

Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU : étude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine

Justine Clochey

▶ **To cite this version:**

Justine Clochey. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU : étude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733812

HAL Id: hal-01733812
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733812

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE 2015 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Justine CLOCHEY

Le 15 décembre 2015

DIFFICULTES ET STRATEGIES MISES EN PLACE LORS DE LA POSE D'UN DIU

Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN, Président,
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN, Juge,
Mme Elisabeth STEYER, Juge et Directrice de thèse,
M. Denis EVRARD, Juge.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE 2015 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Justine CLOCHEY

Le 15 décembre 2015

DIFFICULTES ET STRATEGIES MISES EN PLACE LORS DE LA POSE D'UN DIU

Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN, Président,
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN, Juge,
Mme Elisabeth STEYER, Juge et Directrice de thèse,
M. Denis EVRARD, Juge.

LISTE DES PROFESSEURS :

Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI
3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur CédricBAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER
2ème sous-section***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***
Docteur Aurore PERROT
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'Urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

DEDICACES

PRESIDENT DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN, Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider ce Jury de Thèse.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN,
Professeur des Universités de Médecine Générale,

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée lorsque j'ai travaillé avec vous, dans votre cabinet. Vous avez joué un grand rôle dans mes études. J'ai pris confiance en moi grâce à vos encouragements. Votre implication dans la formation de vos étudiants est remarquable, et je vous remercie pour tout le temps et l'énergie que vous nous consacrez.

A NOTRE MAITRE, JUGE ET DIRECTRICE DE THESE,

Madame le Docteur Elisabeth STEYER,
Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale,

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté, depuis le jour où vous m'avez accueillie en stage dans votre cabinet de Médecine Générale, jusqu'à ce jour où vous continuez de me guider. Vous êtes un exemple et un modèle à suivre, et ce sera un honneur pour moi de devenir un médecin tel que vous. Je vous remercie pour tous vos encouragements lorsqu'il m'arrivait de douter. Vos conseils ont été précieux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Dr Denis EVRARD,
Médecin Généraliste,

Je vous remercie pour vos précieux enseignements lorsque vous m'avez accueillie en stage pendant un an. Vous m'avez montré une approche différente de la médecine et votre enseignement me sert tous les jours. A notre passion commune pour le café…

A MA FAMILLE,

A mes parents, que j'aime et qui m'ont soutenue envers et contre tout depuis toujours et en particulier depuis le tout premier jour de mes études de Médecine.

A mon fiancé, pour son amour, son soutien absolu et son aide si précieuse.

A mes frères et tous les autres membres de ma famille, à mes amis.

A Holly malgré ses tentatives vaines de sabotage de cette thèse.

A tous les maîtres de stage qui ont croisé ma route et que je remercie, à tous les professionnels de Santé, aux équipes paramédicales pour leur aide avec une pensée particulière pour…

les Docteurs ADAM Hélène, CARRIER Gérard, DACCORDI Laurent et toute l'équipe des Urgences de Toul (Antoinette, Ahn Tran, Dominique, Fairouz, Hannah, Hélène, Jalil, Mylène, Romain, Stéphanie... et toute l'équipe paramédicale), le Professeur DE KORWIN Jean-Dominique, JEANSOLIN Caroline, MAIGNAN Michel, MEYER Philippe, POIROT Frédéric, SAUVAGE Delphine, THOMAS Elisabeth, VANCON Guy…

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PROFESSEURS 5
DEDICACES 12
SERMENT 15
I. INTRODUCTION 21
II. MATERIEL ET METHODE 23
A. Les critères d'inclusion retenus pour l'étude ont été les suivants pour les médecins Généralistes : 23
B. Les critères d'inclusion pour les Gynécologues ont été : 23
C. Les critères d'exclusion retenus ont été les suivants : 23
D. Déroulement de l'entretien : 23
E. Ethique, consentement : 24
F. Transcription des données : 24
G. Anonymisation : 24
H. Méthode d'analyse des données : 24
III. RESULTATS 25
A. Résultats concernant la population étudiée : 25
B. Résultats de l'analyse des données : 26
1. Evolution actuelle de la contraception : 26
a. Fréquence de la pose des DIU : 26
b. Augmentation de la fréquence de pose des DIU : 26
2. Difficultés de poser l'indication du stérilet : 27
3. Difficultés liées à des situations particulières : 27
a. Le cas des utérus rétroversés : 27
b. DIU sur cicatrice de césarienne : 28
c. DIU et cancer du sein : 28
d. DIU et nullipares : 28
4. Difficultés liées au protocole de pose : 29
a. Difficultés et contraintes de temps : 29
b. Les contraintes liées à la gestion des rendez-vous pour la pose du DIU : 30
c. La durée de la consultation : 30
d. La dépose-repose : 31
e. Choix du modèle de DIU : 31
f. Difficultés liées au changement de présentation par les laboratoires : 34

5. Bilan complémentaire avant la pose : 34
6. Précautions avant la pose : 35
7. Matériel utilisé : matériel à usage unique ou stérilisable ? 36
a. Le matériel à usage unique : 36
b. Le matériel stérilisable : 36
8. La médication lors de la pose de stérilet : 37
9. Difficultés liées à la procédure : 38
a. L'hystérométrie : 38
b. Recours à l'échographie 39
c. Asepsie et gestion du risque infectieux : 39
d. Comment et où couper les fils du stérilet ? 41
e. Difficultés du retrait de stérilet : 41
10. Difficultés rencontrées lors de la pose : 42
a. Appréhension des difficultés : 42
b. La perforation de l'utérus : 42
c. Malaise : fréquence, étiologie et prévention. 43
d. Spasmes du col : fréquence, étiologie et astuces. 45
11. Conduite à tenir en cas d'échec. 46
12. Après la pose : 47
a. Médication. 47
b. Programmation de la visite de contrôle 47
c. Autosurveillance par la patiente 48
d. Contenu de la visite de contrôle. 48
13. Gestion des complications : 48
a. Expulsion du stérilet 48
b. DIU et grossesse 48
14. Difficultés psychologiques 49
a. de la part des patientes 49
b. de la part du praticien 50
15. Difficultés financières 50
16. Difficultés médico-légales 51
17. Formation et motivation des Généralistes : 52
a. Formation des Généralistes : 52
b. Motivation des Généralistes : 54
18. Relations professionnelles entre les différents professionnels de santé : 55
19. Ce qui empêche les Généralistes de poser des DIU : 55
20. Messages des Généralistes de notre étude à ceux qui voudraient avoir une

activité de pose des DIU : ... 56
C. Conclusion : ... 57
IV. DISCUSSION : ... 59
A. Critères qualitatifs de l'étude : ... 59
B. Variations de l'incidence de la demande et de la pose de DIU : ... 60
C. Le DIU chez la nullipare : ... 60
D. Le DIU dans le cadre des ménorragies fonctionnelles : ... 63
E. Discussion sur le choix du DIU : ... 63
F. Discussion sur la procédure de pose de DIU : ... 65
1. Bilan complémentaire avant la pose : ... 65
2. Choix du matériel : stérilisable ou à usage unique. ... 66
3. La prémédication : ... 67
4. Eviter la surinfection lors de la pose de DIU : ... 68
5. L'hystérométrie : ... 69
G. Discussion sur les aspects psychologiques de la pose de DIU : ... 69
H. Discussion sur les complications et leur impact : ... 70
I. Discussion sur les aspects financiers : ... 71
J. La formation des professionnels de santé : ... 71
K. Le risque médico-légal : ... 72
L. En conclusion : ... 73
V. CONCLUSION ... 75
BIBLIOGRAPHIE ... 77
ANNEXES ... 79
A. Entretiens des médecins Généralistes : ... 80
1. Généraliste Emg1 ... 80
2. Généraliste Emg2 ... 87
3. Généraliste Emg3 ... 91
4. Généraliste Emg4 ... 95
5. Généraliste Emg5 ... 98
6. Généraliste Emg6 ... 100
7. Généraliste Emg7 ... 105
8. Généraliste Emg8 ... 110
B. Entretiens des médecins Gynécologues : ... 118
1. Gynécologue Egy1 ... 118
2. Gynécologue Egy2 ... 120
3. GynécologueEgy3 ... 125
4. GynécologueEgy4 ... 130

5. GynécologueEgy5 134
6. GynécologueEgy6 139
7. Gynécologue Egy7 143
8. Gynécologue Egy8 146
9. Gynécologue Egy9 152
10. GynécologueEgy10 156
RESUME DE LA THESE 162

I. INTRODUCTION

La contraception est un motif de consultation quotidien auquel se confronte le médecin Généraliste. Elle constitue un enjeu majeur de santé publique compte tenu de l'augmentation depuis 1975 des interruptions volontaires de grossesse répétées, et en particulier chez les femmes les plus jeunes qui témoignent des difficultés pour les patientes de gérer un parcours contraceptif sans faute[1].L'Institut National d'Etudes Démographiques recensait plus de 207 000 IVG en France en 2012 (et 192 000 en 2000).

Le DIU (dispositif intra-utérin) est le moyen de contraception le plus utilisé dans le Monde[2] : on compte plus de 100 millions de DIU dont deux tiers en Chine. Son efficacité est scientifiquement prouvée. Paradoxalement, en France, ce mode de contraception est sous-utilisé bien qu'il soit pris en charge par la sécurité sociale et que ses indications aient été élargies à la nullipare depuis quelques années. Selon une étude de l'INPES en 2005, 76,6% des personnes sexuellement actives de 25 à 44 ans utilisent un moyen de contraception : 57,2% la pilule et 21,9% le stérilet devant l'utilisation du préservatif masculin : 20,9% [3].

Pourtant, il permet d'éviter les grossesses par inobservance de la prise régulière de pilule dont on sait que les oublis concernent une femme sur cinq au cours du dernier mois et une femme sur trois sur l'année écoulée[4]. Le DIU apparaît donc comme un moyen de contraception de choix dans l'intérêt de nos patientes.

Le DIU a également l'AMM comme contraception d'urgence. L'HAS a émis une fiche mémo de synthèse en 2013, mise à jour en 2015 sur la contraception d'urgence : le DIU peut être utilisé comme contraception d'urgence dans les 120 heures qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé. Les contre-indications sont classiques, et il faut cependant prendre la précaution d'écarter un risque infectieux avant la pose du DIU[5].

A l'heure actuelle, les Gynécologues, les médecins Généralistes et les sages-femmes peuvent poser des DIU. Cependant une minorité de Généralistes posent des DIU dans leur pratique courante.

De plus, il faut noter que certains médecins Généralistes ont du mal à se positionner dans le domaine de la contraception, la jugeant appartenir aux domaines de compétence du Gynécologue exclusivement, alors que, selon le travail de HAS en 2013[6], l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de Gynécologues installés en ville et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins Généralistes, etc.), auront pour conséquence que le médecin Généraliste sera de plus en plus sollicité par les patientes dans le domaine de la contraception.

La contraception se trouvait en effet au 15ème rang des motifs de consultation selon l'observatoire de la SFMG en 2009, représentant 3,90% des consultations en médecine générale[7]. Il est attendu que ces chiffres augmentent dans les années à venir.

Selon le travail de thèse d'Alice de Verbizier réalisé en 2011, les facteurs limitants à la pratique de la gynécologie par les Généralistes sont d'une part le manque de demande de la part des patientes (du fait de la présence de Gynécologues dans le secteur d'installation, ou la méconnaissance à ce sujet des patientes) et d'autre part le manque de pratique et le manque de formation. L'étude révèle qu'une minorité des médecins interrogés se sent flouée par l'activité des Gynécologues et une autre minorité déclare n'avoir pas d'intérêt dans le domaine de la gynécologie et ne pas être à l'aise. 23% des médecins interrogés prescrivaient des DIU, et seuls 8% les posaient[8].

La littérature offre de nombreuses études concernant les indications, les complications ou l'efficacité du DIU, mais peu d'études abordent les difficultés liées à la pose de DIU qu'elles soient techniques, financières ou psychologiques. Or les difficultés sont variées et fréquentes en pratique et pourraient expliquer la faible proportion de Généralistes proposant la pose de DIU. Les protocoles sont très peu détaillés et ne proposent pas de stratégies en cas de difficultés.

L'objet de notre étude a été d'explorer ces difficultés liées à la pose d'un DIU, qu'elles soient techniques, psychologiques ou financières. Nous avons également exploré les stratégies mises en place dans la pose de DIU. Explorer et comprendre ces difficultés pourraient ainsi permettre de les contourner et inciter les médecins Généralistes qui voudraient poser des DIU à intégrer cette pratique dans leur activité.

II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens se sont déroulés entre juillet 2014 et janvier 2015.

Le recrutement s'est fait de manière aléatoire à partir d'un annuaire public (Pages Jaunes) comme le ferait un patient qui souhaiterait obtenir un rendez-vous médical. Initialement, les médecins ont tous été contactés directement par téléphone. Il leur a été expliqué le but de l'étude, le caractère strictement anonyme de l'étude et le déroulement de l'entretien. Si le praticien acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était pris à son cabinet de ville sur un créneau de consultation, ou à son domicile, à la convenance du praticien.

A. Les critères d'inclusion retenus pour l'étude ont été les suivants pour les médecins Généralistes :

- médecin Généraliste exerçant actuellement en Lorraine
- ayant une activité de pose des DIU régulière (1 pose par mois en moyenne)

B. Les critères d'inclusion pour les Gynécologues ont été :

- Gynécologue médical ou obstétrical sans distinction
- exerçant actuellement en Lorraine
- ayant une activité de ville

C. Les critères d'exclusion retenus ont été les suivants :

- refus de participer à l'étude
- activité hospitalière stricte
- praticien n'exerçant plus
- installation hors de la Lorraine

D. Déroulement de l'entretien :

Une fois la prise de contact réalisée par téléphone et le rendez-vous fixé, chaque praticien a été rencontré individuellement à son cabinet ou à son domicile. La date, l'heure et le lieu du

rendez-vous ont été choisis à la convenance du praticien.
L'entretien était semi-dirigé : le praticien était libre de discuter des aspects de ce qu'il jugeait en lien avec le sujet de l'étude. Des questions ouvertes ou fermées ont été posées à chaque praticien à partir d'une trame qui n'était nullement exhaustive. L'entretien a été enregistré sur un dictaphone avec l'accord du praticien.
La durée de l'entretien n'était pas prédéfinie au départ.

E. Ethique, consentement :

Le consentement de chaque praticien était demandé systématiquement à la prise de contact et lors de l'entretien. Il a été obtenu verbalement.

