BROSSET (15) ainsi que dans la thèse de Mélanie BARRE-MARAIS JEAN (57), le manque de connaissances des femmes sur les compétences en gynécologie de leur médecin généraliste était décrit comme un frein essentiel. Les médecins généralistes demandaient à être reconnus dans ce domaine, ce qui se confirmait dans notre étude.

Une étude récente intitulée « Get it and forget it » (58) a été réalisée en Espagne et en Angleterre en 2015, sur les connaissances de 315 femmes avant et après la diffusion d'une vidéo éducative sur le stérilet. Elle a montré des améliorations significatives en termes de connaissances et d'intention d'utiliser un DIU/SIU.

Face à ces résultats, et grâce au monopole d'internet depuis quelques années, nous pourrions imaginer qu'une vidéo éducative serait bénéfique pour améliorer les connaissances des femmes. Elle pourrait contenir des informations :

- Sur les compétences du médecin généraliste à poser un stérilet
- Sur l'aspect théorique avec les avantages et les inconvénients de ce moyen contraceptif
- Sur des rappels anatomiques
- Sur une démonstration virtuelle de la pose,

Elle pourrait être disponible en ligne lorsque les femmes font des recherches sur le stérilet et diffusée lors de campagnes de prévention faites en milieu scolaire. Aujourd'hui, nous pouvons déjà visionner de petites vidéos destinées aux patientes sur le site « ChoisirSaContraception.com ».

De plus, les médecins généralistes devraient mieux communiquer sur leurs compétences en gynécologie auprès de leurs patientes, et ce rôle pourrait être promu par les différents acteurs de la santé (CPAM, mutuelles, pharmaciens ...).

L'importance d'une consultation dédiée au suivi gynécologique était confirmée.

3.4. Encourager la prescription du DIU comme contraception d'urgence

L'une des indications du DIU est son utilisation en tant que contraception d'urgence. Il doit être posé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel à risque de grossesse non désirée selon l'HAS (59).

Les autres méthodes de contraception d'urgence disponibles sont le levonorgestrel (à prendre per os dans les 3 jours) et l'Ulipristal acétate (à prendre per os dans les 5 jours). Elles sont disponibles sans prescription médicale, ce qui représente un avantage pour les patientes. Par contre, le DIU au cuivre nécessite 2 consultations médicales : celle de prescription et celle de pose, ce qui peut représenter un frein à l'accessibilité de cette méthode d'urgence. Par contre, il permet aux femmes de bénéficier d'une contraception efficace et non contraignante par la suite.

Selon l'OMS, le DIU au cuivre serait la méthode de contraception d'urgence la plus efficace et permettrait de prévenir 99% des grossesses non désirées (60). Cette efficacité était également démontrée dans une étude prospective américaine de 2014 (61) : le groupe de 215 femmes ayant eu une pose de DIU avait un taux de grossesse à 1 an de 6,5% contre 12,2% pour le groupe de 327 femmes ayant pris du levonorgestrel oral. Une plus grande utilisation de la contraception d'urgence par DIU pourrait réduire le taux des grossesses non désirées chez les femmes à haut risque.

Dans notre étude, cette utilisation a été très peu évoquée par les praticiens, puisque un seul médecin y a fait référence. Son activité parallèle, au Centre d'Orthogénie de Flora Tristan du CHU d'Angers, a pu influencer positivement sa pratique à ce sujet. Il serait important que les médecins prennent possession de cette indication et puissent la proposer à leurs patientes comme alternative à la pilule de contraception d'urgence. Ceci pourrait permettre de mieux contrôler le nombre d'IVG en France.

3.5. Les aspects technico-économiques :

D'un point de vue technique, certains professionnels de santé déploraient l'absence de matériel de pose fourni avec les stérilets, l'absence d'hystéromètre dans les boîtes du Mirena® et du Jaydess®, et le manque de qualité des kits de pose déjà existants. Ceci posait la question de leur investissement financier dans un matériel adapté à la pose de stérilet : usage unique ? Stérilisation ?

Les laboratoires devraient travailler à ce sujet en offrant la possibilité d'avoir des accessoires de pose de qualité, fournis avec le stérilet.

D'un point de vue économique, quelques praticiens pensaient qu'une revalorisation de l'acte pourrait permettre d'augmenter l'intérêt de leurs confrères pour la pose de stérilet.

La cotation du frottis cervico-vaginal a été revue à la hausse depuis le 1^{er} juillet 2017 : G + JKHD001 = 37,46 euros.

Une nouvelle cotation est apparue au 1^{er} novembre 2017 pour les consultations de première demande de contraception chez les jeunes filles entre 15 et 17 ans, la portant à CCP = 46 euros, et répondant positivement à une demande de l'IGAS (62) de reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive.

Par contre, l'acte de pose de stérilet n'a pas été réévalué et reste coté : JKLD001 = 38,40 euros.

L'aspect économique et social de la contraception, avec une différence d'accès aux soins et une couverture contraceptive moins efficace dans les classes sociales les plus précaires (5), n'a pas été évoqué par nos interlocuteurs.

CONCLUSION

Le « paradoxe contraceptif français » montre une différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique de la contraception, qui se traduit par un nombre d'IVG stable depuis plusieurs années malgré une couverture contraceptive importante en France.

Le stérilet restait peu utilisé malgré le fait qu'il soit reconnu comme l'un des moyens contraceptifs les plus efficaces : indice de Pearl allant de 0,6% (en cas d'utilisation correcte) à 0,8% (en emploi courant).

Nous avons pu mettre en évidence dans notre travail de nombreux facteurs pouvant influencer positivement ou négativement l'adhésion des patientes au DIU/SIU.

Les facteurs liés aux patientes étaient intimement liés à ceux des praticiens.

Ceux-ci devaient donc :

- Dispenser une information de qualité aux patientes en amont et pendant la pose de stérilet,
- Prendre en compte les représentations et fausses croyances,
- Adopter une approche comportementaliste
- Et rechercher avant tout l'implication de la patiente, synonyme de satisfaction et de bonne utilisation du stérilet.

La prise en charge de la douleur était primordiale pour faciliter l'adhésion des patientes.

La prescription de DIU/SIU devait survenir en réponse à une demande réfléchie de la patiente et ne devait pas devenir une méthode imposée par les professionnels. L'indication du DIU comme contraception d'urgence était peu exploitée et à promouvoir.

La relation de confiance était recherchée du côté des praticiens comme de celui des patientes.

Il n'a pas été mis en évidence de différences de pratiques interprofessionnelles majeures. Elles étaient plutôt interindividuelles. Les praticiens possédaient de bonnes connaissances et une bonne pratique du geste de pose.

Le médecin généraliste pourrait et devrait devenir l'interlocuteur principal des femmes pour la contraception, qui s'inscrit dans une optique de prise en charge globale des patientes. Cependant, il semblait que les médecins généralistes soient peu impliqués dans le suivi contraceptif des femmes. Les freins à la pratique de pose de stérilet étaient les mêmes que ceux retrouvés dans la littérature.

Nous avons proposé plusieurs pistes d'amélioration à effectuer pour augmenter l'implication et la motivation des médecins généralistes dans ce domaine, ce qui favoriserait la proposition de stérilets. L'amélioration de la formation des praticiens et celle des connaissances des femmes en sont les deux principales. Le rôle des médias pourrait être déterminant.

Nous avons assisté à un bouleversement du modèle contraceptif faisant suite à la crise médiatique de la pilule en 2013. Ainsi, les femmes ont désaffectionné les hormones et il y a eu une demande croissante pour le stérilet, en particulier pour le DIU.

Un nouveau débat autour du Mirena® est apparu récemment et a été largement relayé par les médias et la presse féminine (63), ce qui a conduit l'ANSM à faire un nouveau rapport d'expertise concernant les effets indésirables liés au SIU (64). Ce débat risque de faire du tort à l'image du stérilet, qui semblait pourtant avoir redoré son blason auprès des praticiens et des patientes.

En conséquence, doit-on s'attendre à un nouveau bouleversement des pratiques contraceptives ?

BIBLIOGRAPHIE

1. INED- Institut National d'Etudes Démographiques. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
2. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais le plus souvent répété. Popul Société. janv 2015;(518):4.
3. CNGOF. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. 2000 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
4. Observatoire de la Médecine Générale. Données en consultation pour : CONTRACEPTION [Internet]. 2009 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
5. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, équipe Fécond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? Popul Société. mai 2014;(511):4.
6. ANAES A. La contraception en 2004 [Internet]. 2004 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://www.esculape.com/gynecologie/contraception_anaes_2004.html
7. Haute autorité de Santé-HAS. Contraception chez l'homme et la femme. Prescription d'un DIU. [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
8. Haute autorité de Santé-HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
9. Le Breton-Lerouvillois, G, Rault J-F. La démographie médicale en région Pays de la Loire. Situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf
10. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Le droit de prescription [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
11. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2012 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
12. Marret H, Golfier F, Vollerin F, LeGoaziou M-F, Raudrant D. Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. /data/revues/03682315/00310005/465/. sept 2002;31(5):465 - 70.
13. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définition et description des compétences en médecine générale [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf>

14. INPES- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception? Etat des connaissances. [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
15. Brosset M. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale. [Internet]. 2014 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_BROSSETmarie.pdf
16. Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale: état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2004.
17. Dias S, Aubin-Auger I, Université Paris Diderot - Paris 7, Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]; 2010 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.worldcat.org/search?q=no%3A708368584>
18. De Verbizier A. Dispositif intra-utérin en médecine générale en Lorraine. Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. 2011 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_VERBIZIER_ALICE_DE.pdf
19. Niogret Buisson D. Pratiques de dépistage du diabète gestationnel par les médecins généralistes Sarthois: état des lieux et freins au dépistage en 2012. [Thèse d'exercice]. 2014 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20version%201.pdf>
20. Khadivzadeh T, Erfanian F. The Effects of Simulated Patients and Simulated Gynecologic Models on Student Anxiety in Providing IUD Services. *Simul Healthc*. oct 2012;7(5):282–287.
21. Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician–Gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. *Contraception*. 1 juin 2014;89(6):578–83.
22. Bureau F. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les dispositifs intra-utérins en sarthe et en Maine et Loire en 2012 [Thèse d'exercice]. 2014 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20031555/2014MCEM1743/fichier/1743F.pdf>
23. Quélin M. Evaluation des connaissances en contraception de femmes en parcours d'interruption volontaire de grossesse [Mémoire de sage femme]. 2014 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080622/2014MDNSF1758/fichier/1758F.pdf>
24. Stubbe F. Parcours contraceptif de femmes dans l'année qui suit une IVG [Internet]. Thèse d'exercice; 2017. Disponible sur: Thèse papier-BU d'Angers
25. Monestiez C, Adeline-Duflot F. Parcours contraceptif des femmes, facteurs influençant leur choix, et attentes vis-à-vis des professionnels de santé dans ce domaine: approche qualitative [Thèse d'exercice]. Université Paris-Est Créteil; 2015 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=190101660.
26. Maguire K, Morrell K, Westhoff C, Davis A. Accuracy of providers' assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception*. 1 janv 2014;89(1):22–4.
27. Cavarero-Aschehoug G. Dispositifs intra-utérins historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. 2007 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=e1a15fd6-a520-41c0-8058-fb62c3aea981>

28. Marret H, Simon E, Beucher G, Dreyfus M, Gaudineau A, Vayssière C, et al. État des lieux et expertise de l'usage hors AMM du misoprostol en gynécologie-obstétrique : travail du CNGOF (texte court). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2014;43(2):107-13.
29. Observatoire Régional économique et social- ORES. Médecins : effectifs et densité - ORES Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm>
30. Ministère des affaires sociales et de la santé. Dossier de presse - Journée de la contraception [Internet]. 2013 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mini_DOSSIER_de_PRESSE_-_JOURNEE_DE_LA_CONTRACEPTION-2.pdf
29. Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes [Thèse de sociologie]. Université René Descartes-Paris V; 2007 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733/>
32. Guyomar M, Guilloteau G. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins, en Sarthe et en Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la femme nullipare? [Internet]. 2012 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20012081/2012MCEM382/fichier/382F.pdf>
33. Clochey J. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU. Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. [Internet]. 2015 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_CLOCHEY_JUSTINE.pdf
34. Prescrire. Dispositifs intra-utérins: une alternative efficace à la contraception hormonale orale [Internet]. 2009 [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDispositifIntraUterin.php>
35. Harvey C, Bateson D, Wattimena J, Black KI. Ease of intrauterine contraceptive device insertion in family planning settings. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. déc 2012;52(6):534-9.
36. Poland ML, Beane GE. A study of the effects of folklore about the body on IUD use by black American adolescents. *Contracept Deliv Syst*. oct 1980;1(4):333-40.
37. Bohet A, Bajos N, Moreau C. Regards croisés des femmes et des médecins sur le dispositif intra-utérin en France. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues03987620v61s4S0398762013005038](http://www.em-premium.com/data/revues/03987620v61s4S0398762013005038) [Internet]. 1 oct 2013 [cité 24 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/841118/resultatrecherche/1>
38. Matorras R, Ballesteros A, Prieto B, Ocerin I, Expósito A, Pijoan JI, et al. Efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of recurrent pelvic pain in multitreated endometriosis. *J Reprod Med*. déc 2011;56(11-12):497-503.
39. Moreau C, Spira A, Bajos N. Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Médecine ThérapeutiqueMédecine Reprod Gynécologie Endocrinol*. 2009;11(5):338-344.
40. Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Effect of a Brief Educational Intervention on the Attitudes of Young Women Toward the Intrauterine Device. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1 avr 2010;23(2):116-20.
41. Rubin SE, Felsher M, Korich F, Jacobs AM. Urban Adolescents' and Young Adults' Decision-Making Process around Selection of Intrauterine Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1 juin 2016;29(3):234-9.