F. Transcription des données :

Les données enregistrées ont été retranscrites intégralement dans la semaine qui suivait l'entretien. La retranscription s'est faite sur un logiciel de traitement de texte classique. Si un passage n'était pas compréhensible en raison d'un problème de son ou de qualité de l'enregistrement, il n'était pas retranscrit. Il n'y a pas eu de censure entre l'enregistrement audio et le texte obtenu sauf si le praticien spécifiait précisément qu'un passage ne devait pas être retranscrit. Dans ce cas, le passage n'apparaissait pas dans le texte obtenu.

G. Anonymisation :

Le texte retranscrit a été systématiquement anonymisé : aucune donnée personnelle n'a été retranscrite comme il l'avait été spécifié à la prise de contact. Aucun nom n'est apparu dans les documents obtenus.

H. Méthode d’analyse des données :

L’analyse des données s’est faite selon la méthode suivante. Des mots-clefs et des termes porteurs de sens ont été isolés du texte obtenu lors de la retranscription des entretiens. Une fois obtenus, ces verbatim ont été référencés puis organisés par thèmes, sans distinction entre les Gynécologues et les Médecins Généralistes. La construction du corps de la thèse a été faite à partir de ces données.

Une relecture a été faite par la directrice de thèse afin d’obtenir des données objectives et de qualité.

III. RESULTATS

A. Résultats concernant la population étudiée :

Dix Gynécologues et huit médecins Généralistes ont été inclus dans l'étude. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau de diversité ci-après.

Tableau de diversité :

CODE	ACTIVITE	ANNEE d'installation	DEPARTEMENT	SPECIFICITES	SEXE
Emg1	Médecine Générale	1990	Meurthe et Moselle	Semi rurale	M
Emg2	Médecine Générale	1993	Moselle	Semi rurale	F
Emg3	Médecine Générale	1996	Meurthe et Moselle	Semi rurale	M
Emg4	Médecine Générale	2012	Vosges	Semi rurale	F
Emg5	Médecine Générale	1990	Meurthe et Moselle	Semi rurale	F
Emg6	Médecine Générale	1996	Moselle	Rurale	M
Emg7	Médecine Générale	1989	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Emg8	Médecine Générale	1980	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Egy1	Gynécologie Med	1989	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Egy2	Gynécologie Med	1983	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Egy3	Gynécologie Med et Obs	1991	Meurthe et Moselle	Urbaine	M
Egy4	Gynécologie Med	1980 (...)	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Egy5	Gynécologie Med	1985 (...)	Vosges	Urbaine	F
Egy6	Gynécologie Med et Obs	1990 (...)	Meurthe et Moselle	Urbaine	F
Egy7	Gynécologie Med et Obs	1980 (...)	Meurthe et Moselle	Urbaine	M
Egy8	Gynécologie Med et Obs	1986	Meuse	Urbaine	M
Egy9	Gynécologie Med	1980 (...)	Moselle	Urbaine	F
Egy10	Gynécologie Med	1983	Moselle	Urbaine	F

Légende :
(...) : dates imprécises
Med et Obs : médicale et obstétricale

La durée des entretiens était comprise entre 10 et 33 minutes.

Un des Généralistes a refusé d'être enregistré par dictaphone. Des notes manuscrites ont été donc prises durant l'entretien, puis retranscrites, et ont été soumises au praticien pour relecture afin d'obtenir des données fidèles à ce qui avait été dit en entretien.

B. Résultats de l'analyse des données :

1. Evolution actuelle de la contraception :

a. *Fréquence de la pose des DIU :*

On observe une différence évidente du nombre de stérilets posés en moyenne entre les Gynécologues et les médecins Généralistes. Cependant, dans chacun des deux groupes, cette fréquence est homogène.
Chez les Gynécologues, l'exercice est quotidien même si cela reste variable. « C'est un motif fréquent mais il peut y en avoir deux par jour comme zéro » (Egy5 l9).
Dans le groupe des médecins Généralistes, la pose des stérilets est beaucoup plus rare, car ce ne sont pas « des choses que l'on fait tous les jours non plus » (Emg1 l140). Cela varie entre un par semaine et un par mois en moyenne. Ce nombre varie dans le temps comme l'explique ce médecin Généraliste : « j'en ai posé un peu plus quand j'étais jeune, un peu moins maintenant parce que la patientèle vieillit avec moi » (Emg8 l12). Un autre s'est étonné de voir ce nombre augmenter « parce qu'il y a beaucoup de gynécos qui sont réfractaires à la pose de stérilets chez les nullipares » (Emg7 l 22).

b. *Augmentation de la fréquence de pose des DIU :*

L'impression générale rapportée par la plupart des praticiens interrogés, qu'ils soient Gynécologues ou Généralistes, est l'augmentation de la demande du stérilet par les patientes. La raison principale évoquée était l'impact du scandale des pilules de 3ème et 4ème génération en 2013, responsable d'un « espèce de boum de la demande des stérilets » (Egy10 l134). Cette augmentation est encore plus marquée chez les nullipares ou chez « certaines patientes qui sont contre la contraception hormonale, qui trouvent que c'est une bonne solution » (Emg7 l26). Un praticien décrit même un effet de mode (Egy5). Ce changement de politique contraceptive inquiète d'ailleurs certains praticiens : « Mme Touraine nous a fait beaucoup de tort. Et ça fera un petit peu des dégâts » (Egy8 l16).
D'un autre côté, une partie des praticiens déclare proposer davantage le DIU qu'autrefois parce qu'il y a eu « le scandale des pilules de 3ème et 4ème génération qu'il fallait calmer » (Emg6 l46) ou parce qu'il y a des contre-indications aux autres moyens de contraception : « j'ai tendance à proposer le stérilet en alternative aux femmes qui fument et j'en ai beaucoup » (Emg6 l 49).

Il peut s'agir également, avec une pointe d'humour, d' un choix écologique dans la mesure où « c'est mieux pour les petits poissons des rivières parce qu'il n'y a pas d'hormones qui partent dans les nappes et dans l'environnement » (Emg1 l155).
Ce que l'on peut retenir à partir de ces témoignages, c'est que la tendance actuelle est à l'augmentation de la demande des stérilets de la part des patientes, en réponse à un scandale récent largement médiatisé, mais aussi qu'il s'agit d'une proposition de la part des médecins qui augmente. Enfin, « c'est une demande qui augmente chez les patientes très jeunes parce qu'avant on n'en posait pas du tout chez les nullipares (Egy6 l12).

2. Difficultés de poser l'indication du stérilet :

Il n'est pas toujours facile de poser l'indication du stérilet. De nombreux facteurs entrent en jeu. Certaines indications ne semblent poser aucune difficulté : c'est le cas par exemple de la pose « après 40 ans, pour éviter les risques de cancer du sein avec la pilule » (Egy2 l92). Autre cas, « après les grossesses, c'est assez logique, elles ont déjà plusieurs années de pilules et généralement elles passent sous stérilet » (Egy4 l72). « On le propose quand même après un accouchement assez systématiquement ». (Egy5 l15).
A l'inverse « il faut savoir dire non des fois », ne pas « prendre des risques majeurs donc il faut savoir se limiter » (Egy7 l89). Parmi les raisons évoquées : un utérus très rétroversé, un fibrome mal placé, un vaginisme important, un col non mature sont des arguments qui peuvent différer ou contre-indiquer la pose du DIU. « On le sait à l'avance, il y a des cols qui ne sont pas perméables » (Egy2 l145).
Le cas de la patiente nullipare sera développé plus loin.

3. Difficultés liées à des situations particulières :

a. <u>Le cas des utérus rétroversés :</u>

L'utérus rétroversé crée une difficulté technique pour la pose de DIU où le trajet doit être le plus droit possible. Si l'utérus rétroversé non fixé ne contre-indique pas la pose du DIU, « c'est quand même une difficulté supplémentaire car il faut beaucoup tirer sur l'utérus pour le redresser avant de le poser » (Egy 5 l92). La pose devient alors plus compliquée, plus technique : « avec deux Pozzi, on tire, on arrive un petit peu à horizontaliser le col (…) ça peut être sportif ». (Egy2 l77). De même, « au lieu de prendre la berge antérieure, vous prenez la berge postérieure et vous tirez bien, et ça doit s'arranger. (Egy8 l87). Une autre stratégie est de choisir le modèle en fonction des contraintes anatomiques : dans le cas d'un utérus rétroversé, « on mettra quelque chose de plus souple, (…) donc moins fréquemment un TT qui est plus dur, plus raide » (Egy5 l95).

b. *DIU sur cicatrice de césarienne :*

La pose des DIU est plus périlleuse sur un utérus cicatriciel. « Des cicatrices de césarienne sont un peu scléreuses donc un peu difficiles » (Egy2 l36).

c. *DIU et cancer du sein :*

« On ne connaît pas la genèse du cancer du sein (…) mais à priori il vaut mieux ne plus prendre d'hormones à ce moment-là » (Egy7 l80).

d. *DIU et nullipares :*

Depuis 2004, la pose d'un DIU chez la nullipare est autorisée(9). Le stérilet peut être également posé dans le cadre d'une contraception d'urgence. Cependant en pratique, on observe des réticences de la part de certains praticiens pour poser un DIU chez une jeune femme qui n'a jamais eu d'enfant.

Quand nous avons posé la question de la pose de stérilet chez la nullipare, les réponses étaient variées.

Pour certains praticiens, ce n'est pas fréquent de poser des stérilets chez les nullipares même si « il y en a un peu plus maintenant depuis qu'il y a eu les problèmes avec les pilules » (Egy4 l12). Cette pratique ne fait pas l'unanimité, un Gynécologue « n'aime pas du tout (…) et n'est pas convaincu que ce soit une bonne solution ». (Egy2 l82). Cet avis est partagé par un autre Gynécologue : « je pense que c'est une profonde erreur d'en poser à tout le monde n'importe comment (…) il ne faut pas voir ça comme la solution miracle » (Egy3 l121). Un autre va encore plus loin : « ça c'est contraint et forcé (…) les médias maintenant, vous lisez que c'est normal, qu'elles y ont droit, qu'il faut. Et puis nous, on se démerde avec ça » (Egy10 L130). Une réticence partagée par son confrère : « si c'était ma fille, je n'en poserais pas » (Egy8 l21). Un autre : « quand elles sont bien averties, qu'elles n'ont aucun risque, qu'elles sont pleinement consentantes et qu'elles savent vraiment ce qu'elles veulent, je le fais. Mais je leur dis bien avant que ce n'est pas une pratique que je fais avec plaisir. » (Egy2 l87)

Un autre médecin nuance ce point de vue « s'il y a vraiment des multiples oublis, que l'implant n'est pas possible : à ce moment-là, on peut avoir recours à un stérilet. » (Emg2 l36). Un point de vue partagé par un autre Généraliste : « je pense que le stérilet sera toujours (…) plus sûr qu'une pilule qu'elles vont oublier un jour sur trois (…). Je pense que dans les terrains particuliers, le stérilet est une bonne indication » (Emg8 l114).
A l'inverse, un autre pense que la décision ne revient pas au médecin mais à la patiente : « ce n'est pas à moi de faire le choix parmi toutes les possibilités. (…) on doit être objectif et après, c'est à elle de faire son choix » (Emg1 271). «Il y a des gynécos qui refusent de poser un stérilet aux nulligestes : mais de quel droit ? » (Emg1 l268).
Un médecin Généraliste préfère ne pas les poser chez les nulligestes mais les adresse à une

amie Gynécologue.

La pose du DIU chez la nullipare fait débat chez les praticiens interrogés. Nous leur avons demandé quelles étaient, pour eux, les difficultés liées à la pose chez la nullipare.

Un certain nombre d'entre eux souligne le risque infectieux, notamment *Chlamydiae*. Pour un des Gynécologues, « un jeune de moins de 25 ans sur dix a des *Chlamydiae* » (Egy4 l13). Un autre réalise donc « des prélèvements *Chlamydiae* normalement systématiquement » (Egy2 l25) car « on en trouve quand on en cherche » (Egy3 l118).

Une autre difficulté est liée à la pose elle-même : « chez les nullipares ou des femmes très tendues, très contractées, on ne pose même pas l'hystéromètre, donc si je ne passe pas l'hystéromètre, je ne passe pas le stérilet » (Egy2 l37). Un Généraliste a le même avis : « on peut avoir des difficultés à passer le col et je n'ai pas envie d'être confrontée à ça » (Emg6 l62). De même, un Gynécologue trouve « que des fois le col ne s'y prête pas, que le col n'est pas mature (Egy6 l87). Et la pose leur semble être par expérience plus douloureuse que chez la multipare. Enfin, « chez les nullipares, il y a beaucoup de retraits : elles ont mal au ventre, elles saignent n'importe comment, ça ne les arrange pas non plus » (Egy3 l 125).

La crainte des complications chez la nullipare est un autre argument avancé, notamment « la perforation de l'utérus : chez les nullipares, il passe moins bien » (Egy1 l44), et la crainte de la GEU (grossesse extra-utérine).

4. Difficultés liées au protocole de pose :

a. <u>Difficultés et contraintes de temps :</u>

Une fois que l'indication est posée, que la patiente désire qu'on lui pose un stérilet, un rendez-vous doit être pris avec elle à un moment opportun de son cycle pour que la pose se fasse dans de bonnes conditions. Là encore, les pratiques diffèrent selon les praticiens interrogés.

De manière générale et le plus souvent pour les praticiens de notre échantillon, la pose se fait pendant les règles pour « être sûr qu'il n'y ait pas de grossesse et que le col soit bien ouvert » (Egy2l8). Un autre Gynécologue partage ce point de vue parce que « physiologiquement, il y a un relâchement, que de toute façon ça saigne donc on peut y aller » (Egy10 l37). Cela permet également de mieux visualiser le col parce que « même quand il se voit moins bien, avec les règles il se voit déjà mieux ». (Egy10 l 57).

L'un des praticiens les pose plutôt en fin de règles et à propos des médecins qui choisissent de les poser en dehors des règles, ne « trouve pas ça bien parce qu'on ne sait plus sur quelle

muqueuse on pose, on ne sait pas si elle est enceinte, pas enceinte, on ne sait jamais trop avec les gens » (Egy8 l115). La pose pendant les règles peut être encore plus fondamentale surtout chez les nullipares : « pour les autres, j'explique que c'est du confort et qu'on peut le faire à peu près n'importe quand » (Emg4 l36).

Pour un autre, la pose se fait « dans la période qui suit les règles (…) parce que ça (le) perturbe (...) donc pas pendant les règles mais en première partie de cycle de toute façon » (Egy7l18).
Autre habitude, un Gynécologue, lui, choisit de le poser « dans les dix premiers jours du cycle à partir du premier jour des règles » (Egy6 l 95).
Les pratiques sont variées et dépendent beaucoup des habitudes qu'ont les praticiens, mais il y a peu de difficultés à ce propos.

b. *Les contraintes liées à la gestion des rendez-vous pour la pose du DIU :*

Dans tous les cas, une pose de stérilet ne se fait pas à l'improviste : c'est le fruit d'une décision commune entre la patiente et son médecin, qu'il soit Gynécologue ou Généraliste. Il est nécessaire d'anticiper la pose par une consultation dédiée à la contraception et ses différentes formes (contraception orale, implant...). Une fois que le stérilet est choisi et que la patiente et le médecin se sont mis d'accord, la pose se fait toujours lors d'une consultation dédiée, si possible sur rendez-vous puisqu'il faut la programmer à un certain moment du cycle selon les habitudes des praticiens : c'est le cas d'un des praticiens qui préfère les faire sur rendez-vous « pour déballer (ses) boîtes et faire la vaisselle après » (Emg8 l 193)

La difficulté principale est donc de bien s'organiser : « effectivement, il faut se coincer un bon moment, si possible en fin de règles donc c'est arriver à faire coïncider le calendrier de la patiente avec le nôtre (…) ce n'est pas évident à la dernière minute » (Emg2 l92).
En pratique, l'anticipation est importante. Un des médecins demande à ses patientes « d'appeler le premier jour des règles (…) ou quand elles sont sous contraception œstro-progestative, on calcule la date des règles. Mais souvent il y a des changements, donc c'est dur de trouver le bon rendez-vous » (Emg2 l95). Dans tous les cas, avoir un emploi du temps souple permet d'anticiper au mieux ces consultations, ce qui ne peut pas toujours être le cas.

c. *La durée de la consultation :*

Dans le groupe des Gynécologues, la durée de la consultation dédiée à la pose d'un stérilet ne dure pas plus longtemps qu'une consultation type, c'est à dire entre 15 et 20 minutes : « il n'y a pas besoin de temps supplémentaire à mon sens » (Egy3 l16). « Quand ça va bien, il y en a pour deux secondes de poser un stérilet » (Egy9 l117). Bien sûr, quand il y a des complications ou des évènements intercurrents tels qu'un malaise, l'agenda est bouleversé.

Dans le groupe des Généralistes, cette consultation est « chronophage, ça prend du temps » (Emg2 l 130). La durée varie de 15 minutes à une heure selon les pratiques, à condition qu' « on ait fait tout le travail avant » (Emg7 l135). Afin de rendre cette consultation confortable,

un des médecins Généralistes prévoit un rendez-vous d'une heure : « des fois ça va plus vite mais ça permet de me rassurer, de savoir qu'on a le temps, que ça ne presse pas derrière. J'essaie en général de débrancher le téléphone quand c'est un rendez-vous le soir pour être tranquille une fois habillée ». (Emg2 l 47). Une autre contrainte liée à la médecine générale est le fait que « vous dites au revoir Madame et elle vous dit : justement Docteur, je voulais vous dire, j'ai aussi mal là, (…) et puis ma fille aurait besoin de ... » (Emg7 l184). Une consultation de médecine générale est en effet rarement consacrée à un seul motif de consultation.

d. La dépose-repose :

Un stérilet est posé pour une période de 5 ans, date à laquelle il doit être retiré pour qu'un nouveau soit posé si c'est le souhait de la patiente. Ce changement de stérilet peut se faire lors d'une seule consultation ou sur deux consultations : la première pour le retrait du stérilet, la deuxième pour la pose du nouveau.

Un Gynécologue évoque les changements de pratique à ce propos : « avant il y avait toute une période où on attendait un mois, on analysait le stérilet mais ça ne servait à rien, on faisait revenir les patientes pour rien et ça leur faisait un mois sans contraception » (Egy4 l 105).
Aujourd'hui, et pour la plupart des praticiens interrogés dans notre étude, la dépose-repose se fait en un temps « parce que déjà c'est moins douloureux, et le col est déjà ouvert donc pour les dames c'est moins contraignant » (Egy 2 l68) et « qu'il est hors de question de les laisser sans contraception ne serait-ce qu'une journée » (Egy9 l82).

Un autre évoque avec humour qu'il pourrait très bien « enlever le Mirena® et dire à la dame vous revenez après vos prochaines règles : je pourrais si j'en avais besoin pour vivre ! » (Egy7 l62).
Si la dépose-repose en un temps semble être la norme dans le groupe, l'un des médecins nuance ces propos surtout avec Mirena® : « comme il y a des progestatifs, il y a un col qui est un petit peu sténosé, ce n'est pas forcément facile, on a un petit peu plus de mal » (Egy7 l36).

e. Choix du modèle de DIU :

Il existe deux grandes classes de DIU: les modèles au cuivre, et les modèles hormonaux à la Progestérone. Pour chacun d'eux, les laboratoires offrent différents modèles, qu'ils soient standards ou shorts. C'est au médecin de faire son choix et de prescrire le modèle qu'il veut poser, une fois qu'il a déterminé avec sa patiente quelle classe lui convenait le mieux. De manière générale, chez la nulligeste, le choix se portait sur un stérilet au cuivre mais l'arrivée récente du modèle Jaydess® pourra être une alternative au DIU au cuivre en 2ème intention. Nous avons demandé aux médecins interrogés dans notre étude de nous expliquer comment se faisait ce choix.

Premier élément de réponse, les médecins posent souvent le modèle avec lequel ils ont l'habitude de travailler. « Quand on a l'habitude avec un modèle, autant ne pas changer »

(Egy3 l87). Un Généraliste partage cet avis : « C'est drôlement bien d'être bien avec le produit qu'on utilise et qu'on manipule parce que quand je pose cinq Mirena® de suite, je suis déjà moins à l'aise avec l'UT 380®® et vice versa. Donc deux modèles, c'est très bien » (Emg6 l94).

- *DIU au cuivre ou DIU hormonal :*

Ce choix se fait en discutant avec la patiente, sauf si bien entendu, une contre-indication à l'un ou l'autre existait.
Un Gynécologue choisit le stérilet en fonction des attentes des patientes : « un stérilet à la Progestérone pour celles qui ne préfèrent pas avoir de règles, et sinon un stérilet au cuivre ». (Egy4 l7). « Et puis on a quand même différentes sortes : on peut adapter un stérilet à la patiente » (Egy5 l156). « Il y a des personnes qui sont anti absence de règles : donc je leur explique que le stérilet au cuivre peut leur convenir mais je les informe que leurs règles peuvent être plus abondantes » (Egy9 l22). « Il faut expliquer à la patiente les inconvénients et les avantages de chacun, et c'est elle qui choisit » (Egy10 l21).

- *Choix du modèle :*

L'examen clinique permet également de guider son choix comme l'explique un des praticiens : « il y a des formes d'utérus qui sont très différentes les unes des autres, avec des modèles de stérilet au cuivre qui sont beaucoup mieux adaptés que d'autres. Et ça élimine des douleurs, des saignements, des rejets. » (Egy10 l16).
Plus rare, l'hystérographie peut guider dans le choix du modèle : « le modèle est choisi en fonction de l'hystéro. Ça c'est impératif et j'en déroge pas » (Egy10l14).

- *Choix du stérilet Mirena® :*

Le DIU à la Progesterone Mirena® est un modèle apprécié par la plupart des praticiens interrogés, quel que soit le groupe. C'est le modèle le plus posé : chez un des Gynécologues, « 99% sont des Mirena® : je veux avoir la paix » (Egy8 l158). Ce modèle ne souffre pas de concurrence parce que c'est le seul modèle à la Progesterone disponible jusqu'à l'arrivée récente du DIU Jaydess®, qui est bien connu des Gynécologues mais qui l'est moins des Généralistes. Par contre, il n'est pas recommandé si la patiente a eu beaucoup d'acné dans sa jeunesse car l'acné est un effet indésirable fréquent de ce type de DIU hormonal. Concernant l'efficacité, selon un Gynécologue interrogé, « avec leMirena®, on a de très bons résultats » (Egy3 l135), « c'est le meilleur, c'est vraiment la meilleure contraception. On n'est pas loin des 100%, meilleur que l'implant qui est soi-disant 100%. Et en plus on peut dépasser, on n'a pas peur de dépasser la limite des 5 ans sans problème » (Egy3 l143).

- *Choix de modèle cuivre :*

Les praticiens utilisent beaucoup l'UT 380®. Les raisons évoquées sont qu'ils « sont faciles à

mettre » (Egy1 l8) et qu'il existe une version short : même si « on n'a pas trop démontré que c'est mieux toléré, ça rassure les dames » (Emg1 l92). Dans les utérus très rétroversés, les NT380® sont pratiques « pour pouvoir les courber, les béquiller un petit peu à l'avance. Ils passent mieux » (Emg1 l87). L'un des modèles par contre n'est pas utilisé en première intention : il s'agit du Gynelle®. Le principal inconvénient de ce modèle est le retrait douloureux en raison de sa forme et de la présence de petits crochets. Par contre, il est indiqué chez « les femmes qui auraient des béances ou qui auraient tendance à expulser » (Emg1 l97) ou qui « avaient déjà un Gynelle® » (Egy4 l9). Le DIU au cuivre a été « remis au goût du jour, d'autant qu'en terme de fiabilité, on a acquis une très bonne fiabilité en terme de grossesse » (Egy3 l149).

- *Jaydess® :*

Jaydess® du laboratoire Bayer a reçu l'AMM en 2013, avec une RCP révisée en avril 2014. Il est remboursable à 65% et coûte 100,39 euros en mai 2015. C'est un produit de liste 1. Il est efficace pour une durée de 3 ans, date à laquelle il doit être changé. Ses dimensions sont de 28x30x1,55 mm. Selon l'HAS[10], c'est un moyen contraceptif de deuxième intention, en cas de mauvaise tolérance d'un dispositif intra-utérin au cuivre (ménorragies). Le RCP de Mirena®, comme celui de Jaydess®, précise que ces spécialités ne sont pas des méthodes contraceptives de première intention chez les nullipares. Le service médical rendu par Jaydess® est important dans la contraception[10]. En l'absence d'avantage démontré par rapport aux autres dispositifs intra-utérins libérant du Lévonorgestrel en termes d'efficacité et de tolérance, Jaydess® n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V, inexistante) dans la stratégie contraceptive. Il a reçu un avis favorable au remboursement en ville et à la prise en charge à l'hôpital[10].

Dans notre groupe de médecins interrogés, aucun ne l'avait encore posé chez une patiente à l'heure où les entretiens ont été réalisés. Certains médecins Généralistes n'avaient pas connaissance de son arrivée récente sur le marché. Les Gynécologues interrogés ont pour la plupart reçu une formation théorique et pratique avec des stérilets de démonstration par les représentants du laboratoire. Un des Gynécologues semblait dubitatif sur son mode d'emploi : « je ne l'ai pas encore posé, mais rien que de regarder la façon de le poser, ça me pose déjà plein de questions, parce que le système de pose n'est pas simple » (Egy5 l 162). Un autre, au contraire, le trouve plutôt « rigolo à poser » (Egy8 l168). Un Généraliste n'a « pas encore cerné ce qu'il apporte par rapport à la version actuelle » (Emg4 l29) : « quitte à poser un hormonal, je préfère poser le Mirena® que je connais, plutôt que le court ». (Emg4 l32). Son indication pose également question à un Gynécologue : « c'est posé en 2ème intention. Donc, si vous voulez, je pense qu'il faut faire un short d'abord et puis une fois qu'elle s'est rendue compte qu'elle nage dans le sang, après le poser » (Egy8 l165). « Et je vais écrire un truc à mon syndicat en leur disant que si je le pose en première intention, ça pose problème ou pas ? Je ne sais pas mais je me couvre » (Egy8 l 169).

f. Difficultés liées au changement de présentation par les laboratoires :

Un modèle de DIU peut évoluer dans le temps et les laboratoires modifient régulièrement leurs modèles. Récemment, l'applicateur du Mirena® a ainsi été modifié. C'est une difficulté qui est ressortie de cette étude comme l'explique un des participants : « ils ont eu le malheur de changer l'UT380. Ils se posaient tout seul mais ils viennent de changer (...) lorsqu'on est installée depuis 25 ans, il y a toute une gestuelle dont on a l'habitude » (Egy5 l 172) ». Un autre ne craint pas ces modifications en raison des formations délivrées par les laboratoires : « ils nous montrent les nouveaux modèles et puis ils nous font répéter la manœuvre, c'est pour ça que je n'appréhende pas trop » (Egy6 l 73). Un des Généralistes compte également sur ces formations délivrées par les laboratoires : « je ne reçois pas la visite médicale sauf pour les stérilets » (Emg 6 l97).

5. Bilan complémentaire avant la pose :

Le bilan complémentaire avant la pose d'un DIU n'a pas fait consensus parmi les participants de notre étude et a montré une grande diversité dans les pratiques.

Un certain nombre des praticiens interrogés s'en dispensent dans certaines situations. L'un a expliqué ne pas en faire « chez celles qui ont déjà eu des grossesses » (Egy4 l12). Un autre n'en fait « pas à titre systématique. Pas d'écho, pas de prélèvements systématiques » (Egy7 l30). Lorsque les patientes sont suivies régulièrement, il n'y a pas forcément de bilan à faire spécialement pour la pose de DIU comme l'a raconté un autre : « en règle générale je connais les patientes, je sais si elles ont un fibrome, je sais si elles ont une anomalie utérine et il n'y a pas de bilan à faire » (Egy9l30). Un Généraliste n'en fait pas « mais (fait) un examen gynéco quand on parle de la contraception ou du changement de contraception » (Emg6 l 86).

Par contre il ressort de l'étude que chez les nullipares, un bilan s'impose. L'un des Gynécologues l'explique : « chez les nullipares, oui, je fais des prélèvements de l'endocol quasi systématiquement » (Egy4 l12). Son collègue le rejoint : « chez les nullipares, on fait des prélèvements *Chlamydiae*, normalement systématiquement » (Egy2 l25). Un des Généralistes prend également des précautions chez la patiente « un peu à risque d'infection, donc multipartenaire donc là où il est recommandé de faire des prélèvements bactério » (Emg2 l80). Poser des questions sur la sexualité est riche d'informations : « ça nous apporte beaucoup de choses sur l'examen après » (Emg6 l90). De même, son collègue face à une patiente qui a eu plusieurs partenaires « applique la reco de recherche de *Chlamydiae* » (Emg4 l47). Concernant les autres analyses possibles : « je ne fais pas de crase, de globules blancs, de choses comme ça, pas de VS, de PCR. Moi je trouve que *Chlamydiae* sur urine du premier jet, c'est top » (Egy8 l 73).