42. Azmat SK, Hameed W, Mustafa G, Hussain W, Ahmed A, Bilgrami M. IUD discontinuation rates, switching behavior, and user satisfaction: findings from a retrospective analysis of a mobile outreach service program in Pakistan. *Int J Womens Health*. 10 janv 2013;5:19-27.
43. Chang T, Moniz MH, Plegue MA, Shaffer KS, Vance HB, Gold KJ. Patient or Clinician: Duration of Use of Intrauterine Devices Based on Who Initiated Discussion of Placement. *J Am Board Fam Med JABFM*. févr 2016;29(1):24-8.
44. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2009;24(6):1387-92.
45. Schmidt EO, James A, Curran KM, Peipert JF, Madden T. Adolescent Experiences With Intrauterine Devices: A Qualitative Study. *J Adolesc Health*. 1 oct 2015;57(4):381-6.
46. Fayolle E, Valée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes [Internet]. *exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2013 [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
47. Brown WM, Trouton K. Intrauterine device insertions: which variables matter? *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 avr 2014;40(2):117-21.
48. Lathrop E, Haddad L, McWhorter CP, Goedken P. Self-administration of misoprostol prior to intrauterine device insertion among nulliparous women: a randomized controlled trial. *Contraception*. 1 déc 2013;88(6):725-9.
49. Ibrahim ZM, Ahmed WAS. Sublingual misoprostol prior to insertion of a T380A intrauterine device in women with no previous vaginal delivery. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 août 2013;18(4):300-8.
50. Karabayirli S, Ayrim AA, Muslu B. Comparison of the Analgesic Effects of Oral Tramadol and Naproxen Sodium on Pain Relief During IUD Insertion. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 sept 2012;19(5):581-4.
51. Allen RH, Carey MS, Raker C, Goyal V, Matteson K. A prospective cohort study of pain with intrauterine device insertion among women with and without vaginal deliveries. *J Obstet Gynaecol*. 1 avr 2014;34(3):263-7.
52. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. 2012 [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
53. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé- ANSM. Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communique>
54. Lamirault F. La Formation des Médecins généralistes à la pose de dispositifs intra-utérins: Étude descriptive par un auto-questionnaire anonyme auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012 [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=168094347>
55. Nitschmann C, Bartz D, Johnson NR. Gynecologic Simulation Training Increases Medical Student Confidence and Interest in Women's Health. *Teach Learn Med*. 1 avr 2014;26(2):160-3.
56. Jules-Clement M. La formation gynécologique au cours du D.E.S. de médecine générale | Thèse IMG [Internet]. 2011 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/139>

57. Jean M. Le suivi gynécologique: Représentations et attentes des femmes suivies par un gynécologue [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=15200954X>
58. Garbers S, Chiasson MA, Baum R, Tobier N, Ventura A, Hirshfield S. "Get It and Forget It." online evaluation of a theory-based IUD educational video in English and Spanish. *Contraception*. 1 janv 2015;91(1):76-9.
59. HAS. Contraception d'urgence [Internet]. 2015 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
60. OMS. Contraception d'urgence [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
61. Turok DK, Jacobson JC, Dermish AI, Simonsen SE, Gurtcheff S, McFadden M, et al. Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: an observational study of 1-year pregnancy rates. *Contraception*. 1 mars 2014;89(3):222-8.
62. IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. 2009 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047.pdf>
63. Stérilet Mirena : « Migraine, perte de cheveux... 1 an et demi de galère » [Internet]. Marie Claire. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.marieclaire.fr/temoignages-sterilet-mirena,1136120.asp>
64. ANSM. Rapport d'expertise sur le Mirena [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/content/download/112243/1422263/version/1/file/Rapport_Pharmacovigilance_DIU-Levonorgestrel_Octobre-2017.pdf.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population	p 10
Tableau II : Les facteurs dépendants des patientes	p 29
Tableau III : Les méthodes utilisées pour prévenir la douleur	p 36

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VII
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
PETIT RAPPEL HISTORIQUE SUR LE STERILET.....	6
MÉTHODES	8
RÉSULTATS.....	10
1. Caractéristiques de la population	10
2. Expérience des praticiens vis-à-vis du DIU/SIU	11
2.1. Ancienneté de la pratique de pose	11
2.2. L'apprentissage de la pose	11
2.3. Le stérilet est-il un bon moyen de contraception ?	12
2.4. A quelle occasion était-il proposé ?	13
2.5. Comment le stérilet était-il présenté aux patientes ?	15
2.5.1 Présentation du stérilet	15
2.5.2 Explication de son fonctionnement	17
2.6. Point de vue sur les différents profils de patientes	18
2.6.1 Celles qui adhèrent au DIU/SIU	18
2.6.2 Celles qui s'opposent au DIU/SIU: les réticences	19
3. La pose de DIU/SIU: un geste simple ?	21
3.1. Situations s'étant bien déroulées	21
3.2. Situations s'étant mal déroulées	22
3.3. Le ressenti des praticiens quant aux événements entourant ce geste	23
3.4. Le ressenti des patientes	26
3.4.1 Lors de la pose	26
3.4.2 En post-pose	26
4. Les facteurs influençant la facilité ou la difficulté de la pose	28
4.1. Le nom "stérilet"	28
4.2. Les facteurs dépendants de la patiente	29
4.3. Les facteurs dépendants du praticien	31
4.3.1 Son genre	31
4.3.2 Son histoire personnelle	31
4.3.3 D'un point de vue technique	32
4.3.4 D'un point de vue contextuel	33
4.3.5 D'un point de vue relationnel	33
4.4. La douleur, un facteur important à prendre en compte	34
4.4.1 Le point de vue des professionnels de santé	34
4.4.2 Les facteurs prédictifs	35
4.4.3 La prise en charge de la douleur	36
4.5. La place du partenaire dans la contrecaption	38
4.5.1 Concernant le choix du stérilet comme moyen de contraception	38
4.5.2 Concernant la demande de retrait précoce	38
5. Evolutions des pratiques	39
5.1. Une augmentation des prescriptions de DIU/SIU?	39
5.2. Un intérêt croissant pour la gynécologie?	40

5.3.	Evolutions autour du stérilet	42
5.3.1	Une évolution des recommandations et des pratiques	42
5.3.2	L'évolution des représentations des patientes	43
5.3.3	L'évolution de la société	43
5.4.	Les sages-femmes: de nouveaux acteurs dans la pose de stérilet	44
5.4.1	Ressenti des médecins sur la pratique des sages-femmes	44
5.4.2	Le ressenti des sages-femmes à propos de leurs nouvelles compétences	45
6.	Indications à en proposer davantage?	46
DISCUSSION		47
1.	Validité de l'étude	47
1.1.	Aspects méthodologiques	47
1.2.	Justification de l'étude	48
2.	Les principaux résultats	50
2.1.	L'expérience des praticiens semblait être un facteur favorisant la proposition du stérilet et sa pose	50
2.2.	Les représentations et fausses croyances des femmes étaient encore bien présentes et souvent source de refus	51
2.3.	L'information délivrée aux patientes paraissait primordiale	52
2.4.	Le choix et la satisfaction des patientes étaient à privilégier	54
2.5.	Les praticiens devaient avoir une attitude bienveillante et adapter leur comportement en fonction des patientes	55
2.6.	La prise en charge de la douleur, un facteur incontournable	56
2.7.	Persistance de frein à la pose de DIU côté praticien	58
2.8.	Une réelle augmentation des demandes de stérilets	59
2.9.	Quelques différences de pratiques interprofessionnelles et interindividuelles	61
3.	Quelles sont les améliorations à apporter pour favoriser la proposition et la pose de stérilet	63
3.1.	Le médecin généraliste comme principal interlocuteur des femmes pour la contraception	63
3.2.	L'amélioration de la formation paraissait être un enjeu essentiel	65
3.3.	Améliorer les connaissances des femmes	67
3.4.	Encourager la prescription de DIU comme contraceptif d'urgence	68
3.5.	Les aspects technico-économiques	69
CONCLUSION		70
BIBLIOGRAPHIE		72
LISTE DES TABLEAUX		77
TABLE DES MATIERES		78
ANNEXES		I-XXIX

ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre d'information aux praticiens

LETTRE D'INFORMATION

(THÈSE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE)

Je suis interne en médecine générale à la faculté d'Angers, et je vous propose de participer à une recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine.

Cette étude concerne ***la pratique de pose de DIU en libéral et votre point de vue sur les éléments pouvant influencer l'acceptation ou le rejet de celui ci par les patientes.***

Ce document vous explique le but de mon projet de recherche ainsi que ses procédures.

Je vous invite à prendre le temps de le lire et à poser toutes les questions que vous jugerez utiles afin de prendre votre décision.

Cette étude a été mise en place par le **Dr OUVRARD, Médecin généraliste**, et par moi.

Elle ne modifie en rien votre prise en charge médicale.

Votre collaboration n'entraîne aucune participation financière de votre part.

Cette étude consistera à effectuer un entretien avec vous, à votre cabinet. Un seul entretien sera réalisé, d'une durée de 45 à 60 minutes. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment; aucune justification ne vous sera demandée.

L'entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui a été dit ne sera modifié. Toutes les informations recueillies pendant cette recherche seront rendues anonymes. Vous pourrez, si vous le souhaitez, relire l'entretien retranscrit sur papier, et demander qu'il ne soit pas utilisé.

Les données recueillies seront analysées par informatique. Le fichier informatique utilisé pour la présente recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

La publication de cette recherche ne comportera aucun résultat individualisable.

Vos données anonymisées seront conservées par l'équipe de recherche. Elles pourront être utilisées pour la formation ou la recherche au sein de l'Université d'Angers.

Le Comité d'Ethique du CHU d'Angers a évalué la pertinence éthique de cette étude et a émis un avis favorable à sa mise en œuvre.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre.

Si vous êtes d'accord pour participer à l'étude, je vous demanderai de me remettre le formulaire ci-joint signé lorsque nous nous rencontrerons pour effectuer l'entretien.

ANNEXE 2 : Consentement écrit

Titre de la recherche : **Point de vue des professionnels de santé posant des DIU/SIU en libéral sur les facteurs influençant l'adhésion des patientes à ce moyen contraceptif.**

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués par ...
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement et de lire sa retranscription
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé*

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été transmise.

J'ai bien compris que ma participation à cette étude est volontaire.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je consens à ce que cet entretien retranscrit et anonymisé soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

A _____, le _____

Signature:

Nom et signature de l'investigateur

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

GUIDE D'ENTRETIEN

(THÈSE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE)

1) Quelle est votre expérience vis à vis du Dispositif intra-utérin (DIU) ?

Sujets à aborder avec éventuelles relances:

- Que pensez-vous du DIU comme moyen de contraception ?
- à quelle occasion proposez-vous la pose d'un DIU ? (De novo ? renouvellement ? (question sur pose précédente, sur satisfaction ?) échec d'un autre moyen, mauvaise observance, contre-indication aux autres moyens)
- utilisation de maquette, démonstration à but pédagogique?
- expliquez-vous son fonctionnement ?
- Pensez-vous que le nom «stérilet» soit un frein ? Utilisez-vous le nom de stérilet ou DIU ?
- Quelles caractéristiques de vos patientes font que vous allez lui proposer un DIU plutôt qu'une autre contraception ? (leur mode de vie? leurs antécédents gynéco-obstétricaux? leur pratique sexuelle? leur religion? Leurs croyances ?)

**2) Pouvez-vous me raconter une situation de pose qui s'est parfaitement déroulée selon vous ?
Et en parallèle, une situation de pose difficile ?**

3) Qu'est-ce-qui selon vous a pu influencer la facilité/difficulté de la pose ?

Sujets à aborder avec éventuelles relances:

- point de vue technique ? Formation ?
- Point de vue contextuel ?
- Point de vue relationnel?

4) Avez-vous revu ces patientes depuis la pose ? Si oui, que vous ont-elles rapporté sur leur ressenti ?

5) Pensez vous que la pose d'un DIU soit douloureuse ? Comment prévenez-vous cela ?

Sujets à aborder avec éventuelles relances:

- comportement: gestes doux, réassurance, relaxation
- médicaments ? Si oui lesquels ?
- avez-vous repéré des facteurs prédictifs de la douleur (biblio)

6) Que pensez-vous des principales réticences des femmes envers ce moyen de contraception ?

- Éventuelles relances: représentations, croyances / religion , idées reçues, douleur , refus de leur conjoint, cela correspond-il avec les motifs de refus ?

7) Avez-vous remarqué une augmentation des demandes de DIU depuis 2013 ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) selon vous ?

Sujets à aborder avec éventuelles relances

- crise de la pilule de 3ème génération
- refus/crainte d'une contraception hormonale
- diminution des réticences (rôle des médias)
- féminisation de la profession médicale et rôle des sages-femmes
- investissement plus important des médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie

8) Qu'est – ce - qui vous inciterait à proposer et poser davantage de DIU ?

9) Voulez-vous rajouter quelque chose, commentaires ?

ANNEXE 4 : Entretien Médecin généraliste n°2

I : Quelle est votre expérience vis-à-vis du DIU ?

M2 : Alors je pose des DIU depuis que je suis installé, c'est à dire maintenant depuis une trentaine d'années. Euh... j'ai plutôt une bonne expérience euh... car j'étais convaincu très tôt que c'était un bon moyen de contraception et j'ai eu la chance d'apprendre, avant de m'installer, à le poser.

I : D'accord. Donc vous, pour vous le DIU c'est donc un bon moyen de contraception?

M2 : Je pense que c'est un bon moyen de contraception parce que euh...tu veux savoir pourquoi, je pense que c'est un bon moyen de contraception?

I : Oui

M2 : Je pense que c'est un bon moyen de contraception parce que bon, on a souvent des contre-indications à la prise d'hormones euh...notamment le tabac...on a souvent chez les jeunes femmes notamment des oublis de pilules ; et quand on a rencontré, c'est vrai, de nombreuses jeunes femmes qui sont tombées enceintes sans le vouloir et qui euh après euh, demandent, soit des interruptions de grossesse, soit ont un bébé alors qu'elles ne le voulaient pas, c'est souvent un petit peu dramatique je trouve, et donc avoir un moyen de contraception efficace, c'est quand même pas mal. Donc il y a eu des tas de choses dans le temps qu'on nous a proposé hein., et donc je pense que le plus...le plus physiologique, le plus facile à mettre, le plus facile à accepter, c'est le stérilet.

I : D'accord. Vous le proposez dans...à quelle occasion ?

M2 : Alors, je le propose soit lors d'une première contraception c'est à dire même une toute jeune fille ; alors ça c'est vrai que ça, je le fais plutôt aux toutes jeunes filles, depuis une bonne dizaine d'années. Avant j'attendais souvent avant que, il y ait eu déjà une grossesse pour poser un stérilet...mais la littérature, les échanges entre praticiens ont montré que euh...on pouvait le poser à des jeunes filles et depuis une dizaine d'années, j'en pose à de nombreuses jeunes filles. Donc je le pose maintenant, je le propose souvent en primo contraception, c'est à dire qu'on voit les différents moyens qui existent, je présente ces différents moyens, et suivant le profil des gens, je dis, ça serait peut être pas mal d'essayer ça, le euh...le stérilet. Je le pose également, je le propose également lorsqu'il y a eu un échec de contraception, hein...ou lorsqu' il y a des contre-indications repérées qui me paraissent extrêmement importantes hein... contre-indications aux hormones...ça peut être, soit suite à des pathologies tumorales, soit suite à des problèmes de...de, de surcharge lipidique, soit des femmes qui fument hein...donc à ce moment là, je...je propose facilement le stérilet.

I : Ok. Quand vous le proposez, est-ce que...quelle est votre démarche en fait ? Vous le présentez comment, le stérilet ?

M2 : Alors quand je le propose, très souvent je pose la question « est-ce que vous en avez entendu parler ? » « est-ce que vous savez ce que c'est ? » souvent la réponse est oui. « est-ce que vous en avez vu ? » souvent la réponse est non. A ce moment-là alors, j'aime bien poser la question « à votre avis, c'est grand comment ? » et là on est extrêmement surpris, il y a des femmes qui nous disent c'est grand comme ça (montre avec ses mains), qui nous montrent un truc qui fait quinze centimètres, d'autres qui pensent que c'est tout petit, d'autres qui pensent que c'est en métal...Alors j'en ai un sous la main, là, sur mon étagère hein...je le prends hein...et là je leur montre ça...voilà, ça c'est un vrai. Souvent elles sont très surprises, "c'est un vrai ?" "Je peux toucher ?"etc., je dis ben oui, ben si elles veulent pas toucher c'est...si elles ne demandent pas spontanément à le toucher, je dis « prenez-le » pour que vraiment elles prennent ça dans les mains et qu'elles voient que c'est un truc très léger, hein...que c'est souple, que c'est...c'est pas agressif du tout. Et donc je dis "ça c'est un vrai" et donc après je

leur montre aussi ce que c'est qu'un utérus, et j'ai cet utérus en plastique, et "voilà un utérus grand comment c'est", "voilà votre utérus comment il est". Et donc voilà un peu comment je présente. Après je sais pas si c'est là que tu veux qu'on introduise cette partie-là je...euh...souvent je, j'explique un petit peu comment ça marche...ou je demande aussi, je dis «est-ce que vous savez comment ça marche ? » alors y'en a qu'on des idées euh... pas possibles et qui disent "ben oui, ça bouche les trompes, alors euh... c'est comme ça que ça marche..." alors je dis "ben non, c'est pas comme ça que ça marche, ça bouche pas les trompes" alors j'explique à ce moment le...le fonctionnement. Mais j'essaie toujours de faire ça de façon extrêmement, extrêmement euh...ouverte euh...parce que faut pas stresser les gens quoi, faut vraiment que...elles aient l'impression que c'est quelque chose de bien.