Concernant le test de grossesse, un autre Gynécologue ne le demande pas systématiquement parce qu'il les pose pendant les règles « donc ça élimine le risque de grossesse mais ça fait partie du bilan systématique avant de le poser » (Egy10 l40). Un des Généralistes s'est

demandé si le test de grossesse est médicolégal : « j'imagine un petit peu... » (Emg 4 l46). Concernant le risque infectieux, un autre de ses collègues dit faire « toujours un prélèvement comme ça, ça couvre sur le plan médicolégal » (Emg1 l 46).

Un autre Gynécologue, lui, réalise une échographie systématiquement chez toutes ses patientes : « je m'assure toujours que le frottis est récent, dans les convenances habituelles, et puis je vérifie aussi dans une consultation antérieure, toujours en échographie, qu'il n'y a pas de contre-indication » (Egy 3 l12). L'échographie est également indispensable chez un de ses confrères : « pour moi, ma consultation c'est une examen plus une écho pelvienne. Comme ça je suis tranquille » (Egy8 l 62).

Un des Gynécologues interrogés explique avoir recours à l'hystérographie : « avant de poser un premier stérilet, je fais systématiquement faire une hystérographie. Vraiment systématiquement. Ce qui fait que ça résout le choix du modèle : le modèle est choisi en fonction de l'hystérographie. Ça c'est impératif, et je n'en déroge pas parce que je n'ai qu'à me féliciter de ce genre de comportement ». (Egy10 l12). « L'hystérographie dit tellement plus de choses que je ne vais pas me priver d'hystéro » (Egy10 l 154).

6. Précautions avant la pose :

Nous avons demandé aux praticiens de nous indiquer quelles sont les précautions supplémentaires qui sont prises au cours de leur procédure, en dehors du bilan complémentaire.

Le premier constat est qu'en cas de doute, on ne le pose pas : « s'il y a des pertes, on ne le pose pas, s'il y a quoi que ce soit, on ne le pose pas » (Egy1 l18).
D'autre part, il est conseillé par une des Gynécologues d'avoir un frottis récent « parce que s'il faut enlever le stérilet parce qu'il y a tout d'un coup un CIN, on ne va pas pouvoir faire une conisation et il va falloir enlever le stérilet » (Egy3 l9)

En cas de changement de DIU, s'il y a un doute sur la présence d'actinomycètes, il vaut mieux ne pas remettre immédiatement de nouveau stérilet (Egy2).

Un des Gynécologues prescrit dans les jours qui précèdent la pose de DIU, des ovules désinfectants tels que Polygynax® : « c'est la recette qu'on ne dit pas mais je suis persuadée que mes collègues doivent faire pareil » (Egy6 l95).

Et puis de manière générale, plus la consultation est préparée et anticipée lors de la consultation où le stérilet est abordé, mieux c'est pour le jour de la pose comme c'est le cas de ce praticien : « je vérifie qu'il n'y ait pas de contre-indication, pas de problème. Je lui rappelle en gros la procédure » (Emg1 l23). Et comme l'explique un de ses confrères, « ça implique une prise en charge psychologique de la patiente parce qu'elle se rend compte que ce n'est pas

un bonbon, pas un gadget (…) il faut médicaliser un maximum ce qui se passe en amont » (Egy10 l15).

7. Matériel utilisé : matériel à usage unique ou stérilisable ?

Le matériel utilisé pour poser un stérilet doit être stérile. Deux possibilités s'offrent aux praticiens : utiliser du matériel stérile à usage unique ou investir dans un stérilisateur et utiliser son propre matériel. Nous avons demandé aux praticiens de notre étude de recenser les difficultés que représentaient le choix et l'usage du matériel nécessaire à la pose d'un DIU.

a. Le matériel à usage unique :

Pratique et économique lorsque l'activité gynécologique n'est pas intense, c'est le choix qu'ont fait certains médecins Généralistes de notre étude. L'un d'eux explique son choix : « je n'ai pas d'autoclave. Je refuse de stériliser avec un Poupinel. On ne peut pas non plus utiliser du matériel inox et le jeter après » (Emg1 l101). Il précise d'ailleurs qu'il existe « des sets à usage unique avec des pinces de Pozzi métalliques mais ils coûtent la peau des fesses, il y a un code CIP et on peut les faire acheter par les dames » (Emg1 l102).

Les principales difficultés rencontrées concernent les pinces de Pozzi jetables : « elles arrachent le col, ou elles font saigner et on ne voit plus rien » (Egy2 l113). « C'est de la dînette, c'est n'importe quoi. Elles ne sont pas pratiques et elles sont grosses. (…) C'est toujours dans les situations difficiles que ce matériel, ce n'est même pas la peine parce qu'on n'a pas de place, c'est très délabrant, ou elles prennent beaucoup de place et on ne voit même plus l'orifice » (Egy10 l 69). Un autre trouve « que les pinces à usage unique ne serrent pas assez bien » (Emg4 l 55). «Je dois dire que les femmes sursautent quand on a une Pozzi à usage unique » (Egy5 l 34).

b. Le matériel stérilisable :

« Je n'utilise pas de matériel jetable, mais j'utilise un matériel de stérilisation aux normes, un autoclave ». (Egy3 l 23)
«Je reviens toujours à mes boîtes en fer stérilisées. (…) Quand il y en a plusieurs dans la journée, il faut avoir une ou deux boîtes d'avance. Donc il faut avoir du bon matériel et un stérilisateur.» (Egy2 l 108). « Déjà je stérilise à froid avec le produit qu'on utilise pour les coloscopies, l'Anios®. Je désinfecte déjà une première fois, ensuite avec le stérilisateur. » (Egy2 l116)

Un autre a fait le choix du Poupinel : «les spéculums, on les lave, on les passe au Poupinel, c'est bien. On les lave et on les trempe dans une solution 24 heures. Poupinel ça suffit. » (Emg6 l166). Les avis étaient partagés, pour un autre, le Poupinel est jugé insuffisant : « je refuse de stériliser au Poupinel. » (Emg1 l101).

Les Gynécologues sont pour la plupart équipés de matériel de stérilisation. Pour les médecins Généralistes, cet équipement coûteux est plus rare et nécessite un investissement. Les maisons médicales ou apparentées permettent de mutualiser l'équipement : c'est le cas pour un des Généralistes interrogés : « j'ai mon matériel car je travaille avec une dentiste qui a un truc pour stériliser le matériel donc c'est pratique » (Emg4 l 54).

8. La médication lors de la pose de stérilet :

Le Spasfon®, molécule antispasmodique, est un médicament largement utilisé par les praticiens de notre étude. La posologie, la galénique peuvent cependant varier selon les pratiques et les habitudes. L'un choisit la forme suppositoire : « je leur donne un suppositoire de Spasfon® qu'elles mettent une heure avant la pose. Je leur en donne un deuxième pour après la pose » (Egy1 l14). Un autre utilise la forme orale : « quasi systématiquement, deux comprimés une heure avant la pose » (Egy6 l 36).

Le Paracétamol est utilisé également : « généralement elles ont toujours 1 gramme de Doliprane® avant » (Egy8 l56). De même : « si elles ont vraiment de l'appréhension sur la douleur, je leur propose de prendre du Paracétamol avant de venir » (Emg4 l 40).

Autre possibilité : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). « Un Ibuprofène avant ça ne peut leur faire que du bien » (Egy9 l 44). C'est aussi le choix d'un de ses confrères : « je donne de l'Antarène®, beaucoup, enfin de l'Ibuprofène. En revanche je ne crois pas tellement aux antispasmodiques genre Spasfon®. C'est juste le placebo qui est efficace ». (Emg3l61).
Autre approche : l'homéopathie. C'est le choix qu'avaient fait deux des praticiens interrogés: « je donnais aussi de l'homéopathie parce que psychologiquement, ça pouvait faire effet » (Egy4 l 23).

Certains font le choix de ne pas prémédiquer : «maintenant, je ne fais plus rien du tout. Maintenant je les pose comme ça à la volée et ça se passe en général très bien ». (Emg8 l 23). En effet un des médecins juge que « quand vous posez bien un stérilet, il n'y a aucune raison que ce soit douloureux » (Emg8 l 27)

Les Œstrogènes : « alors de temps en temps, je mets des Œstrogènes et du Cytotec® chez des patientes qui sont vraiment très sténosées ou atrophiques, mais bon... » (Egy10 l47).

Les tranquillisants : ils peuvent être intéressants dans certains cas comme l'explique un des praticiens : « c'est vrai que quelqu'un avec qui on a déjà eu un échec, un spasme, si c'est moi qui réessaie, bah je lui ferai prendre un Atarax ou un Seresta® en la prévenant qu'elle se fasse conduire par quelqu'un d'autre » (Emg2 l71).

Quel que soit le protocole choisi, plusieurs des praticiens ont émis des doutes sur l'efficacité réelle de ces médicaments et l'effet Placebo semble être le seul bénéfice. L'intérêt ne semble pas évident : « alors je ne sais pas si cela sert, pour éviter les spasmes ou les contractions, je ne sais pas » (Egy4 l21)

Un des Gynécologues a expliqué que « si elles veulent se prémédiquer, elles se prémédiquent ! Mais je peux vous dire qu'il n'y a rien qui prémédique » (Egy10 l 46). De même : « quand je prescris moi-même un stérilet, je prescris toujours un Ibuprofène et du Spasfon® à titre de placebo » (Emg1 l21).

L'antibioprophylaxie par contre n'est plus du tout pratiquée. « C'est dans les livres, il n'y a pas d'intérêt » (Egy1 l 15). Un autre explique : « j'en ai fait un moment, et puis au dernier congrès ils n'en faisaient pas. On ne sait même pas si cela sert à quelque chose » (Egy4 l18). Par contre, comme nous l'avons vu précédemment, un des médecins de notre étude prescrit du Polygynax® avant la pose.

9. Difficultés liées à la procédure :

a. L'hystérométrie :

L'hystérométrie fait partie de la procédure de pose de DIU et précède la pose de DIU. Elle n'est en théorie pas facultative et permet de connaître la profondeur de l'utérus jusqu'au fond utérin. Elle limite donc les risques de perforation utérine. L'hystéromètre peut être jetable ou stérilisable. Il n'est pas fourni systématiquement dans les boîtes de stérilet.

Dans le groupe interrogé, certains praticiens indiquent se dispenser de l'hystérométrie dans certaines situations. C'est le cas de l'un d'eux qui la remplace par une échographie : « comme je fais l'échographie, je connais à peu près la profondeur de l'utérus. Je ne fais une hystérométrie ou ne dilate le col que si c'est un Mirena® après une césarienne » (Egy3 l 78). Autre cas quand il y a des antécédents de pose douloureuse : « quand c'est une dépose-repose, (…) quand cinq ans se sont écoulés et que je n'ai pas cliniquement un utérus plus gros que d'habitude, je ne fais pas d'hystérométrie » (Egy5 l66). Une autre explique : « je ne vois pas trop l'intérêt personnellement dans la mesure où ça veut dire qu'on passe deux fois le col malgré tout avec un objet et en fait je n'ai jamais eu de soucis en y allant doucement en poussant le stérilet au fond de l'utérus » (Emg7 l46). Autre avis : «si j'ai un col grand ouvert où il n'y a pas besoin de faire une hystérométrie, ça passe des fois tout seul (…) : il y a plein d'autres techniques alternatives, sans hystérométrie quand le col est vraiment bien ouvert » (Emg1 l 54). Une autre fait jouer son expérience : «vous sentez que vous êtes au fond de l'utérus : ça fait 25 ans. » (Egy1 l55).

A l'inverse, d'autres praticiens ne se passent jamais de l'hystérométrie. C'est le cas de celui-ci : « je fais toujours une hystérométrie, d'autres n'en font pas, mais moi je le fais : ça permet de bien voir dans quel sens va l'utérus, de faire lâcher tout doucement l'orifice interne, et bien sûr

de connaître mon hystérométrie » (Egy9 l 14). Un autre s'en sert « plus pour dilater que pour avoir la longueur de l'utérus » (Egy10 l 64).

b. Recours à l'échographie

Il n'est pas systématique. Les avis à ce sujet étaient assez tranchés. Certains médecins qui ont une compétence en échographie et qui possèdent un échographe jugent indispensable cet outil dans la pose de stérilet. L'échographie a plusieurs rôles : « remémorer la position de l'utérus s'il est en avant, en arrière, pour être bien sûr qu'il n'y ait pas de grossesse (… et contrôler) tout de suite en échographie pour voir s'il est bien posé » (Egy3 l18). Il la juge même fondamentale et « pense d'ailleurs que pour les Gynécologues, ça devrait être obligatoire de faire des échographies » (Egy3 l173). D'autres l'emploient en fonction du contexte clinique : « si l'utérus est vraiment hypotrophique, je fais quand même une écho avant. Si je crains des fibromes, un utérus fibromateux, j'en fais avant aussi. Et voilà, ça dépend du contexte » (Egy6 l44). L'échographie est un bon moyen pour ces médecins d'être rassurés quant à la pose de DIU comme l'explique ce Gynécologue : « je suis tranquille : quand je ne sais pas, je fais une écho » (Egy8 l 118).

A l'inverse, d'autres jugent cet examen inutile : « l'écho ne sert à rien ! Strictement à rien. L'écho va vous dire si l'utérus est rétroversé, anteversé. Vous n'avez qu'à l'examiner, vous saurez » (Egy10 l150). Ce médecin juge cet examen insuffisant car l'échographie ne « vous dépistera pas, à moins d'avoir une vraie énorme malformation » (Egy10 l153). C'est l'avis d'un autre Gynécologue : « c'est sûr que ceux qui ont un échographe mettent la sonde et vérifient. Quand on n'en a pas, on n'a pas besoin d'échographie pour être sûr qu'il est bien en place » (Egy9 l102).

Enfin, un autre ne l'utilisera pas pour la pose « mais contrôle de la pose: oui » (Egy6 l42).

Un des Généralistes ne la juge également pas nécessaire « car c'est vrai que ce sont souvent des multipares, elles ont eu des échographies de grossesse donc s'il y avait vraiment une anomalie ou des malformations, on le saurait. Mais chez la nullipare, peut être que ça vaudrait le coup de faire une échographie » (Emg2 l91).

c. Asepsie et gestion du risque infectieux :

➢ *Choix de l'antiseptique :*

Les recommandations préconisent l'emploi d'un antiseptique qui peut être appliqué sur les muqueuses gynécologiques.