I : Bien. Hum, donc vous expliquez quand même son fonctionnement, notamment le fait que...(téléphone du cabinet)

M2 : Excuse-moi.

Alors j'explique le fonctionnement parce que je leur...je leur demande avant "est-ce que vous savez comment ça fonctionne ?" Hein...parce qu'il y a pas mal de fantasmes derrière tout ça... alors y'en a qui pensent que ça bouche les trompes, y'en a qui pensent que ça crée des minis avortements, ce qui est un obstacle à certaines euh...personnes, notamment pour des convictions religieuses hein...donc j'explique bien comment ça marche en disant d'abord comment les choses se passent pour ce qui est d'une grossesse, je leur explique que tous les mois, il y a un ovule qui tombe dans une trompe, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre...que cet ovule transite dans la trompe et que la fécondation a lieu dans la trompe, et que c'est toujours un spermatozoïde, qui après un rapport, est monté dans l'utérus, a été dans les trompes, et a rencontré à ce moment-là un...euh...un ovule, a pénétré cet ovule et l'a fécondé. Et je leur explique que cet ovule fécondé, c'est comme un œuf de poule qui est fécondé, un œuf de poule qui est fécondé, et si elle...les gens l'ont chez eux sur une étagère chez eux, y'aura jamais de poussin, ça va rester un œuf fécondé et tout simplement ben, quand on va manger l'œuf on va voir qu'il y a un petit point rouge dedans hein...donc je leur explique que c'est la même chose hein...que cet œuf, il est simplement fécondé, que c'est pas du tout un embryon...et que pour que ça devienne un embryon, il faut que cet œuf, il arrive dans l'utérus, donc ça je montre sur ma maquette, et que dans cet utérus, il aille se ficher dans la paroi, et que c'est à ce moment-là où la division cellulaire va pouvoir se faire, et que l'œuf se transforme en embryon. Et donc je leur explique que la présence de ce...ce stérilet dans l'utérus crée un climat tel que l'œuf ne peut pas s'implanter, et donc ne peut pas euh...les cellules ne peuvent pas se diviser et que l'œuf est rejeté par le col et donc elles ne se rendent pas compte car c'est tellement petit qu'elles se rendent pas compte. Donc ça dédramatise beaucoup euh...l'idée de minis avortements tous les mois et ça permet de comprendre comment ça marche.

I : Très bien. Est-ce que vous avez remarqué s'il y a des caractéristiques particulières aux patientes qui acceptent la pose du DIU ou au contraire euh...qui refusent ?

M2 : Oui. Je pense, je pense que bon, y'a des femmes qui sont à l'aise avec l'examen gynécologique et pour qui ça ne pose pas de problèmes. Euh...surtout quand c'est des toutes jeunes femmes parce que ...il est pas fréquent de faire un examen gynécologique aux toutes jeunes femmes, euh souvent on propose un frottis que euh...qu'après l'âge de 20 ans-22ans euh... mais souvent il y a une sexualité qui débute tôt et y'a besoin d'une contraception très tôt, donc généralement on ne fait pas d'examen gynéco, euh...sauf quand il y a un problème...un point d'appel particulier...si elle vient nous voir en nous disant voilà...j'ai des pertes, j'ai des démangeaisons, j'ai des...là on va faire un examen, on explique ce qu'on va faire, pourquoi on va le faire, etc... là c'est un peu pareil, c'est à dire que euh...j'ai l'impression que les réticences qu'il y a pour certaines, c'est non, non j'ai pas envie parce que j'ai pas envie qu'on me touche, qu'on touche à cet endroit-là, j'ai pas envie que...et puis il y a des tas de fantasmes derrière qu'il est bien de faire exprimer parce que il y a toujours des histoires...oui j'ai entendu une femme à qui on l'a posé et puis ça s'est mal passé. J'en connais une à qui on en a posé un qui a fait une grossesse sur le stérilet... c'est pour ça que c'est bien de le faire exprimer. D'accord. Mais souvent je pense que la plus grande réticence, chez une toute jeune

femme, c'est l'examen gynéco qui va être nécessaire pour faire ça...d'accord. Et puis le fantasme d'avoir peur d'avoir mal, hein...donc là aussi, quand on rassure, quand on explique, donc dans les explications que je... que j'expliquais tout à l'heure, que je donne aux patientes, je leur dis également que ce geste est non douloureux, je leur explique aussi que l'on va mesurer la profondeur de leur utérus, donc je leur montre l'hystéromètre, je leur explique vraiment le geste en détails hein...pour qu'elles soient rassurées sur ce geste-là. Et...chez les personnes plus âgées, euh...qui ont déjà un vécu, soit qu'ont déjà eu des enfants, soit qu'ont déjà eu d'autres modes de contraception...là, euh...les gros fantasmes qu'elles ont, c'est surtout des histoires qu'elles ont entendu dire sur des femmes qui ont fait des infections sur stérilets, ou des femmes qui ont également fait des grossesses sur stérilets. Donc là c'est important qu'elles verbalisent là-dessus, puis c'est important d'expliquer que, en effet, quand on a un stérilet, euh...il est important de faire attention à la moindre petite infection qu'on a, que ça peut être un point d'appel...voilà. Mais en dédramatisant aussi, en disant que ce n'est pas le stérilet lui même qui est responsable mais que c'est un co-facteur de risques.

I : Parfait. Alors, justement, est-ce que vous pourriez me raconter une situation de pose qui s'est parfaitement déroulée d'après vous ?

M2 : Alors. Ben la toute dernière que euh...pose que j'ai faite s'est parfaitement déroulée. Donc c'est une jeune femme, c'était une jeune femme qui avait une vingtaine d'années, qui euh...à qui j'avais présenté ce moyen de contraception, qui avait des amies qui en avaient également, qui était tout à fait ok pour la pose, je lui avais bien expliqué comment ça, ça se posait et franchement ça s'est posé euh...il s'est posé en quelques minutes quoi, hein...de toute façon, elle était très relax euh...je lui ai montré ce que je faisais, expliquais à chaque fois, euh...que je prenais un objet, je lui disais voilà la pince que je prends, voilà ce que je vais faire etc..et ça s'est posé vraiment de façon toute simple. Il y a une seule chose que je ne lui avais pas dit, c'était que comme j'avais posé une pince de pozzi sur le col, il risquait d'y avoir une petite hémorragie, une toute petite goutte de sang et une heure après être rentrée chez elle, elle m'a téléphoné en me disant « oui docteur, j'ai un tout petit peu de sang, est-ce que c'est normal ? » et je lui ai dit "écoute, je suis désolé, j'ai oublié, quand j'ai posé la pince de pozzi, de vous dire que ça pouvait en effet faire saigner un petit peu, rassurez-vous hein..." et voilà et donc euh...tout est rentré dans l'ordre, mais ça s'est posé vraiment très très bien.

Une fois où ça s'est mal passé peut être ?

I : Oui.

M2 : Alors une fois ça s'est mal passé euh...c'est une femme qui avait euh... un vaginisme, donc qui déjà était un peu réticente euh...à l'examen gynéco, mais qui avait des contre-indications à d'autres modes de contraception, qui avait accepté donc qu'on pose un stérilet. Et j'ai eu euh...un mal fou pour apposer un hystéromètre... tellement elle était contracturée, mais vraiment elle était contracturée comme c'est pas possible. J'ai réussi à poser un hystéromètre, j'arrivais bien à le mobiliser cet hystéromètre, et ce que je fais généralement c'est que je laisse l'hystéromètre en place jusqu'au moment de poser le stérilet, comme ça, ça crée une petite dilatation du col hein...et ça m'arrive même des fois, dans ces cas-là, de mettre un hystéromètre un peu plus gros après pour dilater, comme une bougie, dilater un petit peu plus ; là, il coulissait bien et j'ai réussi à l'enlever. Je l'ai enlevé, je lui ai dit "voilà, je...maintenant je vais poser le stérilet" et je me suis heurté à un mur c'est à dire que vraiment ça ne pouvait pas rentrer. Ça ne voulait pas rentrer et euh...dans ces cas-là ben faut pas forcer parce que si on force après il y a toujours un risque de perforation, y'a un risque d'être traumatisant et de...d'avoir un refus d'examen pour après. Donc j'ai réessayé un petit peu, j'ai voulu remettre l'hystéromètre, c'était impossible de mettre l'hystéromètre, elle s'était fermée complètement. Donc je lui ai dit "écoutez c'est pas grave", alors c'est vrai que mon stérilet était ouvert donc euh...je le jette à ce moment-là, je lui dis "écoutez c'est pas grave, ça peut arriver..." donc là aussi il faut être extrêmement raaaa...rassurant, je lui dis « on se reverra dans quelques temps mais je vous ferais, si vous le voulez bien après, enfin euh...la prochaine fois mais avant le geste, une petite piqure pour éviter qu'il y ait un spasme du col comme ça » et je lui ai fait en effet une piqure d'atropine à ce moment-là quand je l'ai revue plus tard. Et même avec une piqure d'atropine euh...il a fallu quand même euh prendre beaucoup de temps pour

réussir à passer le col hein...donc ça cette fois-ci ça...ça s'était mal passé entre guillemets, mais ça s'est bien passé parce qu'il y a eu des explications données après. Mais c'est vrai que ça peut être quelque chose d'un peu frustrant de...de dire je vous pose un stérilet, vous êtes d'accord, et on arrive pas à le faire. Donc dans ces cas-là je pense que la façon dont nous, on se conduit, est extrêmement importante. D'une part il ne faut pas avoir honte de dire ben je n'y arrive pas, parce que euh...faut pas culpabiliser la patiente, faut pas lui dire euh...c'est de votre faute, vous êtes contracturée, comment voulez-vous que je fasse mon boulot, faut lui dire ben écoutez je n'y arrive pas, donc nous...nous, on prend une part de responsabilités bien qu'on sache qu'on s'est heurté à un mur à cause de certains trucs, et je pense qu'à ce moment-là ben ça dédramatise les choses et ça permet d'aller plus loin.

I : Ok. Ok, ok. Ben on en revient un petit peu à ça euh... Qu'est-ce qui d'après vous, peut influencer justement la facilité ou la difficulté d'une pose ?

M2 : Je pense que l'analyse de la...de la compréhension des gens, de leur représentation est un préalable vraiment indispensable... hein... je pense que c'est valable pour plein d'autres choses en médecine mais là où on va toucher à l'intimité, où on va dans un endroit que la femme ne contrôle pas...c'est à dire que quand on fait un examen des seins, la femme voit le...le sein qu'on examine, elle sait ce qu'on fait. Un examen génital, c'est quand même euh...on est dans l'intimité d'une part et on est dans quelque chose de caché hein...jamais une femme ne voit son col de l'utérus, hein ? d'accord ? Alors c'est vrai que je... Il faut rassurer, il faut expliquer, il faut euh...éventuellement pourquoi pas un jour faire toucher aussi, si elle ne l'a jamais fait, son utérus à la femme, qu'elle comprenne un petit peu. Alors là, quand je montrais sur ma maquette tout à l'heure, de démonstration, comment on pose un stérilet, j'explique bien "ça c'est un utérus grandeur nature" mais si on leur dit "ça c'est un utérus" et qu'elles s'imaginent que c'est une rondelle comme ça dans le corps, elles comprennent pas trop alors je dis, "ça c'est la cavité mais votre utérus, peut être vous l'avez déjà palpé, c'est comme une poire, qui est, soit en avant, soit un petit peu en arrière, sur le côté, il y a les trompes", au besoin on fait un petit dessin, on montre hein..."et nous enfin quand moi je vous examine, vous voyez j'ai un petit dessin comme ça, ce que je vois c'est juste cette petite partie qui est le col, qui dépasse hein, et on voit que ça et c'est pour ça qu'on vous examine, c'est pour ça qu'on vous palpe le ventre, parce que comme on voit que le col, on ne sait pas si votre utérus il est gros ou il est petit, il est en avant, il est en arrière, hein... on sait pas comment sont les trompes, c'est pour ça qu'on vous examine parce que l'on voit que ça avec le spéculum, on ne voit rien de plus". Y'en a qui s'imaginent qu'on voit tout l'utérus avec un spéculum. Donc ça, c'est bien de l'expliquer, c'est bien de le refaire formuler également pour s'assurer que tout est... pour que vous puissiez, faut l'expliquer plusieurs fois...voilà.

I : Donc ça, c'est du point de vue des patientes et du point de vue du médecin euh...vous pensez qu'il y a des choses qui peuvent favoriser ?

M2 : Je pense qu'il y a des choses euh, qui euh... alors il y a le nom aussi, le nom stérilet pour certaines femmes, le nom est mal choisi voilà. Si on peut parler de dispositif intra-utérin, c'est mieux que de parler de stérilet... si dès le début on dit un DIU, dispositif intra-utérin, c'est mieux accepté que le mot stérilet parce que stérilet euh...ça peut faire penser que euh...qu'on va rendre les femmes stériles hein... et donc c'est un mauvais nom ; et je pense que pour les médecins, c'est la même chose et je pense que suivant les convictions religieuses aussi des médecins euh...ça peut être un handicap à la pose d'un...d'un stérilet. Et je suis persuadé qu'il y a des médecins qui, par conviction religieuse, ne posent pas de... de stérilet, qui ne prescrivent pas non plus de contraception, qui ne disent pas aux femmes d'utiliser des préservatifs, alors que c'est une protection contre le sida, etc... je pense que ce sont les mêmes médecins hein...qui ne posent pas de stérilet pour ça. Et puis, y'en a d'autres qui posent pas parce que, ils ont dans leur cursus des histoires de chasse dramatiques avec euh...des hémorragies, des grossesses sur stérilets, donc ils font un blocage par rapport à ça, ou une histoire familiale ou tout ça, tout ça... c'est toujours intéressant de... de savoir pourquoi les gens n'en posent pas, d'essayer de leur dire "mais ça vous fait référence à quoi etc..." et souvent on retrouve des histoires comme ça... souvent. Donc ça, c'est un handicap à mon avis. Et puis après, il y a le non apprentissage du geste, c'est un geste qui est mal appris à la faculté hein... ou qui est appris de façon trop rapide hein...ou alors c'est des gestes de

pose qui ont pu être vus, par exemple, dans les centres d'interruption de grossesse, où on les pose juste après une interruption de grossesse. Et donc ça, ça donne une mauvaise image de la pose, qui, à mon avis, doit être un geste euh...accompagné, explicité euh...correctement pour être accepté.

I : Est-ce que vous aviez rev... est-ce que vous avez revu des patientes depuis que vous avez posé des stérilets et qu'est-ce qu'elles vous ont rapporté sur leur ressenti de la pose ?

M2 : Alors, je leur pose toujours la question après euh... même déjà juste après, "alors, ça s'est bien passé ?" Euh... et souvent « c'est déjà fait ? Je ne pensais pas que c'était déjà fait. Ah oui, vous m'aviez dit que ça ne faisait pas mal et en effet, je n'ai pas eu mal » etc... et puis y'en a qui disent « ah si, ça fait un petit peu mal quand même, y'a un petit truc... » bon elles disent souvent quelque chose, faut toujours s'en enquérir, ça me paraît assez primordial. Euh... et après coup, c'est vrai notamment à la première consultation un mois après, souvent je... je demande comment ça s'est passé, est-ce que vous avez eu mal, est-ce que vous avez... et puis des fois y'a des femmes qui demandent, c'est exceptionnel, mais de le retirer au bout de quelques mois parce que, dans leur tête, elles n'ont pas fait le pas d'avoir un corps étranger dans le corps et donc à ce moment, elles vont dire "oui mais bon, j'ai des petits saignements, j'ai des petites sensations, mon mari sent les fils..." c'est très important d'expliquer pourquoi on coupe les fils d'ailleurs à 3 cm en disant, on les coupe à 3 cm pour que votre partenaire ne sente pas les fils hein... en expliquant pourquoi, que si ils sont courts, c'est comme une barbe courte, ça va piquer, et que longs, ça va se... se replier sur le col. Et des fois, y'a vraiment des mecs qui ne supportent pas que leur femme ait un stérilet, et c'est à cause de leur mari, de leur partenaire, qu'elles désirent que leur stérilet soit enlevé après, parce qu'ils vont dire « non je sens les fils, non je..." voilà, et puis y'en a aussi qui ne supporteraient pas que leur femme ait un moyen de contraception euh... efficace euh... pour des tas de raisons... parce que peut-être qu'ils ont peur aussi qu'elles aillent voir ailleurs en étant protégées, que enfin... des tas de choses qui dépassent euh... qui dépassent euh... le simple stérilet.

I : Est-ce que vous pensez que la pose de DIU soit douloureuse ?

M2 : Je pense que si elle n'est pas explicitée, elle est accompagnée euh... d'explications, si elle ne se fait pas euh... dans la douceur, dans la réassurance, c'est sûrement... ça peut être douloureux hein... parce que s'il y a un spasme, je pense que ça peut être douloureux. Et je pense que c'est à nous... de ne jamais forcer, de toujours expliciter et si on sent une résistance, de ne pas dire, j'y vais quand même en force, parce que là, de toute façon, là je veux dire, le souvenir, il va rester dans la tête, il faut toujours rester extrêmement prudent, extrêmement euh... d'accord ?

I : Hum. Donc pour vous ça peut être douloureux et c'est... la façon de le prévenir ?

M2 : Je pense que la façon de le prévenir, la façon d'accompagner le geste euh... contribue à diminuer la douleur de façon énorme, hein. Et je pense que normalement ça ne doit pas être douloureux. Si c'est douloureux, c'est que soit y'a une euh... soit y'a un problème au niveau de l'utérus, elles peuvent avoir un utérus qu'a... qui a une malformation, soit qu'il y a une mauvaise préparation psychologique et donc, il y a une contracture euh... très forte hein... et que à ce moment-là ben euh...voilà. C'est comme des femmes vont dire euh « quand j'ai une pénétration c'est douloureux » parce que elles ont aussi un vaginisme et ça euh... c'est compliqué.

I : Vous avez repéré des facteurs chez certaines femmes qui peuvent euh... qui peuvent être euh... prédictifs un peu de la douleur ressentie ?

M2 : Oui. Notamment c'est euh... quand on... quand on a la notion de vaginisme, lorsqu'on examine la femme et qu'on sent qu'elle se rétracte, je parle pas dans la pose d'un stérilet mais dans un examen gynéco normal, quand on l'examine et que même en étant prudent, en

expliquant ce qu'on fait etc... on sent qu'il y a une petite réticence euh... et que... et que le simple fait d'introduire un spéculum est déjà difficile, bon on sait que euh... ce sera difficile de poser un stérilet hein... pour celles-là on sait. Après bon euh... c'est certains profils où... on sent aussi l'anxiété sous-jacente et ça, ça peut être un facteur de risques, donc là il faut y aller progressivement, c'est pour ça que c'est aussi hyper important de faire un examen gynéco avant, parce que c'est déjà une façon de euh... de voir comment la femme se comporte hein... c'est aussi une façon de lui montrer qu'on est capable de l'examiner sans lui faire mal hein... donc ça c'est un préalable absolument indispensable.

I : Hum. Tout à l'heure, vous me parliez de... d'avoir fait exceptionnellement une piqûre d'Atropine...

M2 : Oui.

I : C'est le seul médicament que vous utilisez ?

M2 : C'est le seul médicament que j'utilise, d'accord. J'ai également dans ma pharmacie donc de l'Adrénaline en cas de choc ou etc... ça, c'est... je pense qu'il y a un minimum à avoir dans sa pharmacie mais c'est le seul médicament que j'utilise. Je ne prescris jamais d'anti-inflammatoires euh... pour poser un stérilet, pour plein de raisons, hein... d'une part parce que y'a pas de consensus là-dessus, y'a jamais... y'a même aucun... aucune publication sérieuse qui en parle, d'accord... le médicament utilisé par certains est un médicament qui est utilisé euh... pour faire des avortements, et donc celles qui ont eu un avortement avec ça, leur dire « on va vous poser un stérilet », on utilise le même médicament pour faire un avortement, je trouve que c'est vraiment une très mauvaise idée. En plus un anti-inflammatoire risque euh... augmente le risque de perforation utérine, hein... y'a des cas, dans la littérature, de perforations utérines qui ont eu lieu euh... après la prise euh... de médicaments anti-inflammatoires, et je pense que c'est une très mauvaise idée d'utiliser ça et c'est surtout un message à ne pas diffuser parce que c'est induire euh... les praticiens qui le... qui l'utilisent dans l'erreur et dans le risque aussi de... de plainte, enfin de complication. Donc je crois qu'il faut bannir l'utilisation en effet de... d'anti-inflammatoires.

I : Très bien.

M2 : Après on peut donner, pourquoi pas, euh... chez quelqu'un qui est particulièrement anxieux, lui dire de croquer un... un demi Alprazolam avant l'examen, pourquoi pas. Pourquoi pas ? Si ça peut permettre que les gens soient plus relax etc... d'accord... pourquoi pas ?

I : Alors vous m'en avez déjà parlé plus ou moins tout à l'heure euh... je reviens juste dessus, euh... sur les principales réticences des femmes que vous avez rencontrées envers ce moyen de contraception... est-ce que vous voulez rajouter d'autres choses par rapport à ce que vous m'avez déjà dit ou pas ?

M2 : Non, je crois que j'ai déjà abordé tout à l'heure les réticences hein, je... hein, en effet.

I : Très bien. Alors euh... est-ce que euh... vous avez remarqué une augmentation des demandes de DIU depuis 2013 ?

M2 : Alors c'est très euh... c'est pas facile à dire. Moi je pense que j'ai une augmentation de propositions de DIU, mais de toute façon c'est... extrêmement rare que la femme vienne spontanément nous dire « je veux un DIU ». (silence) Enfin pour moi, pour ma patientèle, la plupart du temps, c'est moi qui induit les choses et je pense que j'ai une augmentation en effet, parce que je pense que c'est un bon moyen de contraception, je pense qu'on a de plus en plus de femmes qui ont besoin d'une contraception, et qui osent la demander, ou à qui on ose la... la proposer et je pense qu'en effet, y'a une augmentation de prescription. Alors, pour plein de raisons hein... d'une part parce que euh... maintenant c'était euh... c'était écrit un peu partout, notamment dans les revues de vulgarisation, que y'avait pas de... que c'était un bon moyen de contraception, que y'avait peu de contre-indications, peu d'effets secondaires et ça,

c'est vraiment important, hein... euh... et puis parce que y'a eu euh... quand même euh... beaucoup de choses qui se sont dites sur la pilule, beaucoup de choses vraies mais beaucoup de choses fausses également, hein, et euh... ça, ça a marqué un peu les gens et ils acceptent plus facilement les moyens mécaniques. D'accord ? Et puis parce que, il y a aussi des messages importants qui sont passés sur euh... le risque tabac et... tabac et hormones, et donc euh... là aussi c'est une façon de... d'aborder la... la pose d'un stérilet de façon plus facile.

I : Très bien. Vous, qu'est-ce qui vous inciterait à proposer davantage de DIU ?

M2 : J'en propose déjà beaucoup..

I : Oui

M2 : Donc qu'est-ce qui pourrait m'inciter plus euh... euh... pfff...(silence) pas grand chose je pense. Pas grand chose... même la rémunération je crois pas... je pense pas que ça me pousserait à en faire plus...(rire) ça c'était une... une plaisanterie, hein...

I : (rire) Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?

M2 : Euh... Non. Non, non, non, non. Je pense qu'on a échangé beaucoup de choses déjà.

I : Tout à fait.

M2 : D'accord ?

I : Bon ben merci beaucoup pour cet entretien.

M2 : De rien.

I : Très enrichissant...

M2 : C'était avec plaisir.

ANNEXE 5 : Entretien Médecin généraliste n°5

I : Alors la première question. Quelle est votre expérience vis à vis du DIU ?

M5 : Alors c'est quelque chose que je propose très facilement... que ce soit aux nullipares ou aux multipares... euh... en fait quand il y a une femme qui vient pour une première demande de consultation, je lui expose les principaux moyens de contraception, euh... en lui disant ,si par exemple c'est une jeune fille nullipare, que le stérilet est tout à fait aussi euh... une option pour elle, qu'il n'y a pas de contre-indication particulière après avoir discuté et à voir en fonction des examens, euh... donc voilà je pense que je le propose euh... autant que la pilule ou l'implant. Après les autres moyens de contraception c'est vrai que, notamment les patchs ou les anneaux, je les propose mais peut-être plus dans un second temps, sachant que voilà après les... le problème qu'il y a eu par rapport à l'augmentation du risque de thrombose pour les 3ème générations, 3ème-4ème générations, ... je le propose peut-être moins en première intention systématiquement, donc le stérilet a peut-être un petit peu plus de place à l'heure actuelle.

I : Qu'est-ce que vous pensez de ce moyen de contraception ?

M5 : Alors moi je trouve que c'est un moyen de contraception qui est très efficace euh, qui est très pratique pour la plupart des femmes parce que euh... c'est vrai qu'il y a quand même un certain nombre d'oublis qui peuvent entraîner des problèmes de grossesses non désirées, euh... voilà du stress aussi chez les patientes même si y'a pas vraiment une grossesse à commencer. Et... je trouve que dans un certain nombre aussi d'indications, notamment le dispositif avec le euh... le... enfin le Mirena ou le Jaydess, avec le Levonorgestrel, euh... ça peut être intéressant dans certaines pathologies euh... voilà, des femmes qui ont des fibromes, qui saignent beaucoup par exemple, c'est vrai que ça peut être quelque chose d'intéressant à leur proposer.

I : Est-ce que euh... au moment de la consultation, comment vous le présentez ?

M5 : Alors je... m'aide beaucoup des petites fiches qui avaient été faites par l'INPES avec le petit tableau euh... comparant un peu les moyens de contraception. Et je euh... m'appuie aussi sur les documents qui ont été fait au centre de planification Flora Tristan, euh... pour présenter les... les stérilets d'une manière un peu générale, c'est sous forme de quizz donc ça permet de répondre à la plupart des questions des femmes. Je leur laisse le document pour qu'elles puissent aussi le reconsulter à loisir. Et j'ai une boîte où euh... je garde en fait des... des exemplaires de chaque type de stérilet euh... de moyen de pose aussi, parce que des fois quand les femmes ont des grosses boîtes qu'on leur donne à la pharmacie c'est quelque chose d'anxiogène et du coup voilà, pour dédramatiser un petit peu, leur expliquer que c'est vraiment quelque chose de très petit. Je m'appuie aussi sur des planches anatomiques pour qu'elles se rendent compte aussi euh... exactement de la position du... du stérilet du coup au niveau anatomique, parce que c'est des fois un petit peu flou, euh... le fait aussi enfin voilà, il y a souvent la crainte exprimée que elle le sente, ou que le conjoint le sente, donc je leur explique bien que là où il est placé, le stérilet en lui-même, elles ne vont pas le sentir, c'est plus un problème après de fils éventuellement, et puis euh... je leur fais manipuler un petit peu pour qu'elles voient la souplesse, un petit peu... qu'elles se l'approprient un petit peu on va dire.

I : Au niveau du fonctionnement, est-ce que vous... est-ce qu'elles vous posent des questions, sur comment ça marche ?

M5 : Oui. Sachant que j'ai modifié mes réponses. (rires). Pour le stérilet au cuivre j'avais tendance à.... à parler de toxicité du cuivre envers les spermatozoïdes et plusieurs patientes m'avaient interpellé en disant "mais si c'est toxique alors c'est pas bon que je l'ai dans le corps ?"... donc alors voilà, je pense euh... que depuis euh... j'ai un petit peu modifié ma façon de présenter les choses en leur disant que le cuivre du coup, empêche les spermatozoïdes de

remonter au niveau du... du... de l'intérieur de l'utérus et d'aboutir à une fécondation, mais du coup, je n'emploie peut-être plus le mot de "toxicité". Euh... voilà... je pense que c'est la principale chose que j'ai modifiée dans ma présentation après euh...voilà, je... j'essaie de leur exposer un peu en parallèle le fonctionnement euh... du... enfin des stérilets au cuivre et des stérilets à la progestérone en essayant de... euh... à la fois euh... m'appuyer sur la physiologie et sur les choses que ça va induire au niveau local, pour expliquer aussi après les éventuels effets secondaires, donc notamment par rapport aux cycles. Voilà. En leur disant bien que effectivement chaque femme va réagir de façon un peu différente.

I : Très bien. Sur la même lancée, euh... du mot "toxicité", le mot "stérilet" est-ce que vous l'employez ? ou vous employez plus facilement le mot "DIU" ?

M5 : Alors euh... d'un point de vue technique, souvent j'emploie les termes DIU et SIU, c'est ce que met dans le... dans les dossiers euh... après souvent je trouve que c'est un mot qui n'est pas très parlant pour... pour les femmes. Même Dispositif intra-utérin euh... voilà... alors y'a eu beaucoup aussi de discussions, notamment au centre de planification, par rapport au fait que la racine de stérilet y'a "stérile" dedans. Mais après je pense que c'est aussi un terme euh... utilisé de façon un peu populaire... enfin les femmes, quand elles viennent, elles demandent pas un DIU ou un SIU, elles demandent un stérilet donc voilà... j'ai... j'ai tendance aussi à reprendre ce terme-là, plus par souci de compréhension, voilà euh... en leur expliquant bien que c'est une contraception qui est réversible par contre. Voilà, pour dédramatiser un petit peu le terme (rires).

I : Ok. Est-ce que vous avez remarqué si y'a un profil de patiente à qui vous proposez plus facilement le stérilet par rapport à un autre moyen de contraception?