Nous avons demandé à nos praticiens de décrire le protocole d'antisepsie dans la pose de DIU.

Là encore, les pratiques ne sont pas uniformes.

Un des Gynécologues utilise « de la Bétadine® gynécologique : désinfection vagin col ». (Egy1 l 28). Un autre explique : « je demande à la dame si elle n'est pas allergique à l'iode. Si elle n'est pas allergique à l'iode, je badigeonne la cavité vaginale avec de la Bétadine® bleue et si elle est allergique à l'iode, je prends du Dakin » (Emg1 l49).
Un autre utilise un antiseptique adapté, sans préférence : « en ce moment j'ai du Biaseptyl, ça ne pique pas. Mais ça peut être n'importe quoi, pourvu qu'il ne pique pas » (Egy9 l39).

- *Modalités de la désinfection :*

Elle est plus ou moins large selon les praticiens. Cela peut aller de la simple désinfection de col à la désinfection de toute la filière gynécologique. Un des Gynécologues désinfecte « surtout le col, de toute façon, on essaie de ne pas toucher le vagin. On pénètre uniquement dans le col » (Egy2 l16). Un autre désinfecte plus largement : « ce que je vois, je désinfecte, je désinfecte tout le col et en retirant on termine de désinfecter avec le coton. Mais on ne met pas 3 litres de Bétadine® dans le vagin non plus » (Egy5 l79).

- *Gestion du risque infectieux :*

En raison du risque infectieux que comporte ce geste invasif, il y a des précautions qui sont recommandées.

Chez nos praticiens, les pratiques sont diverses mais chacun a à cœur de limiter les risques infectieux et de prendre les précautions nécessaires.
L'un des praticiens interrogés évoque sa peur des risques infectieux : « on a toujours peur des risques septiques. Le risque zéro n'existe pas. Masque stérile, matériel stérile... on fait tout mais on peut avoir un germe dans le col, on ne sait jamais. Et même avec frottis un mois avant, elle a pu rencontrer un mec pas très clean » (Egy2 l118). Le risque principal est l'infection à streptocoque, provenant de la patiente ou de l'opérateur. « Il y a eu des cas décrits d'infection à streptocoque A ou B de nez par le poseur » (Emg1 l59) explique un Généraliste. Il est important en tout cas d'informer la patiente des risques infectieux qui existent et qui sont imprévisibles une fois que toutes les précautions ont été prises pendant la pose : « je dis bien à la dame que je mets un masque, des gants, que j'utilise un matériel à usage unique et que s'il y a un problème, et bien j'aurai tout fait pour qu'il y en ait pas, mais qu'on n'est jamais à l'abri d'un incident. » (Emg1 l 60) Il faut également lui donner une information complète et lui expliquer les signes cliniques qui doivent l'amener à consulter.

L'un d'eux met systématiquement « gants stériles et masque de protection pour éviter d'envoyer des postillons sur le matériel » (Egy2 l9). Un autre avoue être plus minimaliste : « disons que moi je suis très minimum au niveau de toutes les précautions possibles et imaginables. C'est à dire que je me mets quand même en gants stériles, j'essaie d'être non pas stérile mais propre on va dire » (Emg7 l38). Une astuce qu'a révélé cette étude est de retarder

l'ouverture de l'emballage du stérilet : « je n'ai pas ouvert l'emballage stérile du stérilet (…) on ne sait jamais s'il y a une contre-indication qui apparaît. Donc je ne l'ouvre qu'au dernier moment » (Egy3 l 28).

d. Comment et où couper les fils du stérilet ?

Une fois que le DIU est mis en place, le médecin doit couper les fils du DIU afin qu'ils permettent son retrait dans de bonnes conditions. La problématique est de les laisser assez longs pour que les fils soient toujours visibles et assez courts pour qu'ils ne gênent pas lors des rapports.

Les résultats étaient assez variés. De manière générale, une des astuces est de les laisser assez longs dans un premier temps et « éventuellement leur dire que si cela gêne le partenaire, on recoupe » (Egy1 l36). Des fils courts peuvent blesser le partenaire lors des rapports : « je trouve qu'ils gênent moins quand ils sont longs car ils se recourbent alors que quand ils sont courts, ils piquent, un peu comme les poils d'une brosse à dents » (Egy4 l48).
La problématique est de ne pas les couper trop court : en effet des fois « le stérilet n'est pas bien au fond, il remonte tout seul et après on n'a plus les fils. Je les coupe plutôt longs, en général au-delà d'un centimètre, quitte à les recouper ensuite. (…) Des fois on se fait avoir avec des grosses hauteurs utérines ». (Emg1 l71). Globalement, tous s'accordent pour dire que des fils coupés longs initialement, soit entre 2 et 4 cm épargnent les désagréments de la gêne pour le partenaire, et des fils qu'on ne retrouve plus après quelques temps. De même un des praticiens prévient que « si vous avez plus de 40 ans, il faut couper les fils un peu plus longs parce que (l'utérus) remonte s'il y a un fibrome » (Egy1 l33).
Un des Gynécologues interrogé se démarque et les coupe plus court que ses confrères : « je les coupe à 1cm et je les recoupe après. (...) Et puis 1cm, ce n'est pas court, c'est déjà bien, ils épousent la berge de telle sorte qu'elles n'aient pas de problèmes ». (Egy8 l124).

e. Difficultés du retrait de stérilet :

La plus grande difficulté pour le retrait est quand les fils remontent et qu'on ne les voit plus. Dans ces cas-là, le retrait peut se faire en clinique, sous anesthésie avec les risques que cela comporte. Le retrait du DIU à l'aveugle reste possible mais est jugé difficile par certains des médecins interrogés. Il est fréquent de passer la main à un confrère hospitalier dans ce contexte comme le fait ce praticien : « si vraiment je n'arrive pas à retirer un stérilet, je le fais enlever sous anesthésie générale puis reposer sous AG par un collègue en clinique » Egy2 l 46). Un des Gynécologues conseille d'ailleurs de passer la main « si vous n'avez pas envie ou si vous ne savez pas faire » (Egy2 l 106).

« Il y a parfois des stérilets qui sont parfois retournés complètement. Avec des pinces de Therum, il faut aller les rechercher. » (Egy2 l45).

Que le retrait en consultation simple se fasse avec une pince de Therum ou une Novack, le geste doit être dans tous les cas le moins traumatique possible : « je ne suis pas une brute, ça ne fait pas mal, il faut être doux ». (Egy8 l136). Et dans ces consultations délicates « il faut vraiment ne pas avoir peur, il faut garder la main très souple (...), il faut mettre la patiente en confiance (…) c'est presque un curetage que vous faites » (Egy10l 102).
Il est plus facile de retrouver un stérilet au cuivre qu'un stérilet hormonal : « avec les stérilets au cuivre, c'est relativement facile avec une Novack, parce qu'on l'entend. Mais avec un stérilet à la Progesterone, vous ne sentez rien, et vous n'entendez rien ». Une astuce est d'entendre « le bruit du cuivre de la Novack sur le cuivre (du stérilet) : c'est comme ça qu'on le repère. » (Egy10 l95).

Dans ces cas de figure, les médecins Généralistes interrogés semblent encore moins à l'aise comme le montre ce témoignage : « j'ai bien acheté des crochets pour aller les rechercher, mais je n'ai jamais réussi, je ne suis pas très à l'aise, j'ai peur de faire mal. Je n'ai jamais trop insisté. » (Emg1 l 196).

10. Difficultés rencontrées lors de la pose :

a. Appréhension des difficultés :

Il semblerait que malgré l'expérience, la pose de DIU ne soit pas toujours vécue sereinement. L'une des Gynécologues a ainsi réagi : « je ne suis jamais tranquille quand je pose un stérilet. Après 30 ans, j'en pose 5 ou 10 par semaine, j'ai toujours une appréhension » (Egy2 l97). Un de ses collègues partage ce sentiment car trouve ce geste « toujours angoissant » (Egy4 l34). L'une des raisons évoquées est la peur des complications : « quand il vous est arrivé deux, trois pépins comme ça, après vous vous dites : j'espère que ça va bien se passer. Alors que j'en ai posé je ne sais pas combien dans ma vie. Tout peut arriver ! Tout. » (Egy9 l 124).

b. La perforation de l'utérus :

La perforation de l'utérus est une complication rare lors de la pose d'un DIU cependant elle est redoutée par les praticiens participant à notre étude comme l'explique ce Gynécologue : « c'est rare mais on y pense : alors c'est peut être ça qui stresse » (Egy4 l95).

Le groupe des Gynécologues s'est davantage exprimé sur ce sujet que le groupe des médecins Généralistes.

Plusieurs des Gynécologues de notre étude ont déjà été confrontés à cette complication. C'est le cas de ce Gynécologue : « ça m'est arrivé quelques fois de passer directement hors de la cavité utérine, ça m'arrive une fois tous les cinq ans » (Egy7 l42). Un autre y a été confronté seulement une fois en 25 ans (Egy1).

La survenue de l'incident était souvent inattendue, dans des situations qui n'étaient pas forcément à risques au départ, ce qui a surpris ce Gynécologue : « chaque fois que ça m'est arrivé, ça ne m'est jamais arrivé sur un utérus cicatriciel : c'est arrivé sur des utérus intacts » (Egy7 l43). Sentiment partagé par son confrère : « en fait on le pose comme d'habitude et on se retrouve avec un couac» (Egy5 l137).

Certains d'entre eux ont avancé des explications : « si on l'a implanté un petit peu profond dans le muscle, on a quand même des contractions et il y a une sorte d'appel péritonéal qui fait (…) que ça le happe et on se retrouve avec un stérilet dans le péritoine » (Egy5 l136). Autre situation : « chez une multipare, le segment inférieur est toujours un peu plus fragile donc on peut passer à travers » (Egy7 l46). Un autre facteur favorisant est le fait de faire une fausse route, aussi minime soit-elle : « si on fait un trou, ou une amorce de trou de 1 ou 2 mm, après on retape dedans, on n'arrive plus à retrouver le canal » (Egy3 l94).

Dans certains cas, la perforation de l'utérus peut passer inaperçue : « on peut s'apercevoir aussi à posteriori qu'on a passé à travers l'utérus » (Egy5 l126). Dépasser son hystéromètre est le point d'appel qui doit faire suspecter une perforation mais parfois, il ne semble pas y avoir d'explications comme le raconte ce praticien : « je ne comprends pas, il est passé tout seul » (Egy1 l31). D'autres fois, la perforation est suspectée quand il y a « des douleurs, des saignements, des choses comme ça, mais ce n'est pas aussi évident que ça» (Egy8 l95).

La prudence est dans tous les cas fondamentale pour éviter la perforation : « il ne faut pas forcer, on perfore sinon » (Egy2 l78). Et si on a un doute, on peut faire comme ce Gynécologue : «quand je ne suis pas sûr, je retéléphone le lendemain pour leur demander comment ça se passe » (Egy8 l105).

c. *Malaise : fréquence, étiologie et prévention.*

Quand nous avons interrogé les praticiens sur les difficultés rencontrées lors de la pose d'un DIU en question ouverte, le malaise était fréquemment cité.

➢ *Fréquence des malaises :*

Le malaise est un évènement courant dans la pose de DIU. Il est difficile d'avoir un chiffre sur son incidence. Un des Gynécologues avance le chiffre d' « un malaise toutes les dix poses à peu près » (Egy3 l 115), un autre « régulièrement deux fois par an » (Egy7 l67). C'est donc très variable. Le malaise bénin, spontanément résolutif en quelques secondes ou minutes, est beaucoup plus fréquent que le malaise grave mais plusieurs des praticiens ont en tête au moins un malaise qui a dû faire intervenir des secours : « ça m'est arrivé d'appeler les pompiers, où pendant deux heures la patiente n'avait toujours pas repris connaissance. J'ai toujours un peu d'atropine. » (Egy9 l67). L'un des Généralistes trouve les malaises plus fréquents « sur les

implants que sur les stérilets » (Emg4 l89).

- *Origine du malaise :*

Son origine semble être variée. Les médecins de l'étude ont avancé plusieurs hypothèses : « le fait du stress mais aussi de passer le col (…) plus que la douleur » (Egy4 l35), « ce n'est pas forcément en rapport avec un geste qui est parfois douloureux » (Egy4 l102). « C'est quand on touche le fond de l'utérus, il faut essayer si possible, de ne pas trop le toucher » (Egy3 l106). Cela peut arriver également chez les patientes dites vagales mais pas seulement : « je ne me méfie pas plus des patientes qui en ont peur, les patientes qui en ont peur, souvent ça se passe bien, alors que les patientes qui y vont comme ça peur de rien, c'est parfois chez elles chez qui ça ne se passe pas bien » (Egy5 l150). Enfin, l'origine peut être une hypoglycémie, « surtout en fin de matinée quand elles n'ont pas déjeuné » (Egy6 l57). Et puis il y a « les totoches » (Egy8 l 52), avance avec humour l'un des Gynécologues.

- *Stratégies en cas de malaise et prévention :*

Lorsqu'une patiente fait un malaise, un des Gynécologues explique : « je leur mets la tête en bas, je leur donne de la Coramine glucose. Avant je mettais un peu de Sulfate d'atropine, maintenant c'est plutôt Adrénaline. (…) Après je les laisse allongées la tête en bas » (Egy2 l59).

Pour prévenir les malaises, l'un des Généralistes « garde toujours le contact car parfois ça arrive qu'elles tombent dans les pommes, malaise vagal. Donc toujours bien garder le contact, être sûr qu'elles aient tous leurs sens et que tout aille bien » (Emg1 l84). Un des Gynécologues a une astuce : « à mon avis, le baratin, ça vaut une anesthésie. Donc je raconte sa vie, je raconte ma vie, je la fais parler, je lui parle de son dernier voyage, et tout et tout, de ses gosses et je trouve que ça passe très bien » (Egy8 l145).

L'autre solution est d'anticiper la possibilité de survenue d'un malaise vagal et de ne pas tenter une pose seul au cabinet lorsqu'une patiente est sujette à faire des malaises. C'est ce qu'applique une des Gynécologues interrogés : « le malaise vagal c'est parfois imparable : quand elles savent, moi je ne les pousse pas parce que je suis toute seule » (Egy5 l121).

Enfin, anticiper le retour en cas de survenue de malaise est important : « quand c'est une jeune fille, je leur dis toujours de venir accompagnée. Je veux qu'il y ait quelqu'un dans la salle d'attente, un ami, n'importe qui, qui la ramène chez elle. Il est hors de question qu'elle ressorte dans la rue toute seule » (Egy9 l75).

d. *Spasmes du col : fréquence, étiologie et astuces.*

Le passage du col de l'utérus peut être parfois difficile : c'est l'une des difficultés de la pose des stérilets recensée par les praticiens de notre étude.

L'incidence est variable : l'un des Gynécologues estime que « les spasmes du col : ce n'est pas très fréquent » (Egy1 l38), un autre les trouve exceptionnels. L'un des Gynécologues, à la différence des autres ne semble pas y avoir été confronté : « ah ça je ne connais pas » (Egy3 l96). Pour les autres, les spasmes du col font partie des difficultés fréquentes rencontrées dans la pose de stérilet même si leur fréquence est difficilement mesurable.

Les causes avancées par les médecins de notre étude sont également variables car de nombreux facteurs entrent en compte.
Il peut s'agir parfois d'un spasme « souvent lié à un réflexe à la douleur » (Emg1 l76). D'autres fois, le spasme survient simplement parce que la période du cycle n'est pas optimale : c'est « le moment du cycle qui n'est pas le bon » (Egy4 l39). Une autre cause est l'anatomie du col : « il y a des cols complètement sténosés, des utérus très rétroversés avec des orifices internes quasiment impénétrables déjà à l'hystéromètre » (Egy2 l35). Ou alors « c'est quand le col est vraiment bombé, que l'orifice est sur un col bombé et que ça glisse quoiqu'on fasse, même avec une pince : le stérilet ne pénètrera pas » (Egy10 l 82). Autre variante anatomique : « il y a des patientes, on ne voit même pas l'orifice externe » (Egy10 l60).
On peut aussi créer un spasme après avoir posé facilement l'hystéromètre : « on passe l'hystéromètre facilement et puis on veut poser le stérilet et parfois c'est beaucoup plus dur parce qu'on a l'impression que la réaction à la douleur a été un peu spastique au niveau du col » (Egy5 l69).

Si le franchissement du col peut être périlleux, certains des médecins interrogés ont développé des stratégies pour dépasser ces difficultés.

L'installation de la patiente est l'étape indispensable pour mettre toutes les chances de son côté. En effet «en cas de difficulté de pose, il faut être bien installé, voir bien le col, avoir une femme qui est bien détendue » (Egy7 l64). C'est ce que fait également son confrère : « j'essaie déjà de la mettre en confiance, de bien l'installer au bord de la table : si elle est trop loin, elle n'écarte pas assez bien ses jambes et on n'arrive pas à mettre le spéculum » (Egy9 l7). «Il faut avoir bien mis sa pince de Pozzi en place pour pouvoir manipuler parce que des fois c'est simplement l'utérus qui n'est pas bien orienté donc on bute un peu contre la paroi » (Emg2 l115). De la même façon, il faut bien « positionner l'utérus, se remettre en tête ce qui est vers l'avant, ce qui est vers l'arrière, pour le redresser et donc toujours aller doucement, donc bien entendu une fois qu'on a bien introduit le petit inserteur dans le col, ne jamais le retirer pour le re rentrer, il faut rester en place et essayer de mobiliser l'utérus (…) on peut faire des petits mouvements de rotation du tube inserteur mais minimes, il faut bien faire attention de ne pas bouger le guide pour que le déploiement des bras se fasse toujours bien » (Emg2 l118).

Il y a des petites astuces simples dont celle-ci proposée par un des participants : « il y a un

truc tout con, c'est que je fais tousser. Et d'ailleurs quand je retire le stérilet précédent, je fais tousser aussi, avec la toux il y a un effort de poussée et ça crée une confusion de ressenti qui fait que la dame sent moins la sortie du stérilet ou l'entrée pour franchir le col » (Emg3 l50) «quand ça ne passe pas, vous leur demandez de tousser. Autre truc quand vous mettez un stérilet : il faut leur parler, pour détourner leur attention » (Egy1 l58). Avis partagé par un de ses confrères : « je suis très baratineur, je leur parle de la pluie, du beau temps, de leurs vacances » (Egy8 l52). Il faut rassurer la patiente : « il faut toujours détendre la patiente, la rassurer, donc il faut être soi-même détendu parce que c'est dur de la détendre si on est crispé » (Emg2 l130)

«Il ne faut pas hésiter à retirer, à reposer l'hystéromètre, revoir si l'utérus est en avant ou en arrière, pour être sûr d'aller dans le bon sens » (Egy3 l96). Il peut être utile de se servir de l'hystéromètre pour préparer le col à accueillir le dispositif de pose du DIU : « s'il est spasmé, et ben je mets l'hystéromètre le temps que ça passe un petit peu et après c'est bon. Ça fait la voie » (Egy6 l52). « La technique, c'est de prendre un petit dilatateur, pour les Mirena®, les labos en donnent : des petits tuteurs qui permettent de dilater le col » (Egy7 l51). Un autre utilise parfois des bougies : « il faut prendre l'hystéromètre le plus gros qu'on ait et puis si jamais on a un petit doute, ça peut arriver, mais là ça devient un petit peu plus compliqué, il faut avoir des bougies » (Egy8 l109).

L'un des praticiens, en cas de grosses difficultés, évoque une autre méthode : « si vraiment on a un col très récalcitrant, on peut donner à la femme avant de poser un stérilet, y en a qui donnent un comprimé de prostaglandines, de Cytotec®, pour que le col soit théoriquement un petit peu plus entrouvert » (Egy7 l 52). Autre méthode : « quand il y a des hypertonies de col, il m'arrive parfois de faire un petit bloc à la xylo » (Emg1 l76). Sa méthode est la suivante : « je pique aux quatre points cardinaux, je mets ½ ml de xylo. Et normalement chez toutes ces femmes qui sont vagotoniques ou qui m'ont fait déjà un malaise vagal à la pose, je fais une petite prémédication, une petite anesthésie locale » (Emg1 l115).

Quelle que soit la stratégie pour passer un col récalcitrant, il faut être doux et prudent. En effet, l'un des praticiens évoque le risque de perforation : « il faut faire attention parce que des fois on peut créer... on peut être complètement à côté de l'axe et dans ce cas-là on peut créer un trajet, un néo trajet qui n'a rien à voir. Mais ça fait mal généralement » (Egy8 l111). Dans tous les cas : « Il ne faut jamais forcer ». (Egy8 l109).

11. Conduite à tenir en cas d'échec.

Lorsque malgré tout la pose n'est pas possible, en dépit de ce qui a pu être mis en place pour poser le stérilet dans de bonnes conditions sans mettre en danger la patiente, il arrive parfois que le stérilet ne puisse pas être posé. Les médecins interrogés dans notre étude nous ont confié ce qu'ils faisaient en cas d'échec de pose d'un DIU.

La plupart des médecins interrogés ont été unanimes : il ne faut jamais forcer. Les risques de complications seraient alors trop importants. En règle générale, il faut reporter la pose plutôt que de poser un stérilet à tout prix quand il ne s'y prête pas : « je ne force pas parce qu'il y a

quand même des perforations possibles et je n'ai pas du tout envie de forcer » (Egy2 l40)
Un des médecins a fait la remarque suivante : « si ça ne passe pas, je n'insiste pas et c'est tout » (Egy1 l23). Ne pas pouvoir poser un stérilet une fois n'est pas du tout rédhibitoire, mais peut être l'occasion de se poser des questions sur ce qui a posé problème : « je m'interroge pour savoir si je ne me suis pas trompée entre guillemets de stérilet parce qu'il y en a qui passent plus facilement que d'autres » (Egy5 l104). Et puis il est toujours plus prudent de ne pas forcer comme l'explique ce médecin : « je préfère différer plutôt que d'essayer de forcer, de risquer de faire mal » (Emg2 l58). Souvent il suffit simplement de reconvoquer la patiente à un autre moment : « je les revois dans de meilleures conditions, avec souvent du Spasfon® et de l'Ibuprofène » (Egy9 l53).

C'est dans ces cas-là que plusieurs médecins Généralistes de notre étude ont passé la main à leurs confrères Gynécologues : c'est le cas de ce Généraliste « si je n'y arrive pas, je leur dis que je n'y arrive pas et que je préfère que ce soit un gynéco qui le fasse parce qu'il y a peut-être une chose X ou Y qui m'empêche de le faire » (Emg4 l77). Un autre a la même conduite à tenir : « ben disons que souvent dans ces cas-là, j'envoie chez un confrère du coup, ou quand c'est des femmes qui ont eu éventuellement des interventions ou des choses comme ça, il faut passer la main parce que je ne voudrais pas non plus faire des dégâts. » (Emg7 l89).

12. Après la pose :

a. Médication.

Une fois que le stérilet est posé, certains des médecins de notre étude prescrivent du Spasfon® à leurs patientes. Ce Généraliste applique le protocole suivant : « c'est souvent après la pose que je leur prescris du Spasfon®, et Paracétamol parce qu'il y a toujours des petites douleurs post pose à type de contractions » (Emg2 l74).

b. Programmation de la visite de contrôle

La consultation de suivi se programme en général quelques semaines après la pose mais il n'y a pas de consensus. L'un les programme « dans le mois qui suit les premières règles après la pose » (Egy4l55). Ce que fait aussi son confrère : « toujours après la pose, à peu près dans les 6 semaines qui suivent donc après les règles » (Egy2 l51). Un autre les contrôle à « 6 semaines puis tous les 6 mois » (Egy9 l96).
Un des Gynécologues contrôle systématiquement les « cuivre » mais ne contrôle plus les Mirena® : « le Mirena® je ne le contrôle plus, pour moi, il est bien en place, s'il n'y a pas de grosses règles, de caillots, il n'y a rien à recontrôler. S'il y a un gros saignement, que la dame a très mal, dans le doute je lui dis de revenir, on refait un contrôle » (Egy3 l 66).
Un des médecins a estimé ne pas être assez directif à ce sujet: « quelquefois, je suis peut-être un peu négligent dans les visites de contrôle, je leur demande toujours de revenir deux mois après pour raccourcir les fils, voir s'ils n'ont pas migré. (…) je devrais peut-être être un peu plus directif dans les protocoles de suivi. Je ne leur fixe pas de carnet de rendez-vous

systématiques. Je leur dis juste quand on doit le changer à 4 ou 5 ans qu'elles n'oublient pas » (Emg8 l 72).

c. *Autosurveillance par la patiente*

Elle peut être source d'angoisse pour la patiente comme l'explique ce Gynécologue : « je ne leur dis pas forcément de sentir le fil car généralement, elles ne le sentent pas et paniquent. Je leur montre comment on sent le fil mais en général, elles ne sont pas très habituées. C'est plus une source d'angoisse » (Egy2 l133).

d. *Contenu de la visite de contrôle.*

La pose d'un stérilet nécessite un suivi afin de dépister les complications et de s'assurer que le stérilet reste bien en place. Le médecin doit aussi s'assurer de la bonne tolérance du stérilet par sa patiente.
«Je vérifie que les fils sont toujours en place. Et s'ils ne sont pas en place, on fait une échographie de contrôle. Si on voit les fils et qu'ils sont à la même longueur, il n'y a pas de raison que le stérilet ait migré » (Egy2 l51). Il faut faire un examen gynécologique complet.

13. Gestion des complications :

a. *Expulsion du stérilet*

Concernant la fréquence de l'expulsion d'un stérilet, un de Gynécologues explique que cela «arrive de temps en temps, ce n'est pas fréquent » (Egy4 l43).
Même si cela reste rare, cette situation a semblé perturber certains des praticiens de notre étude à qui cela était arrivé. Un des Généralistes a vécu cette expérience avec une de ses patientes : « c'était une nullipare qui a expulsé son Ut Short avec ses premières règles. J'ai été un peu surprise, le passage s'était fait sans difficulté. J'en ai reposé un en me disant: qu'est-ce que j'ai fait ? » (Emg4 l80). Sa consœur a également vécu ce cas-là pour une de ses patientes : « j'en avais eu un qui était parti spontanément, ça m'avait refroidie parce que je trouve que dans notre spécialité, on n'a pas le droit à ce type d'erreur parce que c'est difficile à expliquer » (Emg6 l39).

b. *DIU et grossesse*

Une grossesse sur stérilet est un événement rare. Un des Gynécologues y a été confronté trois ou quatre fois « chez des filles où le stérilet avait été posé ailleurs » (Egy2 l86). La fréquence semble augmenter chez les femmes jeunes : « c'est lié à la fertilité (…) il faut vraiment

vérifier, il y en a beaucoup qui le perdent. Là aussi elles peuvent se retrouver enceintes parce qu'il y a une expulsion. Un peu moins avec le Mirena® parce qu'il est plus gros. Mais ça arrive » (Egy2 l127).

Il y a le risque de grossesse intra-utérine mais aussi de grossesse extra-utérine même si en pratique, ce risque existe quelle que soit la contraception choisie : avec « des GEU sur cuivre, j'en ai eu une en 3 ou 4 ans, c'est vraiment très rare. Des grossesses sur stérilet, très très peu, pareil. Mais je vérifie systématiquement à l'échographie qu'ils sont bien en place » (Egy3 l154)

La grossesse extra-utérine est certes rare, mais elle peut avoir des conséquences graves notamment sur la fertilité : « une GEU, ça veut dire une trompe en moins » (Egy5 l25).

L'analyse de ce Généraliste sur le vécu de la grossesse sous stérilet est intéressante : il explique qu'on a « effectivement un indice de Pearl inférieur à 1 donc on a peu de grossesses sous stérilet malgré la mémoire populaire où tout le monde retrouve toujours une grossesse sous stérilet chez une cousine (…) mais il y a des grossesses sous pilule et ça les gens s'en souviennent moins parce que du coup les personnes en parlent moins (…) il y a souvent un petit sentiment de responsabilité comme c'est souvent lié à un oubli, à une mauvaise prise donc ça se dira moins que la grossesse sous stérilet car effectivement là, la cause c'est celle du stérilet et du poseur parce que la patiente elle n'y est pour rien ». (Emg2 l 139)

14. Difficultés psychologiques

a. de la part des patientes

Le stress est un facteur important de difficulté lors de la pose de stérilet. En effet, chez « des femmes très tendues, très contractées, on ne pose même pas l'hystéromètre » (Emg2 l38).

Il existe également de la part de certaines patientes une barrière liée au stérilet en lui-même qui peut poser un problème éthique comme l'a expliqué un des médecins interrogés : « c'est à dire que normalement pour les femmes musulmanes ou même je dirais catholiques très pratiquantes, c'est quand même une forme de … ça empêche la nidation : c'est une forme d'avortement précoce » (Emg7 l75). Il y a également « la peur d'un corps étranger dans leur utérus » (Emg7 l71).