M5 : Alors, en première intention, pour les femmes qui viennent pour une première demande, non. Parce qu'en fait je leur propose systématiquement les différents moyens de contraception euh... après euh... sur les suivis euh... de patientes... je leur propose en fonction des indications vraiment médicales, euh... y'a une patiente qui a fait une phlébite sous pilule donc je dirais elle, elle avait même pas trop le choix... euh... les femmes qui fument. Les femmes qui viennent aussi en disant c'est très, très compliqué de prendre ma pilule ou qui vont se retrouver par exemple dans les... périodes du post-partum, je pense notamment à une patiente qui a eu des jumeaux, c'est vrai que j'ai peut-être tendance à proposer plus à des femmes qui du coup ont un risque quand même d'oubli par rapport aux moyens de contraception comme la pilule où faut prendre euh... après je propose autant par contre l'implant que le stérilet dans ces cas-là, quand c'est plus un motif d'oubli euh... et puis après je le propose systématiquement en leur disant ben que c'est l'une des seules contraceptions qui existe, aux femmes qui du coup ne souhaitent pas prendre une contraception hormonale, donc là je leur explique que le stérilet, enfin qu'il n'y a plus que deux contraceptions possibles, donc le stérilet et les préservatifs, plus ou moins avec des protections spermicides ou de cape, mais que le stérilet est quand même nettement (rires) préférable dans la mesure où il y a quand même... euh... comment dire... euh... un indice de Pearl qui est meilleur quoi, enfin une meilleure protection au niveau grossesse.

I : Très bien. Alors, est-ce que vous pourriez me raconter une situation de pose qui s'est bien passée et une qui au contraire vous a posé soucis ?

M5 : Alors, ben je vais commencer par une pose (rires) qui a posé soucis, euh... qui date de pas plus tard qu'hier, euh donc euh... c'est une patiente qui je pense a un vécu traumatique de son accouchement, donc qui est... maintenant... à presque un an de son post-partum, enfin de son accouchement. Euh... chez qui j'avais posé un stérilet au cuivre euh... en post-partum euh... pas immédiat mais voilà, au bout de 2-3 mois, parce qu'elle oubliait sa pilule et qu'elle ne souhaitait pas reprendre de contraception hormonale donc on avait convenu qu'elle prenait un stérilet au cuivre, euh... que j'avais déjà eu du mal à le poser parce que voilà, une patiente très, très contractée, ressentant énormément de douleurs déjà au moment de la pose du spéculum, même en prenant une petite taille etc... le stérilet au cuivre avait été posé en torpille donc sans vraiment du coup, entrer complètement dans la cavité utérine, et le problème dont elle m'a fait part c'est qu'il y avait énormément de saignements qui

commençaient à avoir des répercussions au niveau de son état général donc on avait convenu qu'on enlève euh... qu'on retire le stérilet au cuivre et qu'elle reprenne un stérilet Mirena, euh... dans la mesure où euh... elle pensait que ce serait difficile, enfin compliqué pour elle de s'astreindre à reprendre une pilule. Donc on a, euh... voilà hier, le stérilet au cuivre a été retiré sauf que euh... il y a eu un gros spasme et impossibilité voilà... vu les douleurs, de reposer à la suite le Mirena. Euh... donc ça a amené une discussion aussi peut-être, euh... pour la patiente, sachant que, en fait il y avait des dyspareunies depuis l'accouchement, qu'elle avait des conduites un petit peu d'évitement par rapport à des rapports sexuels etc... donc ça a abouti dans un premier temps sur la non pose de stérilet car c'était vraiment trop douloureux pour elle et trop difficile, euh... une prescription donc du coup elle était repartie dans un premier temps quand même sur une pilule en réfléchissant à un autre moyen de contraception euh... non lié à une prise quotidienne, et puis une orientation vers un sexologue pour pouvoir justement déjà un petit peu en parler, sachant que le... euh... l'examen général et gynécologique était tout à fait rassurant par ailleurs, il n'y avait pas de euh... je pense que c'était plus lié à un suivi... enfin voilà... à un vécu traumatique.

Et puis une pose qui s'est bien passée (rires) oui y'en a de façons assez nombreuses... euh... peut être de la patiente dont je vous parlais qui a récemment fait une... euh... une phlébite sous pilule. Donc euh... un petit peu à distance de son traitement de phlébite... elle a souhaité que l'on pose un stérilet au cuivre... euh donc voilà une patiente qui était tout à fait d'accord, qui je pense allait sans doute euh... dans les années à venir, s'orienter vers cette contraception-là, là les choses ont été peut-être un petit peu activées pour le poser. Patiente très détendue avec une pose très simple, c'était une patiente qui avait déjà eu 2 accouchements par voie basse, euh voilà... vraiment aucun problème particulier. Voilà... peut-être aussi que les femmes qui n'ont d'autre choix que celui-là l'acceptent plus facilement, voilà, il y a peut-être moins de réticence, je sais pas. (rires)

I : Très bien. Qu'est ce qui selon vous peut justement influencer cette facilité ou la difficulté de la pose ? dans différents contextes ?

M5 : Alors je pense que d'un point de vue purement organique euh... la nulliparité reste quand même une difficulté à la pose un petit peu plus grande. Euh... à l'heure actuelle je n'utilise plus de... pendant un certain temps en fait euh, parce que c'était aussi la pratique qu'on avait au centre de planification, j'utilisais des Cytotec que je demandais à la femme de prendre avant la pose, euh... avec une impression assez subjective que ça marchait... enfin voilà après entre le subjectif et l'effet placebo, je ne sais pas lequel était le plus efficace... on en a rediscuté à plusieurs reprises du coup en centre de planification où l'on a arrêté cette pratique-là car il y avait des effets secondaires quand même... euh... qui pouvaient être importants pour les femmes, euh... donc en général, ce que je leur propose, c'est de prendre un antalgique avant de venir donc plutôt du type Ibuprofène ou Spasfon en fonction de ce qu'elles supportent ou d'éventuelles allergies, euh... je leur donne en général une prémédication à base d'homéopathie donc voilà... qu'elles prennent aussi à peu près une heure avant de venir. Je pense que voilà, le fait que le col soit un peu plus serré, un peu plus fermé, c'est euh... la pose est peut-être un petit peu plus délicate sachant que après on utilise aussi des stérilets qui sont de taille un petit peu moins grande donc je pense que ça compense. Euh... sur... quand vraiment je vois... sur les stérilets au cuivre, quand je vois que je ne peux pas passer l'orifice interne, c'est vrai que du coup je le pose en torpille, alors je ne sais pas si c'est une technique que vous connaissez ? En fait, ça permet de ne pas entrer l'inserteur dans la cavité utérine, de ne pas avoir à prendre de mesure aussi de la hauteur utérine. Euh... après je sais qu'il y a aussi des patientes à qui je propose de poser un stérilet, et qui même si elles adhèrent à la pose parce que ça leur paraît une bonne idée, ont des profils, on va dire, où il y aura plus d'incidents, enfin plus de difficultés notamment plus de malaises vagues, donc euh... voilà. En cabinet, ce sont des patientes qui sont suivies donc euh... je (silence) je... comment dire... je... j'anticipe un petit peu on va dire, je prévois voilà de les voir plutôt en fin de consultation, on a une salle aussi ici pour permettre à la femme de rester un petit peu allongée pour récupérer, je leur dis de venir accompagnées, euh... plutôt... j'en pose pas mal aussi vendredi en fin de journée parce que du coup, elles ne travaillent pas le week-end, ça peut permettre de récupérer tranquillement, ça permet aussi de déstresser un peu les femmes, sachant que de temps en temps il y a des malaises vagues quand même...(rires) mais je ne trouve pas, sur le

nombre de stérilets posés, je ne trouve pas que c'est si important sur la quantité... alors voilà il y a des dames qui ressentent ben la douleur quand on pose, vraiment de contractions, qui ressentent de petites bouffées de chaleur, mais voilà... rien de très important, puis il y a quelques femmes, voilà je ne sais pas euh... sur une dizaine d'années de pratique, il y a peut-être eu une demi douzaine de fois où il a fallu garder les femmes de façon un petit peu plus prolongée, pour qu'elles aient le temps de récupérer et euh... de façon satisfaisante. (rire)

I : Ok. Très bien. Sur les patientes que vous revoyez, qu'est-ce qui ressort justement sur leur ressenti de cette pose ? Est-ce qu'il y a des retours positifs ? négatifs ?

M5 : (silence) En général non elles...même quand il y a eu des douleurs au moment de la pose euh...je dirais le vécu après est plutôt positif. Elles sont plutôt satisfaites de l'avoir, je pense que la douleur qui y'a pu avoir ou la difficulté qui y'a pu avoir au moment de la pose est compensée aussi par le côté pratique et par l'intérêt qu'elles ont par la suite. Euh... souvent ce qui gêne le plus les femmes mais euh... en les préparant un petit peu à ce que ça arrive c'est mieux vécu, avec les stérilets au cuivre il peut y avoir notamment des petites vaginoses, des choses comme ça donc, souvent c'est ça qui est un petit peu difficile mais je dirais plus dans les quelques mois qui suivent, enfin les quelques semaines, les quelques mois, que le souvenir de la pose entre guillemets.

I : Alors, tout à l'heure vous me parliez euh... de votre ancienne pratique de Cytotec...

M5 : Hum..

I : Et de maintenant plutôt Ibuprofene, Spasfon. A part les antalgiques, est-ce que vous utilisez d'autres moyens pour prévenir la douleur lors de la pose ?

M5 : Alors en général, plus des techniques de relaxation, euh... à Flora Tristan, on a eu une première formation à l'hypnose, donc il y a des petites techniques que je réutilise aussi en pose. Voilà. Et puis après, c'est plus sur des techniques de pose, comme la pose en torpille, quand je vois que c'est vraiment trop compliqué, c'est des techniques que j'utilise, sachant que là ça va être de plus en plus limité par le type d'inserteur que l'on va avoir dans l'avenir, voilà, c'est plus ça...

I : Vous pouvez détailler un petit peu plus la pose en torpille parce que..?

M5 : Alors la pose en torpille, on ne prend pas de hauteur utérine. On positionne le stérilet à l'intérieur de l'inserteur, on pose l'inserteur jusqu'au moment où ça bloque, donc en général au niveau de l'orifice interne du col, et en fait après on pousse avec le mandrin tout doucement le stérilet dans la cavité utérine, euh jusqu'à ce qu'il y ait une résistance qui correspond en fait au fond utérin, jusqu'à ce que la branche en T en fait touche le fond utérin, donc c'est quelque chose du coup, la taille du stérilet est encore plus petite car il n'y a pas l'épaisseur de l'inserteur, et il n'y a pas aussi la manipulation d'avoir 2 fois à passer l'orifice interne du col, donc ce qui est à priori le plus douloureux. On ne peut pas le faire avec les systèmes euh... des SIU en fait, c'est le problème. (rire)

I : Est-ce que vous avez remarqué des facteurs prédictifs, chez vos patientes, de la douleur ? Ca peut être dans le profil, dans le comportement, dans l'histoire , dans..?

M5 : Alors... de la douleur, pas nécessairement. (silence). Plus globalement de la difficulté de la pose en fait. Après la douleur est un des composants, mais il y a aussi euh... le fait de la contraction quand elles arrivent, euh quand on les positionne, le fait éventuellement d'avoir un malaise vagal. Euh... je dirais en général, c'est quand même des vécus traumatiques par rapport aux accouchements, post-partum. Un certain nombre de femmes aussi, même si on a revu un peu les facteurs anatomiques, connaissent pas trop leur anatomie, y'a des femmes qui ont du mal à sentir qu'on les touche en fait, et à ne pas savoir ce qui se passe, donc ça en général euh... le fait d'expliquer au fur et à mesure, donc ça c'est vu avec la patiente à la

visite préalable, enfin à la consultation préalable, le fait d'expliquer au fur et à mesure ça, ça permet en général de lever l'obstacle, après euh... comme dirait la patiente d'hier, voilà... "je suis un petit peu douillette", des dames qui ont des profils peut-être un petit peu plus neurotoniques ou un petit peu plus craintifs de la douleur, ça c'est vrai que c'est un facteur qui peut intervenir oui.

I : Très bien. Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu des principales réticences que vous rencontrez quand vous exposez ce moyen de contraception, quand vous le proposez ?

M5 : Euh... beaucoup moins depuis le problème des 3ème et des 4ème générations. Je pense que les... alors peut-être aussi qu'on informe plus sur le stérilet donc peut-être qu'il y a moins de réticences. Euh... la plupart du temps, alors chez les femmes qui sont nullipares c'est l'inquiétude d'un examen gynécologique, c'est souvent ça ; quand les rapports sont un petit peu épisodiques mais ça, ça peut s'entendre. Et puis après euh... souvent pour les femmes un petit peu plus "âgées" ou avec un petit peu plus d'expérience, c'est plus euh... d'une part le fait d'avoir un corps étranger intra-utérin, alors ce qui n'est pas... enfin euh... je trouve toujours assez surprenant, c'est-à-dire qu'il y a des femmes par exemple euh... pour qui l'implant en tant que corps étranger ne va poser aucun problème mais le stérilet en tant que corps étranger intra-utérin va poser problème et inversement ; et puis euh... ce qu'on rencontre de moins en moins souvent mais encore un petit peu, c'est euh... comment dire, la réticence qui est de la crainte du partenaire. Euh... c'est-à-dire, il y a un certain nombre de conjoints qui expriment le fait qu'ils ne veulent pas ce moyen de contraception-là parce qu'ils ont peur que ça les blesse... enfin voilà je pense qu'il y a aussi un imaginaire, une symbolique qui est un petit peu compliquée et que les hommes explorent pas forcément par rapport à ça et c'est souvent les 2 réticences qui sont les plus exprimées. Après euh... y'a relativement, je trouve, quand on leur explique comment fonctionne le stérilet, peu de réticences par rapport aux éventuels effets secondaires, parce que voilà en général les femmes choisissent l'un ou l'autre en fonction de ce qu'on peut leur exposer. Elles savent aussi que éventuellement, y'a une possibilité de changer, de passer de l'un à l'autre si vraiment au bout de quelques mois elles s'aperçoivent que ça ne leur convient pas, donc...voilà. Donc c'est peut-être plus par rapport à la symbolique, à l'imaginaire que ça pose problème.

I : Très bien. Du coup, vous me parliez justement de ce problème de pilule de 3ème génération depuis 2013... Est-ce que vous avez remarqué une augmentation des demandes par les femmes ?

M5 : Oui. Euh... alors je ne prescrivais pas beaucoup de 3ème génération sauf dans des cas très particuliers, euh... les femmes à l'heure actuelle demandent quand même quand elles s'orientent vers une pilule... euh voilà... elles demandent quel type de pilule on leur prescrit, ce qui me paraît tout à fait normal à leur expliquer. Et il y a de plus en plus de femmes, alors qui étaient peut-être un petit peu hésitantes, mais qui du coup se tournent plus vers le stérilet. Voilà. Sachant que ça a quand même été vérifié aussi de façon plus objective (rire) que mon ressenti.

I : D'accord. Il y a beaucoup de femmes qui se présentent à vous en disant "je ne veux plus du tout de contraception hormonale" ?

M5 : Euh... oui. Oui. alors je pense euh... que ça a été un petit peu augmenté de façon brutale justement après la crise des pilules de 3ème-4ème générations, euh oui y'a quand même euh... sachant que moi j'ai une partie des patientes aussi qui... qui... d'orientation plus "bio" et qui du coup veulent des moyens de contraception plus... qui soient à la fois sûrs et sans hormone, donc effectivement là, on se retrouve tout à fait sur le stérilet au cuivre, ouais... oui je pense que la... la demande a quand même augmenté je pense. Avec aussi un certain nombre de femmes malheureusement qui... au moment de... là en 2013 euh... qui du coup ont tout arrêté d'un seul coup, ça, ça a posé quand même un petit peu problème, au sein du cabinet en lui-même, il n'y a pas eu trop de catastrophes mais on a quand même revu plusieurs femmes dans les mois qui suivaient... alors qui n'étaient pas forcément suivies au niveau gynéco au cabinet mais qui du coup avaient vraiment tout arrêté parce qu'elles avaient

une "3ème génération", elles étaient inquiètes, ...fallait un petit peu reprendre les choses et puis leur expliquer qu'il y avait d'autres possibilités.

I : Est-ce que vous pensez que les médecins généralistes s'investissent plus dans tout ce qui est contraception ?

M5 : (rires) Alors je dirais, nous on est 3 jeunes médecins au cabinet donc oui je pense que c'est quelque chose qui est important pour nous. Moi j'ai une vision qui est peut-être un petit peu influencée par l'activité au centre de planification. Euh... après j'ai du mal à me rendre compte... du ressenti que j'ai aussi par rapport à la pratique des collègues médecins généralistes et quand on reçoit des patientes effectivement au centre de planification, on s'aperçoit que pour une bonne moitié des patientes, il y a quand même eu des failles dans le discours ou dans la prise en charge avec leur médecin... alors pouvant venir du médecin comme de la patiente aussi hein... c'est... il y a un certain nombre de patientes qui sont un peu fuyantes par rapport à la contraception, qui ont de temps en temps des ordonnances de façon un petit peu urgente ou entre 2 portes et voilà, la prise en charge est aussi difficile dans ces cas-là effectivement. Ca je pense que c'est pas forcément lié au médecin (rires).

I : Très bien. Est-ce qu'il y a des choses qui vous feraient proposer ou poser plus de stérilets ?

M5 : Là, à l'heure actuelle ?

I : Oui.

M5 : Qui me feraient poser plus de stérilets ?

I : Ou même le proposer. Ou alors vous pensez que vous le faites déjà ...

M5 : Je le fais déjà un peu de manière systématique donc... après euh... Alors, j'ai peut-être pas un discours suffisamment contraignant. Euh... pour certaines patientes qui arrivent à 35-38 ans, qui ont la pilule et qui ne veulent pas en changer... euh... j'ai tendance aussi à me dire que si c'est un moyen de contraception qui leur convient bien, qu'elles l'ont choisi... euh... faire une pose de stérilet euh... contrainte, c'est peut-être pas forcément une bonne chose donc euh voilà. Par rapport au discours, peut-être qu'ont certains gynécologues ou d'autres collègues généralistes, c'est vrai que je suis peut-être un petit peu moins insistante... voilà. Dans la mesure où la femme n'a pas de contre-indication médicale, enfin, en dehors de l'âge éventuellement, et qu'elle est bien dans cette contraception-là, je... je la contrains peut-être moins... je lui propose toujours lors des consultations qu'on peut avoir pour un renouvellement de contraception, je lui demande si elle ne souhaite pas passer plutôt sur une autre contraception type stérilet... mais après voilà si... sans forcément insister, en noircissant le tableau (rires).

I : Ok très bien. Est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose ? qu'on aurait pas abordé..?

M5 : Euh... non. Je pense qu'au niveau consultation, on a fait un petit peu le tour. (silence)

Après ce qu'on investit peut-être pas suffisamment mais peut-être moi la première, c'est peut-être le stérilet comme contraception d'urgence. Ca c'est quelque chose qui est assez méconnu en France. On se tourne plus vers les pilules de contraception d'urgence qui ont pourtant une efficacité plus limitée dans le temps et moindre, enfin voilà avec une décroissance d'efficacité plus importante. Euh... moi ça m'est arrivé de le proposer... c'est vrai que par exemple, quand je prescris une pilule, je propose systématiquement à la femme une contraception d'urgence sur l'ordonnance en même temps. Je lui indique pas forcément systématiquement, même si on a parlé du stérilet, que c'est aussi un moyen de contraception d'urgence qu'elle peut utiliser dans les 5 jours qui suivent un éventuel rapport qui pourrait déclencher une grossesse, et c'est

vrai que ça, c'est peut-être une chose qu'il faudrait modifier voilà dans la présentation, dans le discours... ça pourrait être intéressant peut-être. Peut-être à évaluer. (rires)

I : Parfait. Bon ben merci beaucoup.

M5 : De rien.

ANNEXE 6 : Entretien Gynécologue n°1

I : Alors, du coup, la première question qui est assez générale, donc euh... est-ce que vous pourriez me parler de votre expérience vis-à-vis du dispositif intra-utérin ?

G1 : A quel niveau ?

I : Alors, au niveau, euh... par exemple, quand est-ce que vous le proposez ?

G1 : Euh... un petit peu ce que vous disiez tout à l'heure, ça peut être en libre choix, ça peut être quand il y a des contre-indications aux autres méthodes de contraception ou une méthode pas bien tolérée pour une raison ou une autre... euh... à la demande des gens, enfin... c'est très variable, très très variable.

I : Vous avez des consultations spécifiques ?

G1 : Non. Pour les stérilets ?

I : Oui.

G1 : Non... non, non. Enfin, qu'est-ce que vous appelez consultation spécifique ?

I : Euh... c'est-à-dire une consultation où vous discutez avant la pose ?

G1 : Ah, oui, toujours, pardon je n'avais pas compris dans ce sens-là. Toujours, oui, que ce soit stérilet ou pilule, oui, toujours, oui, oui.

I : D'accord. Et lors de cette consultation, vous expliquez, vous montrez... comment ça se passe en fait ?

G1 : Alors j'essaie déjà de voir ce que souhaitent les gens. Après moi j'explique ce qu'est un stérilet, la différence entre stérilet hormonal et stérilet au cuivre, au niveau du résultat pour la patiente, règles ou pas règles en général c'est assez simple et puis des effets secondaires potentiels de chacun des stérilets. Au niveau effets secondaires, je décris pas non plus tout le listing qu'on a dans les petites fiches, hein ? Je les vois toujours avant, oui, ça c'est systématiquement.

I : D'accord. Vous, qu'est-ce que vous en pensez comme moyen de contraception ?

G1 : Ça marche bien, ouais, ça marche très bien, ouais [rires]... non, y a pas de souci.

I : Ok. Au niveau du nom « stérilet », est-ce que vous pensez que ça peut être un frein ?

G1 : Alors, moi j'étais... j'ai jamais connu d'autre nom moi, je suis pas de la même génération que vous donc euh je sais que maintenant on parle de système intra-utérin, avant on disait dispositif, moi j'ai appris stérilet... euh, c'est plus un problème je m'en rends compte pour les jeunes générations qui doivent voir des trucs traîner sur internet parce que ça n'a jamais posé de problème avant donc euh... voilà. Mais... parce que c'est vrai que dernièrement j'ai eu une ou deux questions sur la fertilité après, questions qui se posaient pas jusque-là donc je pense qu'il y a des choses qui doivent traîner par rapport à ça. Mais après... euh... non, c'est tellement je dirais dans la pratique, dans les habitudes, que les gens viennent pour un stérilet, ils viennent pas pour un dispositif intra-utérin quand même, ouais [rires].

I : Ok. Est-ce que vous utilisez des maquettes, des choses comme ça ?

G1 : Alors, moi j'ai un petit modèle pour... pour montrer [ouvre un tiroir]... je ne l'utilise pas systématiquement, hein... j'ai ce truc-là... donc, là... tous mes modèles de stérilets à montrer. Mais, oui, je l'utilise pas à chaque fois ça.

I : Elles sont étonnées les femmes de voir à quoi ça ressemble ?

G1 : Souvent oui. Souvent elles trouvent que c'est petit, oui [rires].

I : Très bien. Alors, est-ce que vous pourriez justement me raconter une situation de pose qui s'est parfaitement déroulée et à contrario une qui vous a posé souci ou à la patiente ?

G1 : Alors honnêtement, euh... pff, j'ai pas trop de souci moi sur les poses de stérilet donc euh... je dirais parfaitement déroulée pour moi, euh, c'est la grande majorité des cas, parfois ça peut être plus compliqué parce que... alors sur les poses en elles-mêmes, j'ai pas de souvenir particulier... bon, comme tout le monde j'ai eu des perforations, hein, ça c'est sûr mais c'est pas le genre de chose dont on se rend compte tout de suite en général... euh... Les patientes, oui, j'ai eu des malaises, des malaises vagues, des pertes de connaissance, des choses comme ça, donc ça oui ça arrive, c'est pas fréquent mais ça arrive, oui.

I : D'accord. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait influencer justement la facilité ou la difficulté de la pose ? Du point de vue de la patiente, du point de vue du contexte, du point de vue de...

G1 : Du point de vue de la patiente ? C'est plutôt l'appréhension, je me rends compte l'appréhension générale qu'elles se font de la pose, c'est plus dans la tête que d'un point de vue pratique parce que point de vue pratique on a toujours tous les moyens pour... euh... pour passer un col... bon, on peut être en échec parfois mais c'est pas souvent quand même. Et c'est plutôt... euh... ça vient plutôt de l'appréhension de la femme.

I : Et est-ce que vous pensez que la relation que vous avez avec votre patiente joue positivement ou... la relation de confiance ?

G1 : Je suis pas sûre... [rires]... je suis pas sûre. J'ai des patientes que je connais depuis très longtemps, c'est toujours très compliqué à chaque fois que je leur change... et puis des jeunes filles qui me sont adressées pour leur première pose ça se passe, voilà, sans difficulté... donc, euh, je me rends pas compte, c'est à elles qu'il faudrait poser la question [rires].

I : Vous en posez chez les nullipares du coup ?

G1 : Oui.

I : D'accord. Au niveau de votre formation, c'était au cours de vos études ?

G1 : Alors moi je suis ancienne interne donc c'était en compagnonnage au CHU et, euh, oui voilà c'est ça, en assistant aux consultations.

I : Du coup, sur les nouveaux dispositifs, vous avez des représentants qui viennent vous présenter... je pense au Jaydess par exemple maintenant...

G1 : Jaydess et Mirena, oui, ils sont tous passés. Oui, il est passé nous montrer le nouveau dispositif, voir comment ça fonctionnait, puis voilà.

I : Ok. Quand vous revoyez ces patientes après la pose, est-ce qu'elles vous rapportent des choses particulières, qu'est-ce qu'elles vous rapportent en général, sur la pose et sur l'après ?

G1 : C'est très variable. Y en a qu'oublie de revenir à la visite après donc on suppose que ça se passe bien... euh... c'est très très variable... euh... je dirais y a de tout, hein. En général, qu'est-ce qu'elles peuvent rapporter ? euh... douleurs de pose pas vraiment, ou ça dure un jour, deux jours ou huit jours ou pas... Enfin, c'est vraiment, oui, c'est vraiment très très variable d'une patiente à l'autre. Euh... saignements ou pas saignements... après sur leur vécu à elles, elles vous en parlent pas beaucoup, sauf quand elles ont eu un gros malaise mais sinon, non, y a pas de retour particulier, en fait, par rapport à ça.

I : Vous avez pas beaucoup de patientes qui reviennent vous voir en vous disant « faut absolument que vous me l'enleviez » ?

G1 : Ah oui... alors moi je les vois souvent au bout d'un mois, un mois et demi, ça dépend... celles qui reviennent plus tôt vous voulez dire en disant ça va pas ?... euh, sur une année, si j'en ai une ou deux, pas plus... Moi je dois poser, on va dire, entre 100 et 150 sur l'année je dois faire à peu près, oui, donc j'ai vraiment très peu, très peu de retours comme ça. Parfois c'est même plus sur le coup, il m'est déjà arrivé de retirer un stérilet dans l'heure qu'a suivi parce que ça n'allait pas. Mais... Et puis, oui, peut-être une ou deux fois dans l'année des gens qui reviennent plus tôt parce que ça va pas, ouais, si, si, ça arrive, mais c'est vraiment pas souvent, hein, pas souvent.

I : Du coup, c'est plus une mauvaise tolérance ?

G1 : Euh... bah oui. Une mauvaise tolérance anatomique ou autre, je sais pas trop, ils sont pas forcément mal placés dans ces cas-là. Parfois on a la surprise, on fait les échos, et puis y a rien de spécial mais c'est pas bien supporté.

I : Est-ce que, vous, vous pensez que la pose soit douloureuse ?

G1 : Ça aussi ça dépend, y a des gens ça leur fait rien puis d'autres faut les prémédiquer avant de les mettre. Je pense qu'il y a une sensibilité... c'est le rapport à la douleur... les nulligestes paradoxalement elles supportent beaucoup mieux, je trouve, que celles qu'ont déjà eu des enfants. Donc, non, je pense que c'est le rapport à la douleur de chacune. Et puis, ce qu'on met derrière sur la pose du stérilet.

I : Qu'est-ce que vous mettez en place pour prévenir, pour éviter justement que la pose soit trop douloureuse ?

G1 : Je leur prescris de l'Antadys, qu'elles prennent ou qu'elles prennent pas, la plupart du temps elles le prennent, donc avant la pose, hein, deux heures avant. Ça c'est le truc de base, et puis sur des contextes particuliers je peux prescrire du Cytotec ou un anxiolytique, ça ça m'arrive aussi. Mais ça c'est des situations, des gens que je connais, bien ciblés, c'est pas pour tout le monde. En général, dans ces cas-là ça se passe bien.

I : D'accord. Et au niveau de la consultation, est-ce que vous mettez en place des choses particulières ? Est-ce que vous parlez beaucoup, est-ce que...

G1 : Lors de la consultation de pose vous voulez dire ?

I : Oui.

G1 : En général, je discute, oui, j'explique ce que je fais. Parfois, mais c'est plutôt rare, on me dit « non, je préfère... » taisez-vous en gros on me dit, donc ok là je dis plus rien mais sinon en général je décris en temps réel ce que je suis en train de faire, ça va faire mal, ça va pincer, ceci, cela... Et puis, c'est tout. Mais je parle pas trop de la pluie et du beau temps pour dire de penser à autre chose, non [rires].

I : Est-ce que vous avez pu repérer chez certaines patientes des facteurs qui pouvaient être prédictifs de la douleur justement ?

G1 : Mm... c'est souvent en lien avec les accouchements, c'est souvent en lien aussi avec les premiers examens gynécologiques qui se sont pas bien passés, et puis c'est aussi souvent des problèmes relationnels de couple, euh, de rapports qui se passent pas bien ou autre, mais c'est souvent ça oui.

I : Très bien. Intéressant. Qu'est-ce que vous pensez des réticences des femmes par rapport à ce moyen de contraception ? Qu'est-ce qu'elles vous disent ?

G1 : Des réticences... alors ça c'est compliqué comme question, parce qu'en ce moment, c'est vrai, c'est un peu à la mode, y a quand même un gros effet de mode chez les jeunes, donc y a pas vraiment de réticences justement... Les réticences c'est la douleur souvent, et puis sur les stérilets au cuivre c'est les hémorragies, c'est essentiellement ça. Mais c'est surtout la douleur, je crois, la réticence à la mise en place d'un stérilet, et puis le corps étranger alors ça c'est la première chose qu'on... chez les réticentes c'est souvent ça, le « je me vois pas avec un corps étranger », ce qui est très symbolique parce qu'on a pas le même discours avec l'implant. Donc, euh, oui, c'est ça les réticences, c'est jamais... c'est plus... euh, comment dire... c'est pas quelque chose de logique ou d'intellectualisé, c'est vraiment du ressenti, parce qu'elles savent que ça marche, voilà, qu'y a pas de souci, mais c'est la façon dont c'est ressenti, ouais.

I : Vous me parliez tout à l'heure au niveau de la taille aussi ?

G1 : Oui, c'est ça, parce que Mirena c'est un très, très grand et... « comment ça passe ? est-ce que ça va faire mal ? est-ce que mon mari va le ressentir ? »... enfin, y a plein de choses, oui.