Un autre s'est heurté à la méconnaissance de certaines femmes de leur propre corps : « c'est un truc dans mon ventre, il y a une espèce de barrière psychologique. Je crois qu'il y a une méconnaissance souvent des femmes de leur anatomie : (…) elles s'imaginent toujours qu'on va leur ouvrir le ventre » (Emg8 l 107).

Une autre difficulté est de se heurter aux croyances, aux a priori qu'ont certaines femmes face

à ce moyen de contraception : il faut lutter contre « ce que les femmes ont entendu, ou ce qu'on a pu leur dire sur les complications, les dangers ou les craintes sur une moindre efficacité. Donc il faut les rassurer sur l'efficacité du stérilet, que c'est la même efficacité que les pilules » (Emg1 l127). Ce médecin regrette que parfois l'information relayée par le spécialiste ne soit pas toujours appropriée : « il y a aussi des gens qui sont censés savoir et qui disent n'importe quoi et du coup, les femmes prennent pour vérité ce que le spécialiste leur a dit » (Emg1 l232).

Une information loyale, claire et appropriée est donc la clef pour lutter contre les difficultés psychologiques de la patiente. Il faut également comme le rappelle ce praticien « qu'elle ait la contraception qu'elle ait choisi elle, parce que si on met un stérilet en ayant un peu forcé la main, elle va revenir dans deux trois mois après en disant qu'elle ne le supporte pas et qu'il faut lui enlever ». « Il faut effectivement que la femme soit convaincue de la bonne méthode pour elle » (Emg7 l 106).

Un des médecins Généralistes de notre étude a l'habitude de dire à ses patientes avec humour que « la seule méthode efficace et sans risque, c'est la webcam et en général, ça les fait bien rire » (Emg1 l229).

b. <u>de la part du praticien</u>

Si les difficultés psychologiques liées à la patiente sont fréquentes, il existe également des difficultés liées au médecin. Nous avons déjà développé le cas des freins liés à la patiente nulligeste, nous n'y reviendrons pas. Cependant il en existe d'autres. Certains médecins craignent les risques liés à la pose de DIU : « on leur a tellement dit que c'est dangereux, qu'il peut y avoir des perforations, des trucs, des sepsis, que ma foi, les gens ont peur et se disent : je ne vais pas m'emmerder pour 38,40 euros, ce n'est pas rentable » (Emg1 l130).
D'autre part, il semblerait que pour un des Généralistes interrogés, l'âge et le sexe du médecin peuvent être sources de difficultés : « les jeunes femmes préfèrent peut-être aller voir des médecins jeunes ou des médecins femmes (…) peut-être que j'ai aussi une appréhension avec les jeunes femmes qui sont quelquefois un petit peu toniques, énervées » (Emg8 l14). Il ajoute : « je suis un homme et c'est probablement aussi une des difficultés, je vieillis et peut-être que les patientes jeunes se disent que je suis peut-être un petit peu passé de mode (…), elles ne me reconnaissent peut-être plus spontanément et naturellement, comme il y a quelques années, le droit de poser un stérilet ». (Emg8 l89)

15. Difficultés financières

Les stérilets sont pour une grande partie d'entre eux remboursés par la Sécurité Sociale. Ils ne posent donc pas de difficultés financières particulières pour les patientes et «quand on pense santé publique (…) finalement, la pilule remboursée tous les mois reviendra au bout de 5 ans plus chère que le stérilet et sa pose » (Emg2 l 148). C'est l'avis de son confrère qui exerce dans un quartier populaire : « je pratique le tiers payant quasiment à tous mes patients (…). Donc la pose ce n'est pas bien cher en tiers payant. Donc (difficultés) financières, pas de

soucis avec les DIU qui sont remboursés par la Sécu » (Emg6 l 110).

Par contre, si on se place du côté du médecin, certains regrettent la non valorisation de ce geste qui est payé 38,40 euros par la Sécurité Sociale alors que le geste est technique, suppose un investissement de la part du médecin pour le matériel, qu'il soit à usage unique ou qu'il concerne le matériel de stérilisation. Pour l'un des Généralistes, il est vrai que « le gain financier n'est pas le principal atout, la principale motivation » (Emg2l161). L'un des médecins explique que « les gens ont peur et se disent : je ne vais pas m'emmerder pour 38,40 euros, ce n'est pas rentable. C'est sûr que pour ceux qui font de l'abattage, il n'y a aucun intérêt de mettre un stérilet. C'est altruiste de poser un stérilet. Parce que ce n'est pas avec ça qu'on gagne sa croûte » (Emg1 l 131). En comparaison : « poser un implant, ça ne pose aucun risque, ça prend dix minutes, même pas, et ça coûte 41,80 euros » (Emg1 l239). Il ajoute qu' « il y a une sous prescription de DIU surtout en France par rapport aux autres pays et une des causes, c'est la non rentabilité de la chose. Le jour où le médecin sera payé pour un an de contraception efficace sans grossesse non désirée, tout le monde aura un stérilet » (Emg1 l 248).

Avec humour, l'un des Généralistes conclut à propos de la cotation du stérilet en médecine générale : c'est « dix fois moins que la facture que je viens de payer pour mon chat chez le vétérinaire » (Emg8 l85).

16. Difficultés médico-légales

L'aspect médico-légal est une thématique qui a été abordée spontanément par plusieurs des médecins de notre étude et semble être une difficulté supplémentaire que doit gérer le médecin quand il décide de poser un stérilet à une patiente.

Certains évoquent la grosse responsabilité que représente la pose de DIU car c'est un geste technique invasif qui n'est pas dénué de risques de complications. Un des Gynécologues estime que «médico-légalement c'est une grosse responsabilité : on peut foirer, on peut infecter, on peut faire plein de conneries... je connais plein de Gynécologues qui ne se lancent pas dans le retrait de stérilet sans fils » (Egy10 1l09).

Ce risque est également pointé du doigt chez la nullipare : « quel est le médecin abruti qui ira poser un stérilet quel qu'il soit chez une nullipare sans vérifier qu'elle n'a pas un utérus à problème ? Ça ne se défend pas sur le plan médico-légal » (Egy10 l145).
Ce même médecin déplore le fait que la responsabilité repose toujours sur le médecin alors que la patiente n'assume pas toujours la sienne notamment avec le tabagisme : « il y a plus de risque de fumer que de se faire poser un stérilet mais si elles ne prennent pas conscience qu'il faut arrêter de fumer, ça devient un peu compliqué nous d'assumer toujours et de balayer derrière » (Egy10 l138).

L'aspect médico-légal a également été abordé par un des Gynécologues concernant

l'indication de Jaydess® : il est indiqué en deuxième intention et il se pose la question du risque pris si celui-ci était posé en première intention : « je vais écrire un truc à mon syndicat en leur disant que si je pose en première intention, ça pose problème ou pas ? Je ne sais pas mais je me couvre » (Egy8 l169).

Outre le fait de prendre en considération le risque infectieux, un Gynécologue explique prendre des précautions supplémentaires : « je leur fais signer un papier (…) qui stipule que je leur ai fait une information complète » (Egy8 l22). Ce document écrit permet au praticien d'apporter la preuve que le consentement de la patiente a été obtenu après information claire et appropriée en cas de plainte.

Un autre point est ressorti de l'étude : l'équipement du cabinet en oxygène pour la pose de DIU. Il était nécessaire il y a quelques années lorsqu'un praticien voulait pouvoir poser des DIU mais ce point-là a posé problème à l'un des Généralistes de l'étude : « j'ai appris dans le temps qu'il fallait absolument avoir de l'oxygène au cas où la patiente fait un malaise vagal je crois, ce que je n'ai pas et ce que les gynécos n'ont pas non plus. Et c'est peut-être un peu le souci » (Emg3 l95). « Il y a un petit souci médico-légal sur ce plan-là pour l'oxygène au cabinet ». (Emg3 l 98).

Enfin pour les Généralistes, il y a une précaution à prendre vis à vis de leur assurance professionnelle : « je crois que j'ai déclaré ça à ma compagnie d'assurance car ils me font payer quelques euros de plus pour ça » (Emg8 l 232) même s'il n'a jamais eu de problèmes médico-légaux jusque-là.

17. Formation et motivation des Généralistes :

a. Formation des Généralistes :

Aujourd'hui, un interne de médecine générale doit réaliser un stage de 6 mois en pédiatrie ou en gynécologie. Certains lieux de stage permettent de coupler les deux disciplines mais la majorité des étudiants doivent choisir entre un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie. Les internes sont donc rarement amenés à pratiquer de la gynécologie, et rares sont ceux qui ont l'occasion de se former à la pose de DIU. Des formations théoriques et des ateliers sur mannequin sont proposés dans le cadre de la formation continue par le département de médecine générale mais sont facultatifs.

Nous avons demandé aux médecins Généralistes interrogés dans notre étude de décrire leur formation en gynécologie.

Un premier constat résultant de cette étude est de voir que tous les médecins Généralistes n'ont pas bénéficié d'une formation pratique en gynécologie durant leur formation initiale comme c'est le cas pour ce Généraliste : « dans les études et après, je n'ai pas pu faire de stage

de gynécologie pendant mon internat, j'étais en pédiatrie » (Emg4 l6). C'est également le cas pour ce Généraliste : « je me suis formée sur le terrain, ça c'est important. Comme tout médecin Généraliste de ma génération, on n'avait pas de formation spécifique : à un moment donné on se lançait et on faisait un peu comme ça se présentait » (Emg6 l11). Ce Généraliste à l'inverse a pu se former durant sa formation initiale : « j'ai fait deux stages consécutifs à la maternité, et c'est là que j'ai appris à les poser « (Emg3 l8).

Certains d'entre eux ont donc développé des stratégies pour se former et intégrer la gynécologie à leur pratique quotidienne.

Certains se sont formés en obtenant un DU de gynécologie (diplôme universitaire non qualifiant sanctionnant une formation théorique et pratique en gynécologie). C'est le cas de ce Généraliste : « moi j'ai fait le DU de gynéco, sur dix jours de cours, j'ai dû avoir une demi-journée sur la contraception et deux jours sur les problèmes de stérilité » (Emg1 l222). Un autre a hésité à le faire mais ne s'est jamais lancé : « j'ai hésité à faire le DU mais vu l'âge que j'ai, je ne le ferai pas et j'ai d'autres choses qui m'intéressent aussi pour lesquelles j'aimerais bien me former » (Emg6 l 24). Par contre, ce médecin a suivi des formations spécifiques « avec le MG form, c'est une association de formation qui fait des séminaires avec un programme qui est validé par le Ministère de la Santé » (Emg6 l14). Un de ses confrères au contraire ne juge pas le DU indispensable : « les jeunes médecins, moi je suis assez sidéré, toutes les jeunes veulent faire le DU de gynéco, non par curiosité mais parce qu'elles se sentent obligées pour faire de la gynéco. Alors que faire un frottis, mettre un stérilet, c'est à la portée de n'importe qui avec du matériel » (Emg1 l219).

Un autre a regretté que le DU de gynécologie ne soit pas plus orienté gestes pratiques : «le DU j'ai vu une pose de stérilet mais je n'ai rien pu faire. J'ai pu poser un implant mais c'est à peu près tout en geste pratique » (Emg4 l13). Ce qui n'est pas l'avis de son confrère : « j'ai des stagiaires qui ont le DU et quand même, elles font pas mal de consultations, elles ont un certain nombre d'heures de consultations à faire (…) il me semble qu'elles sont bien formées » (Emg3 l108).

L'une d'entre eux explique avoir dû « regarder des vidéos sur internet » (Emg4 l14). Un autre s'est formé directement auprès de confrères Gynécologues : « au moment de mon installation, j'ai demandé à un confrère et ami Gynécologue de me montrer, de m'expliquer et puis j'ai participé au maximum à des FMC, principalement théoriques et voilà. Je me suis lancée comme ça » (Emg2 l15). Enfin, un troisième s'entraîne d'abord sur du matériel de formation : « il faut avoir fait la technique (…) une cinquantaine de fois sur du virtuel ouvert, puis sur du virtuel caché et puis voilà ! » (Emg6 l150). Un des Généralistes ajoute ; « on apprenait sur le tas, on n'attendait pas de tout savoir faire vingt fois ou avec un senior avant de le faire soi-même » (Emg1 l11).

Le fait de coupler durant l'internat de médecine générale le stage de pédiatrie et le stage de gynécologie, obligeant les étudiants à choisir entre les deux disciplines, semble être un frein assez important et une difficulté supplémentaire pour l'intégration de la gynécologie dans sa pratique. Il faut donc se former autrement : « je n'ai pas pu faire de stage de gynécologie

pendant mon internat, j'étais en pédiatrie donc du coup, je me suis dit que pour intégrer la gynécologie à ma pratique, j'allais faire un DU et puis finalement ce n'est pas vraiment le DU qui m'a donné le déclic » (Emg4l6). Un autre propose de modifier la maquette de l'internat de médecine générale : « il faudrait déjà découpler le stage gynéco et le stage pédiatrie. Et il faudrait pour le stage gynéco, quand il y a un stage gynéco, qu'on regarde les objectifs pédagogiques » (Emg3 l102).

b. Motivation des Généralistes :

Une faible proportion des médecins Généralistes posent des stérilets régulièrement. Nous avons donc demandé aux Généralistes de notre étude de nous expliquer quelles étaient leurs motivations pour poser eux-mêmes des stérilets à leurs patientes.

La première des raisons avancées a été la demande de leur patientèle. Ce médecin a expliqué en effet : « j'ai commencé du fait d'une demande importante et j'avais repris la patientèle d'un médecin femme qui en posait, avec des suivis de grossesse, avec une partie gynécologique assez importante » (Emg 2 l7). Elle poursuit que des adaptations sont faites selon les besoins spécifiques de la population fréquentant son cabinet : « du fait d'une population semi-rurale, d'une population d'origine maghrébine, turque et dont les maris travaillent et qui ont des difficultés pour les déplacements pour se rendre directement chez un Gynécologue de ville » : autrement dit : pour leur « rendre service ». (Emg2 l9). Un autre ne s'est pas donné le choix : « j'ai posé pour la première fois des stérilets parce qu'il n'y avait que moi pour le poser, et même si je n'en avais jamais posé, je m'y suis mise » (Emg7 l12). Un autre estime que si on intègre la contraception à sa pratique, ce qui est une des missions quotidiennes du Généraliste, « il faut pouvoir proposer à nos patientes un éventail de contraceptions. Il y a des patientes qui peuvent choisir entre la contraception orale, l'implant et le stérilet » (Emg6 l26). Il pointe également le fait que « si on ne pose pas de stérilets, et ben on propose moins, même si on travaille en partenariat avec une Gynécologue » (Emg6 l31).