I : Est-ce qu'on vous a déjà dit « non, je ne veux pas de stérilet parce que mon conjoint ne veut pas » ?

G1 : Oui, oui.

I : C'est quelque chose qui est nouveau ça aussi, la prise en compte du conjoint dans le moyen de contraception ?

G1 : Euh... dans les couples, souvent c'est discuté avant, oui, bien sûr. Et puis quand il y a des problèmes de couple effectivement souvent le stérilet ça va plus. Donc c'est assez symptomatique, ça, oui.

I : Ok. Vous me disiez que c'était assez à la mode, est-ce que depuis la fameuse crise médiatique de 2013 vous avez remarqué une augmentation des demandes ?

G1 : Oui, surtout chez les nulligestes. Chez les multipares non, parce que y a quand même un confort à la prise de pilule en termes de douleur, d'hémorragie, qui est là, donc les femmes qui étaient déjà sous pilule et qui en sont contentes elles vont pas changer forcément plus que ça sauf exception bien évidemment. Alors que les plus jeunes, elles ont pas du tout de recul et elles prennent à cent pour cent ce qu'on leur dit et donc elles s'imaginent plein de choses, donc, oui, y a une forte demande, oui... qui est parfois déçue car elles supportent pas forcément.

I : Et vous l'expliquez comment du coup ?

G1 : Quoi donc, la demande ?

I : Oui.

G1 : Un phénomène de mode, je pense. Souvent, y a de tout, hein, dans les patientes, dans les nulligestes qui veulent des stérilets... alors, je mets à part les écolos, bio, ça c'est sûr... mais c'est souvent le « je veux pas d'hormones » sans trop savoir ce qu'il y a derrière. C'est souvent ça, oui.

I : Est-ce que vous pensez que les médias jouent un rôle important ?

G1 : Oui, bien sûr, oui.

I : Positif, négatif ?

G1 : Ça dépend des personnes. Mais en général c'est bien parce que celles qui sont motivées elles ont toute l'info avant donc on a plus qu'à recadrer, donc... enfin, recadrer, y a quand même des questions qui se posent mais, euh, non, elles savent bien. Non, ça, elles sont très bien informées.

I : Qu'est-ce que vous pensez du rôle des sages-femmes, leur nouveau rôle dans la pose de stérilets et les consultations de contraception ?

G1 : Là, je pense qu'elles sont pas formées pour la pose et qu'elles sont pas formées pour la contraception alors à moins que les nouvelles formations de sages-femmes changent mais de ce que j'en connais... elles sont pas... pas formées pour ça.

I : Ok. Est-ce que vous pensez que les médecins généralistes s'investissent un peu plus dans la pratique de la gynécologie ?

G1 : De votre génération, oui. Mais les plus anciens, ça dépendait d'où ils étaient installés et ce qu'ils faisaient, mais parmi les plus jeunes, oui, y a beaucoup plus de jeunes femmes qui font de la gynécologie qu'il y a quelques années, enfin ça existait déjà mais c'est beaucoup plus important maintenant, oui, tout à fait.

I : Donc vous pensez qu'il y a une féminisation un peu de la profession ?

G1 : Oui, parce que beaucoup de femmes n'ont pas envie que ce soit leur médecin généraliste homme qui s'occupe de la gynécologie, oui.

I : Ok. Très bien. Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous inciterait à en poser davantage ou à en proposer davantage ?

G1 : Alors, est-ce que je pourrais en poser plus ?... euh... j'ai pas l'impression d'avoir un frein à la pose donc... j'ai pas non plus... comment dire... je sollicite pas les gens si y a une méthode qui convient, qui va bien, même si à trente-cinq ans on se dit, bon, on pourrait mettre un stérilet elle serait plus tranquille, bon, si elle veut pas, elle veut pas. A ce niveau-là, je pourrais faire plus mais c'est pas mon choix.

I : Très bien, parfait. Est-ce que vous aimeriez rajouter quelque chose, qu'on n'aurait pas abordé, qui vous paraît important ?

G1 : Non, je vois pas... je vois pas [rires]. C'est vrai que ça me pose pas vraiment beaucoup de soucis alors c'est pour ça que je vois pas, non... Non, on voit qu'il y a une évolution avec le temps des indications, de la patientèle, etc... ce qui est toujours intéressant, bon après est-ce que ça va perdurer ou pas, est-ce que c'est un phénomène de mode, c'est pas sûr. Peut-être que dans dix ans on reviendra à des choses plus classiques.

I : Parfait. Merci beaucoup.

G1 : Je vous en prie.

ANNEXE 7 : Entretien Sage-Femme n°2

I : Alors, c'est des questions euh très ouvertes hein. Donc c'est vous qui me dites, voilà...

SF2 : Ok, ça marche.

I : Alors, la 1ère question. Quelle est votre expérience vis-à-vis du dispositif intra-utérin ?

SF2 : Donc depuis combien de temps j'en pose ? Ça va faire 2 ans. Voilà.

I : D'accord. Donc dès que vous avez eu le droit en fait de...

SF2 : Dès que je me suis installée en libérale parce qu'avant j'étais 10 ans en structure hospitalière et on posait pas, là-bas... Voilà. Donc, arrivée en libérale, j'ai fait une formation et c'était parti mon kiki.

I : Ça marche. Vous avez fait quoi comme formation du coup ?

SF2 : Une formation sur Paris avec la DCO qui est spécialisée pour les sages-femmes. C'est le suivi gynécologique et contraception. Voilà. Après, j'en avais fait pendant mes études de sage-femme il y a longtemps, poser, machin et tout. Mais bon, ça, c'était oublié en 10 ans. Et puis du coup, c'est vite revenu après.

I : Ok. Qu'est-ce que vous en pensez comme moyen de contraception ?

SF2 : Euh. Pour moi, c'est, je trouve que c'est un bon moyen de contraception chez les patientes qui ont déjà des enfants, en fait. Celles qu'en ont pas, elles sont encore un petit peu réticentes à ça. On en pose quand même quelques-uns. Plus que ce que j'aurais imaginé quand même. Mais, euh, ouais, quand elles ont des enfants, qu'elles ont peur d'oublier la pilule, ouais, tout ça. Je trouve que c'est la contraception de choix chez ces patientes.

I : Ok. Vous, de vous-même, vous en proposez à quelle occasion ? Enfin, à quel moment ?

SF2 : Les "consults" gynéco, annuelles. Je leur parle toujours de la contraception et puis les visites post-natales. J'en parle aussi euh, là, ce matin, j'avais une séance préparation à la naissance. J'en parle aussi pendant la préparation de la naissance, de la contraception. En général, du stérilet, après je détaille chaque contraception. C'est important, je trouve, la réflexion autour de la contraception d'une manière générale. Parce que on a pas mal de choix mais ça reste très difficile pour les femmes et, par rapport au stérilet, on a vraiment celles qui se font des idées, ne serait-ce que sur la taille, la matière. Donc nous on a, on leur fait manipuler, on a et ça... ne serait-ce que ça, ça change le regard de certaines par rapport au stérilet.

I : Ça marche. C'était ma prochaine question. Donc, quand du coup vous présentez le stérilet, vous avez des outils ?

SF2 : Oui. Ouais, ouais. On a une petite, enfin, une petite plaquette là. Où on montre avec stérilet, sans stérilet, ce que le stérilet au cuivre change dans l'endomètre, tout ça... Et puis, oui, on a des stérilets, soit qu'on n'a pas pu poser, qu'on a gardé sans même essayer de les introduire, mais... Et puis, sinon, on a des stérilets de démonstration quoi.

I : Ok. Quand... Comment vous en parlez ? Vous expliquez ça comment ?

SF2 : Alors, de manière globale ? Euh, je leur explique, je leur explique le fonctionnement de chacun. J'explique principalement le cuivre, le Miréna et je finis par expliquer le Jaydess qui est un peu, qu'est un peu... Les femmes voient ça un petit peu comme l'entre-deux. Euh, je leur explique les effets principaux, pour qu'elles commencent... pour que... ça a un effet contraceptif. Je leur explique la technique de pose. Je leur explique les principaux risques au moment de la pose, après la pose, sur les années à venir, notamment les anti-inflammatoires par rapport au stérilet au cuivre et je leur explique le suivi par rapport au stérilet.

I : Ok. Qu'est-ce que vous pensez du nom "stérilet" ?

SF2 : Ça leur fait peur, à certaines je pense, parce qu'elles se disent stérilet-stérile. Euh, elles ont peur que ça ait un impact, en fait, sur leur capacité reproductrice. Chez certaines, pas chez toutes. Je trouve qu'il y a quand même une nette évolution par rapport à ça. Euh, mais ouais c'est un mot qu'est pas terrible en fait.

I : Vous, vous utilisez plutôt le stérilet ou le DIU ?

SF2 : Le stérilet quand même. Ça leur parle plus que le DIU.

I : Très bien. Est-ce que il y a des caractéristiques chez certaines de vos patientes qui vont vous faire leur proposer ou pas le stérilet justement ?

SF2 : Euh alors moi je pars du principe que mon rôle en tant que sage-femme c'est d'informer mes patientes, donc je les informe sur toutes les techniques contraceptives. Après c'est... bien souvent, elles me demandent "Alors vous, qu'est-ce que vous feriez ?" Bon, moi c'est bon, j'ai ma contraception. Euh, après, je vais peut-être les faire réfléchir un petit peu plus quand elles me disent "la pilule je l'oublie et puis euh, l'implant j'ai essayé mais je saignais un peu tout le temps...". Voilà, donc là je vais peut-être essayer effectivement de les diriger un petit peu plus du coup vers le cuivre ou vers le Jaydess. Je pose beaucoup plus de cuivre d'ailleurs que de Miréna. Jaydess ça vient de plus en plus, mais le Miréna c'est...

I : Très bien. Euh, est-ce que vous pourriez me raconter une situation de pose qui s'est bien passée (pour vous et pour la patiente) et, euh, en parallèle justement, une situation où vous avez eu des difficultés ?

SF2 : Euh.... Alors, au risque de paraître prétentieuse, j'ai pas trop de difficultés dans la pose en fait. On prescrit de l'homéopathie avant. Je suis pas du tout une pro-homéopathie hein, mais euh je dois avouer que sur certaines situations, c'est très efficace. Notamment sur la pose du stérilet. Et du coup, alors je pense que ça, c'est peut-être aussi le fait qu'on utilise beaucoup nos doigts, mais ça se fait tout seul. La plupart du temps j'utilise même pas de pince de Pozzy. C'est vraiment... euh, ça se fait très bien. Euh, j'explique toujours à mes patientes que je suis une sage-femme, que j'ai pas tous les outils nécessaires autour de moi, voilà, et que je vais pas... que je suis pas une cow-boy du stérilet. C'est soit ça se pose facilement et bien, soit on arrête et on se revoit un petit peu plus tard, quitte à ce que je la dirige si besoin. Il y en a une, l'autre jour, où j'ai eu un petit peu de mal. C'est une dame, qu'a... elle a quel âge ? Elle doit avoir, je sais pas, elle doit avoir 45-50 ans. Elle a eu 4 enfants. Je me suis retrouvée avec une hystérométrie euh, petite, entre 5 et 6. Je me suis dit bon y a quelque chose. Je l'ai envoyée passer une écho, voir s'il y avait pas un fibrome ou quelque chose. Et puis non en fait, y avait rien. Et malgré l'homéopathie, malgré le fait que ce soit quelqu'un de super zen, j'avais du mal à passer l'orifice interne. Bon, on a attendu, on a papoté et puis progressivement euh j'ai réussi à passer. Mais c'est vrai que ça c'est... Je suis passée plus vite que d'habitude en fait parce que j'ai pas l'habitude de passer comme ça d'un seul coup dans... Mais pour l'instant, c'est la seule difficulté. Mais bon en 2 ans d'expérience, c'est... Voilà, non j'ai pas eu trop de difficultés.

I : Du coup, vous me parlez d'homéopathie, c'est quoi comme molécule que vous prescrivez ?

SF2 : Euh, Actaea Racemosa 30 CH, 1 dose, 1 heure avant.

I : Ok. Très bien. D'après vous, qu'est-ce qui peut influencer justement la facilité ou la difficulté de la pose ? Au niveau de la patiente ? Au niveau du contexte ? Au niveau de l'installation ? Enfin, vraiment globalement.

SF2 : Bah je crois que c'est un tout de toute façon. C'est d'abord entre une relation de confiance aussi, parce que, euh... il faut qu'elles soient bien reçues, il faut qu'elles aient.... Moi je trouve ça important voilà le temps qu'on va prendre, voilà de leur faire toucher, voilà avant de prescrire. Je leur dis aussi, vous allez aller chercher la boîte ; elle va être comme ça, n'ayez pas peur on rentre pas tout ça dedans !... Enfin voilà, on rigole un petit peu, la mise en confiance, euh, qu'elles soient à l'aise dans l'examen. Par exemple, moi, les femmes, elles se mettent pas les fesses à l'air devant moi. J'ai ma petite serviette, je les cache, je les accompagne sur la table. Voilà. Le respect, le respect de la personne, le respect de la pudeur et puis, euh... Et puis voilà. Après, comme je vous ai dit, moi je suis pas une cow-boy donc si je sens pas la patiente... Ça m'est arrivé une fois, elle était comme ça et tout... j'ai dit : écoutez, stop, on arrête là voilà. Ça va pas être possible aujourd'hui, je vous facture rien, vous repartez comme vous êtes venue et on se revoit plus tard. Elle avait eu des soucis, elle s'était fâchée, je sais pas quoi, avec son assureur. Enfin bon bref, elle était pas du tout dans de bonnes conditions. Euh, voilà. Moi, j'ai pas envie qu'il arrive quelque... quoi que ce soit au moment de la pose. C'était pas le moment de le poser et ben c'est pas grave. On se revoit 3 jours après, ça va mieux, on s'est posées. Voilà. Et puis l'homéopathie, et puis après je sais pas, c'est du feeling dans la pose. Si à un moment ou à un autre je le sens pas, je vais pas aller forcer.

I : Ok. Très bien. Quand vous revoyez les patientes après, qu'est-ce qu'elles rapportent sur leur ressenti au niveau de la pose et au niveau du post-pose ?

SF2 : Pour la plupart, ça s'est très bien passé. Je leur donne de l'homéopathie aussi pour... juste après la pose pour éviter une... de la contractilité utérine. Donc, non ça se passe bien ; j'ai... elles ont pas de difficulté particulière. Je les envoie systématiquement faire une écho euh, 10 à 15 jours après pour vérifier quand même si tout est bien en place et voilà... Je travaille beaucoup avec Marilyne qui est une sage-femme sur Angers qui fait que des échos. Si y a un souci, je leur dis aussi aux femmes, je dis voilà... Pour celles qui choisissent d'aller voir Marilyne, je dis voilà, si y a un souci de toute façon avec Maryline on se met directement en contact, voilà. Donc, le fait qu'il y ait un suivi aussi comme ça, pour la plupart ça les rassure. Et euh, voilà. Après, vraiment par rapport à la pose en elle-même, y a pas de difficulté particulière. Après, y en a qui sont plus ou moins satisfaites de certains stérilets, mais c'est plutôt positif.

I : Très bien. Est-ce que, vous, vous pensez euh que c'est douloureux ?

SF2 : Euh, non. Si... Pour moi en fait, c'est que ça ne doit pas l'être en fait. C'est surtout ça.

I : Qu'est-ce que vous mettez en œuvre pour que ça soit pas douloureux justement ?

SF2 : Bah l'homéopathie.

I : Oui...

SF2 : L'homéopathie. Si elles ont leurs règles, eh bah je leur dis que c'est un petit plus à ce moment-là. Je ne les pose pas non plus que pendant les règles, je les pose à n'importe quel moment du cycle. A partir du moment où on est sûr qu'il y a pas de grossesse, que ce soit avec un test bêta HCG ou voilà... Des femmes qui n'ont pas de souci d'oubli de quoi que ce soit. A partir du moment où c'est douloureux, je m'arrête, en fait. Voilà, c'est tout. Avec l'homéopathie et la mise en confiance, ça marche. Ça marche bien. Pour l'instant.

I : Vous avez repéré, euh, chez certaines patientes des facteurs qu'auraient pu être prédictifs justement d'une pose douloureuse ?

SF2 : Non.

I : Non ?

SF2 : J'en ai qui me disent "ah j'ai déjà essayé, j'ai eu super mal, j'étais accrochée" ou alors celles qui ont entendu la bonne copine, celle qu'est toujours sympa, qui nous raconte toujours les trucs euh... bien flippants ! Euh... Et encore ce matin, là j'en ai une qui me dit "ah, ma copine elle m'a dit : je préférerais accoucher que d'avoir un stérilet !" Oh, j'ai dit "Faut peut-être pas exagérer non plus !" C'est là peut-être qu'il y a un problème effectivement... Mais, euh, non, après, non, non, non.

I : Ok. Qu'est-ce que vous pensez des principales réticences des femmes justement envers ce moyen de contraception ? Par rapport à ce qu'on vous a rapporté ? Les motifs de refus, les choses comme ça ?

SF2 : Eh ben c'est principalement en fait, c'est principalement ce qu'elles ont entendu autour d'elles hein !

I : Comme ?

SF2 : Bah comme ça, comme la bonne copine qui dit que ça fait super mal, que la tata elle est tombée enceinte avec un stérilet, que euh... Que, elle l'a rejeté, que... Enfin voilà, toutes ces situations-là et... Oui, ben oui, comme tous moyens de contraception, c'est pas du sûr à 100 %. Y a des avantages, y a des inconvénients, mais, euh... Voilà, encore une fois de plus, je pense que vraiment le fait de mettre des images, de toucher le stérilet et voilà, de les mettre en confiance, de leur expliquer, d'être claire avec elles, d'être honnête, voilà. Oui y a des risques, ils sont là. Voilà ce que je fais pour pas... pour éviter ces risques-là. Maintenant bah... Vous y allez, vous y allez pas. Je leur dis toujours que, de toute façon, la meilleure contraception pour elles, ce sera celle qu'elles auront choisie de manière, voilà, sereine et raisonnée. Et que c'est une histoire de couple aussi. Voilà. Euh...

I : Justement, y en a déjà qui vous ont dit "non je veux pas ça parce que mon conjoint est pas d'accord" ?

SF2 : Alors non. Mais euh, j'en ai une, une fois qui m'a dit euh "bah mon conjoint il a pas très, très envie parce que son copain il lui a dit qu'il sentait les fils au moment des rapports" ! Voyez quand je vous dis encore les trucs qui peuvent influencer ! Voilà. Bah je dis non. Voilà. Donc j'explique. Moi je coupe les fils à 3 cm, ce qui va permettre qu'ils aillent se coller le long du col donc normalement, voilà. Si le stérilet bouge un petit peu, effectivement, ça peut se raccourcir. Bah auquel cas vous revenez me voir et on en met un autre et puis basta. Encore une fois, juste les rassurer.

I : Très bien. Est-ce que... Bah du coup ça fait 2 ans que vous en posez donc, ça va être un peu difficile comme question mais euh... Autour de la polémique qu'il y a eu en 2013 sur la contraception hormonale, est-ce que vous pensez qu'il y a eu une augmentation des demandes de DIU ?

SF2 : Alors effectivement j'étais pas encore euh, j'étais pas encore confrontée à la situation. Je ne sais pas si c'est ça qui y a fait, mais je constate aujourd'hui que les femmes vont de plus en plus vers le stérilet au cuivre pour obtenir une contraception non hormonale. Elles en ont marre des diminutions de libido et compagnie et elles ont vraiment envie de revenir à quelque chose de basique. En fait, c'est surtout ça. Moi, je pose principalement des cuivres parce que c'est... les patientes souhaitent revenir à quelque chose de non hormonal. Et, qu'effectivement, quand on va vers le non hormonal, bah y a plus beaucoup de solutions hein :

préservatif ou stérilet, spermicide ou abstinence effectivement, mais... pour le coup, c'est une contraception un peu radicale !

I : Est-ce que vous pensez que le fait, justement, que vous posiez vous maintenant, les sages-femmes, des stérilets et que il y ait une féminisation au niveau de la profession médicale, que ça favorise justement cette demande ?

SF2 : Par rapport au stérilet en lui-même, je sais pas. Peut-être qu'elles s'identifient plus ouais. Qu'en tout cas, peut-être qu'en tout cas... Alors je compare pas par rapport à des gynécos femmes, mais peut-être des gynécos hommes ou des médecins traitants hommes, euh... le fait que le discours soit féminin et... euh ouais que ça gagne une certaine confiance je pense. De toute façon, tout ce qu'on dit enfin... j'ai envie de dire, tout ce qu'on dit, tout ce qu'on... ça a forcément une influence sur nos patientes. Voilà. Et oui, le fait qu'on soit des sages-femmes, ou qu'on soit des femmes peut-être tout court, y a une influence forcément. Ouais.

I : Ok. Est-ce que vous pensez que les médias, ils ont un rôle important dans la contraception ? Vous me disiez que vous trouviez que de plus en plus...

SF2 : Non. Non, non, ils ont un rôle insuffisant, un rôle insuffisant. Euh... Moi j'ai fait mon mémoire de sage-femme sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Et euh... là, j'ai été diplômée en 2004, ça va faire 12 ans... Je me dis, déjà y a plein de choses qui avaient... qui sont censées être mise en place depuis longtemps... Et là, y a pas vraiment d'évolution non sur la contraception. Non, je trouve que c'est catastrophique. C'est catastrophique. Que ce soit le stérilet ou d'autres contraceptions. Tout. La sexualité de manière générale. On bombarde les enfants d'images sexuelles, pas sexuelles mais sexualisées en tout cas à la télé. Et euh, derrière, derrière y a rien. Y a même plus de... Pendant un moment, on voyait des trucs sur le sida, les... mais c'est tout. Non, y a plus rien. Ah non, non, non, c'est insuffisant. Mais pas que les médias en fait. Tout. Tout, parce que c'est la société de manière générale. La sexualité reste encore quelque chose de tabou. Ouais. Et moi, je suis contente quand j'ai des mamans qui m'amènent leur jeune fille là de 15-16 ans. Qui viennent, qu'on discute, sans forcément pour une contraception. Mais j'en ai qui me les amènent, voilà, pour qu'on discute de la sexualité parce que elles, elles ont du mal... soit elles transmettent à leur fille ou les filles sont moins réceptives peut-être quand c'est leur mère. Voilà, je trouve que c'est... moi, c'est des démarches que j'encourage. Et je trouve ça bien, ça me fait plaisir quand je vois ça.

I : Qu'est-ce qui vous inciterait à proposer plus de DIU ? Ou à en poser plus ?

SF2 : Qu'est-ce qui m'inciterait... Bah, rien, parce que, euh...(silence) ben moi je trouve vraiment que notre rôle de soignant c'est un rôle informatif en fait, et que la contraception c'est... ça doit être un choix de la patiente. Donc moi en tant que tel y'a rien qui va me, m'influencer d'autre que mes patientes elles-mêmes. Et d'ailleurs, c'est elles qui le font, voilà, quand elles viennent me demander une contraception non hormonale avec le stérilet au cuivre. Après peut-être prescrire plus certains stérilets que d'autres, euh... hormis le fait de hormonal, non hormonal... peut être plus certains modèles que d'autres, voilà. Parce que y'en a, je trouve qu'ils ont les fils un petit peu plus rigides, ou...voilà. Moi je regrette qu'il n'y ait pas les accessoires de pose (rires) qui soient fournis avec les stérilets, c'est tout bête hein, mais le set SETHYGYN, franchement les pinces sont vraiment pas terribles, euh... voilà. C'est plus des petits détails...

I : Ce que vous venez de dire sur les sets... c'est pas euh... c'est pas terrible alors ?

SF2 : Ah non. Le SETHYGYN c'est les cuivres où il y a les sets qui sont dedans... et ça c'est pas terrible... après moi je prescris, quand je prescris un stérilet, je prescris un set de pose de la marque Gyneas, et là, ceux-là ils sont bien. Hum... mais ça reste à la charge de la patiente. Donc là j'étais contente, il y avait un nouveau labo là qui avait appelé en disant les NT 380 etc... et dedans il y a les accessoires de pose ! Je me suis dit, impeccable, mais en fait non, les accessoires de pose pour eux, c'est l'inserteur (rires). J'ai envie de dire heureusement qu'il est

dedans sinon c'est un peu difficile quand même (rires). Mais voilà, je trouve qu'après ça pourrait être peaufiné un petit peu... la présentation et la façon dont c'est...

I : Ok. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose éventuellement ? Sur ce que je n'aurais pas abordé qui vous paraît important ?

SF2 : Hum... (silence) Non, non, non. On a abordé pas mal de choses. La chose principale c'est que ça reste une demande de la patiente parce que j'ai aussi des patientes qui m'ont dit "ben oui avant j'avais Mirena" et pourquoi vous aviez choisi ça ? "ben parce que mon médecin, il m'a dit que ça serait bien pour moi" Voilà. Et ça moi je peux pas quoi. C'est pour nous... pour moi c'est pas notre rôle hein... je suis personnellement convaincue de l'utilisation du DIU mais on ne doit pas influencer les gens, ça reste une histoire de couple et voilà. L'information pour moi elle est primordiale, que ce soit pour tous moyens de contraception, mais encore plus le stérilet, parce que c'est à un endroit pour les femmes, où ça touche leur intimité et leur maternité... et je trouve que voilà, notre rôle informatif et notre rôle de rassurer autour de ça, est d'autant plus important. Plus important qu'avec une pilule ou qu'avec un implant, parce que voilà... j'en ai hein, qui me disent "oui enfin c'est là où je porte mes bébés quand même..." voilà. Et juste euh... juste ça.

I : Les patientes, elles sont bien au clair sur justement à quel endroit ça se pose ?

SF2 : Ben oui je pense ouais. Ben je sais pas en fait, vu que je leur explique. (rires) mais peut-être que c'est important ouais (rires). Je leur demande pas si elles savent ou pas, c'est... je leur laisse pas le choix en fait. Donc oui j'espère qu'elles se connaissent suffisamment pour savoir où ça se passe...(rires)

I : Très bien. Bon ben écoutez, merci beaucoup.

SF2 : De rien.

Point de vue des professionnels de santé posant des DIU/SIU en libéral sur les facteurs influençant l'adhésion des patientes à ce moyen contraceptif.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La contraception reste un enjeu de santé publique devant le « paradoxe contraceptif français ». Le stérilet, méthode contraceptive efficace, reste sous-utilisé en France. L'objectif principal de cette étude était de déterminer selon le point de vue des professionnels de santé, les facteurs influençant l'adhésion des patientes au stérilet.

METHODES : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 7 médecins généralistes, 2 gynécologues et 2 sages femmes de Maine et Loire, poseurs de DIU/SIU en ambulatoire. Echantillonnage raisonné en variation maximale. Les données ont été enregistrées, retranscrites puis anonymisées. Analyse par thématiques après double codage.

RESULTATS : Nous avons constaté une réelle augmentation des demandes de stérilets depuis la crise médiatique de la pilule de 3^{ème} génération en 2013, qui a généré auprès des utilisatrices ainsi que certains prescripteurs, une crainte des hormones. Les praticiens interrogés semblaient avoir une bonne connaissance et une bonne expérience de la pose de stérilet. La relation de confiance est apparue comme étant primordiale. Le médecin généraliste devrait être l'interlocuteur principal des femmes pour la contraception, puisque celle-ci s'inscrit dans un contexte de prise en charge globale. L'expérience des praticiens, la qualité de l'information délivrée aux patientes, l'approche comportementaliste, la prise en charge de la douleur, sont les principaux facteurs favorisant l'adhésion des patientes au stérilet. Les représentations et les fausses croyances sur le stérilet constituent les principales réticences des patientes. Il est donc important de les prendre en compte. Le stérilet ne devait pas devenir une méthode imposée. Le choix de cette contraception nécessitait une réflexion approfondie pour obtenir l'implication et la satisfaction des patientes, et donc une meilleure utilisation.

CONCLUSION : Il semble nécessaire :

- × D'améliorer la formation des jeunes médecins en leur permettant d'acquérir ce « savoir-être » indispensable et une bonne pratique (« savoir-faire »)
- × D'améliorer les connaissances des femmes sur le stérilet et sur les compétences de leur médecin généraliste en gynécologie.

Il s'agit de deux enjeux majeurs pour augmenter l'implication des médecins et la proposition d'utiliser le stérilet comme moyen contraceptif faite à leurs patientes. La prescription de DIU comme contraception d'urgence est également à promouvoir.

Doit-on se préparer à un nouveau bouleversement des pratiques contraceptives suite au récent débat sur le Mirena® ?

Mots-clés : DIU – SIU – stérilet – adhésion – représentations – contraception – formation - médecins généralistes – sages femmes – gynécologues

Point of view of Health Professionals posing IUDs / IUS in private practice about factors influencing patient adherence to this contraceptive.

INTRODUCTION: Contraception remains a public health issue in front of the "French contraceptive paradox". The IUD effective contraceptive method remains underutilized in France. The main objective of this study is to determine the point of view of health professionals, about factors influencing the adhesion of patients to the IUD.

METHODS: Qualitative study by semi-supervised interviews with 7 general practitioners, 2 gynecologists and 2 midwives installed in Maine et Loire, laying IUD / IUS in ambulatory. Reasoned sampling in maximum variation. The data was recorded, transcribed and anonymized. Thematic analysis after double coding.

RESULTS: He has had a real increase in requests for IUDs since the media crisis of the 3rd generation pill in 2013, which has generated a fear of hormones among users and some prescribers.

Practitioners interviewed appeared to have good knowledge and experience of IUD insertion. The relationship of trust appeared to be paramount.

The general practitioner should be the main interlocutor of women for contraception, since it is part of comprehensive global care.

The experience of the practitioners, the quality of the information delivered to the patients, the behavioral approach, the management of the pain, are the main factors promoting the adhesion of the patients to the IUD.

The representations and false beliefs about the IUD are the main reluctance of the patients. It is therefore important to take them into account.

The IUD should not become an imposed method. The choice of this contraception requires a thorough reflection to obtain the implication and the satisfaction of the patients, and thus a better use.

CONCLUSION : It seems necessary:

- to Improve the training of young doctors by enabling them to acquire this essential "learn to be" and good practice ("learn to do"),
- to improve women's knowledge about the IUD and the skills of their general practitioners in gynecology.

These are two major issues to increase the involvement of physicians and the proposal to use the IUD as a contraceptive method for their patients.

The prescription of IUDs as emergency contraception is also to be promoted.

Should we prepare for a new shift in contraceptive practices following the recent debate on the Mirena ® (hormonal IUD)?

Keywords : IUD – IUS – adhesion – representations – contraception – formation – general practitioner – wise women – gynecologists