Une des Généralistes n'a pas eu beaucoup de doutes quant à faire de la gynécologie: « je savais que j'en ferais, mais ça a peut être pris une part plus importante que ce que je pensais au départ. (…) Pour moi, c'est plus intégrer la gynéco à mon suivi de mes patientes que faire de la gynéco en particulier » (Emg4 l9).

Il y a également les médecins qui poursuivent l'activité gynécologique de leurs prédécesseurs en toute logique : « mon prédécesseur remplacé en posait. Je me suis dit : il n'y avait pas de raison que je sois plus bête que lui » (Emg1 l13), sa priorité étant de « voir quel est l'intérêt de la femme plus que le mien » (Emg1 l252), « mon associé a toujours posé des stérilets, il n'en fait pas tout un monde » (Emg1 l263).

18. Relations professionnelles entre les différents professionnels de santé :

Les relations entre les différents professionnels de santé peuvent être difficiles. Dans la majorité des cas, il existe un vrai partenariat entre les médecins Généralistes et les médecins spécialistes d'organe. Plusieurs des médecins Généralistes de notre étude travaillent régulièrement en partenariat avec un Gynécologue. L'un d'eux nuance cependant : « un partenariat c'est je vous dis, une gynéco qui est particulière, qui ne travaille pas comme les autres ou alors c'est le spé hospitalier qui suit mes grossesses au 8ème et 9ème mois » (Emg6 l153).

Certains Gynécologues de notre étude ont émis des réserves quant à la pose de stérilets par un médecin Généraliste : « je ne pense pas qu'il faille banaliser la pose de stérilet, parce que tout le monde va le poser n'importe comment (…). Quelqu'un qui a l'habitude sera plus à l'aise pour le poser. Je pense qu'il ne faut pas inciter les Généralistes qui n'ont pas d'appareil stérilisateur ». (Egy2 l103).

Un autre n'a pas mis de réserve sur la pose du DIU mais sur son retrait : « si vous me demandez les difficultés de la pose, si vous faites les choses bien en amont, je vous dis, n'importe qui peut poser un stérilet, du moment que vous avez une notion anatomique ce n'est pas le problème. Par contre le retrait des stérilets difficiles, ça ce n'est pas n'importe qui qui peut le faire, ça c'est une certitude » (Egy10 l112). Ce à quoi un des Généralistes a répondu avec humour : « n'importe qui, même des Généralistes, vous vous rendez compte ? » (Emg1 l257).

« Poser un stérilet bien sûr que c'est accessible à tout le monde » (Egy3 l176).

19. Ce qui empêche les Généralistes de poser des DIU :

Nous avons demandé aux participants de l'étude de nous donner leurs avis sur ce qui peut empêcher un Généraliste de poser un stérilet. Il en a résulté plusieurs propositions pour tenter de comprendre la faible proportion de Généralistes qui proposent ce service.
Un des médecins Généralistes a évoqué le risque médico-légal, et le fait de devoir répondre aux exigences réglementaires : « il y a des normes, c'est compliqué » (Emg3 l100). Un autre évoque le fait qu'il reste des préjugés sur les contraintes liées à cette activité et qu'il existe une méconnaissance sur l'équipement réellement nécessaire pour poser un stérilet : « beaucoup de médecins se mettent un frein parce qu'on leur a dit que c'était dangereux, réservé, qu'il fallait de l'oxygène et du matériel de réanimation... tout juste s'il ne fallait pas de défibrillateur pour mettre un stérilet. Il fallait faire visiter ses locaux, et tout ça, c'est tombé » (Emg1 l224). Il évoque également la non rentabilité de l'acte qui ne pousse pas les médecins à poser de DIU : « le jour où le médecin sera payé pour un an de contraception efficace sans grossesse non désirée, tout le monde aura un stérilet » (Emg1 l249).

Un autre élément est le fait que les jeunes médecins n'osent tout simplement pas. Un des

Généralistes a accueilli de nombreux étudiants en formation dans son cabinet et voici son constat : « j'ai des stagiaires, des internes en médecine, des SASPAS qui défilent : il y en a je leur montre une fois, deux fois (…) : il y en a qui y vont et il y en a qui n'y vont jamais » (Emg8 l226). Et il a fait la remarque suivante : « je pense qu'il en est des médecins comme il en est dans la vie qui sont des manuels et d'autres qui sont des intellos purs et durs » (Emg8 l 28).
Un autre constat est le fait que de nombreux Généralistes ont du mal à se réapproprier la gynécologie. (Emg6 l151).

20. Messages des Généralistes de notre étude à ceux qui voudraient avoir une activité de pose des DIU :

Nous avons demandé aux Généralistes de notre étude ce qu'ils diraient à leurs confrères qui voudraient avoir une activité de pose de DIU mais qui n'osent pas. Tous les encouragent à développer cette activité dans leur pratique professionnelle.

Les arguments sont variés. Une des motivations majeures est de la faire pour les patientes : « c'est avant tout un service rendu à nos patientes » (Emg2 l154). Service rendu d'autant plus si l'accès à des Gynécologues est difficile notamment pour des raisons « financières, parce qu'il y a beaucoup de dépassements d'honoraires chez les spécialistes (…), géographiques ou d'emploi du temps » (Emg2 l156). Le nombre décroissant de Gynécologues installés et la difficulté d'accès sont également soulignés par une de ses consœurs : « on n'a pas de Gynécologues sur place et elles ne sont pas mécontentes d'avoir un suivi gynéco plus proche de chez elles » (Emg4 l25). Un autre estime que si le médecin veut faire de la contraception « il faut qu'on puisse proposer toutes les possibilités de contraception » (Emg6 l 156) d'autant plus que le médecin Généraliste a la possibilité légale de le faire.
C'est également le moyen de varier son activité pour le médecin Généraliste et d'augmenter son champ de compétences : « c'est valorisant sur le plan personnel, une fois qu'on a pris l'habitude, c'est bien d'ajouter quelques gestes techniques à sa pratique (…) ça rend service et c'est intéressant pour soi sur le plan personnel » (Emg2 l159).

Une autre estime que c'est dans l'intérêt des médecins Généralistes car « à force de dire qu'on ne fait pas les choses intéressantes, les salles d'attente se vident, et ce n'est pas bien pour les médecins Généralistes » (Emg1 l243).

De plus, les Généralistes de notre étude ont tenu à rassurer ceux qui n'osent pas se lancer : « il faut vaincre ses propres craintes, il faut en faire 1, 2, 3, 4 et c'est comme tout, si vous faites des touchers rectaux, une fois que vous en avez fait 10, 20, 30, 40, après ça ne pose plus de problème (Emg8 l 280). Une autre assure : « c'est très faisable » (Emg4 l108). Et puis un autre juge cet acte « plus simple que de poser un implant par exemple (…) et que du moment où on y va en douceur et avec tact, c'est sans problème » (Emg7 l135). Son confrère le juge tout à fait faisable par quelqu'un de manuel et de calme : « c'est sûr que l'hyperthyroïdien, il vaudrait peut-être mieux éviter » (Emg8 l221).

Enfin, devant la féminisation de la profession, un autre s'étonne : « je ne comprends pas bien qu'une femme médecin Généraliste ne pose pas de stérilet » (Emg8 l 292).

Un praticien résume la dualité de la pose de DIU par le médecin Généraliste : c'est « un parcours du combattant » mais aussi un acte « intéressant et gratifiant » (Emg5 l49).

C. Conclusion :

Les difficultés rencontrées lors de la pose de DIU sont variées et concernent tous les professionnels de santé qui posent des DIU, qu'ils soient Généralistes de formation ou Gynécologues.

L'étude a également permis de constater que dans le domaine de la contraception, la demande de DIU tend à augmenter, notamment depuis le scandale des pilules de 3ème génération. La demande augmente également chez la nullipare bien que certains praticiens de notre étude ne suivent pas cette tendance en raison, entre autres, du risque infectieux.

Cette étude a permis de mettre en évidence que ces difficultés ne sont pas uniquement techniques comme nous aurions pu l'attendre: elles sont également psychologiques, financières et médico-légales.

Les difficultés techniques que nous pouvons retenir de cette étude sont les difficultés rencontrées lors du passage du col essentiellement, et celles rencontrées lorsqu'il y a des complications. Les complications peuvent être fréquentes comme le malaise vagal ou beaucoup plus rares, c'est le cas de la perforation utérine. Le retrait du stérilet est également parfois source de difficulté lorsque les fils ne sont pas visibles, d'où la précaution de ne pas les couper trop court.

Nous avons vu également que des difficultés psychologiques sont rencontrées lors de la pose de DIU. Elles concernent le médecin, qu'il soit Gynécologue ou Généraliste. Cependant la patiente s'y confronte également.

L'aspect financier a été évoqué lorsque le thème de l'équipement du cabinet a été évoqué. Le choix du matériel stérilisable demande un investissement important qui n'est pas toujours rentabilisé pour le Généraliste qui ne pose pas beaucoup de DIU.

Enfin, les difficultés médico-légales sont rares mais redoutées.

Nous avons vu que pour toutes ces difficultés, les praticiens ont développé des adaptations liées à leurs conditions d'exercice. Ces adaptations sont variées (médication, prémédication, gestion des malaises et des complications…) et cela questionne sur les références existant dans la littérature.

IV. DISCUSSION :

Les praticiens interrogés dans notre étude ont recensé de nombreuses difficultés qu'elles soient techniques, psychologiques ou financières. Ces nombreux points nous ont amené à nous poser certaines questions. Ces difficultés et surtout les réponses apportées sont-elles toujours justifiées ? Quelles sont les réponses apportées par la littérature ?

A. Critères qualitatifs de l'étude :

Notre étude qualitative s'est construite à partir d'entretiens semi-dirigés avec des praticiens (Gynécologues et médecins Généralistes) de Lorraine. Elle a pour objectif d'explorer le thème des difficultés lors de la pose de DIU afin de comprendre et de cerner les questions posées par la pratique.
La diversité de parcours, de formation, et de mode d'installation des différents praticiens interrogés a contribué à la qualité de notre étude.
D'une part, deux spécialités médicales ont été intégrées. Leur formation est différente. Le spécialiste en gynécologie bénéficie d'une formation dédiée avec une formation théorique et pratique durant quatre ans. La contraception en est un élément incontournable, et ce sont les principaux prescripteurs et acteurs de la contraception par stérilet en France. Leur intégration dans notre étude était donc indispensable, leur expérience étant particulièrement riche. Nous avons fait participer des Gynécologues obstétricaux et des Gynécologues médicaux pour augmenter la diversité des expériences. Par contre, pour être au plus proche de la médecine ambulatoire qui est l'essence même de l'activité du médecin Généraliste, les Gynécologues hospitaliers n'ont pas été intégrés. Ils ne sont pas exposés aux mêmes contraintes, notamment en termes de financement et d'installation. L'étude s'est concentrée sur la médecine de soins primaires.

Les médecins Généralistes offrent une approche différente. Leurs parcours sont variés, leur formation également. Et bien que leur expérience soit moins importante en termes de nombre de DIU posés, par rapport aux Gynécologues qui en font l'une de leurs activités principales, leur regard sur la question posée est tout aussi important. Ils sont confrontés aux mêmes problématiques que les Gynécologues et en rencontrent d'autres comme nous l'avons vu.

Cette variété de parcours et d'expériences a été un critère de qualité important pour notre étude qualitative.

La proportion de femmes était plus importante dans chaque groupe, reflet de la féminisation de la médecine.

Il n'y a pas eu réellement de biais de sélection dans le sens où seuls les volontaires ont intégré l'étude. Les médecins contactés par téléphone initialement ont tous accepté d'intégrer l'étude à l'exception d'un seul qui ne l'a pas souhaité en raison d'une surcharge de travail.

La retranscription est fidèle à ce qui a été dit en entretien, les textes n'ont pas été censurés à l'exception des données personnelles qui pour garantir l'anonymat ont été volontairement exclues. Les entretiens ont donc été retranscrits fidèlement à partir du document audio enregistré. Il y a eu une seule exception: un des praticiens n'a pas accepté d'être enregistré sur magnétophone. Il a donc été convenu d'extraire un compte-rendu à partir des notes manuscrites prises au cours de l'entretien. Il a été soumis dans un second temps au praticien pour qu'il y apporte des corrections s'il le jugeait nécessaire, afin de rendre le compte rendu le plus fidèle.

La durée des entretiens a été très variable mais la richesse de ces derniers ne semblait pas dépendante de leur longueur. Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés a permis aux médecins de notre étude de s'exprimer librement sur le sujet afin d'obtenir des informations et des réactions plus riches que celles attendues d'un entretien dirigé ou d'un questionnaire.
Le but de notre étude n'était pas d'évaluer le respect des bonnes pratiques professionnelles lors d'une pose de DIU ni de faire de comparaisons entre les deux groupes de professionnels. Il s'agissait avant tout d'explorer les difficultés liées à un geste pratiqué par les deux catégories de professionnels, sans les opposer.

B. Variations de l'incidence de la demande et de la pose de DIU :

L'augmentation récente de la fréquence de pose des DIU a été remarquée par les praticiens de notre étude, surtout depuis le scandale des pilules de 3ème génération qui a été largement médiatisé suite à la plainte déposée en décembre 2012 par une patiente contre un laboratoire pharmaceutique qu'elle accusait d'être responsable de son accident vasculaire cérébral qui l'a laissée handicapée à 65% en 2006. Selon l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), dans une étude réalisée entre décembre 2012 et février 2013 sur l'évolution récente de l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs, une chute de 34% a été observée pour les COC de 3ème et 4ème génération, par rapport à la même période de l'année 2012, suite à cet événement. Parallèlement, les stérilets et implants ont progressé de 44%. Les COC de 1ère et 2ème génération ont, quant à eux, progressé de 27%. De nombreuses femmes ont jugé le stérilet comme une bonne alternative aux contraceptions orales[11].

C. Le DIU chez la nullipare :

Le DIU est un contraceptif de longue durée et réversible qui peut être proposé chez la nullipare depuis 2004 bien que son utilisation soit limitée « compte tenu du risque potentiellement plus élevé de maladie inflammatoire pelvienne lié à la prévalence plus élevée

des IST à cet âge, et des difficultés d'insertion liées à la nulliparité ». Cependant il est également précisé que « le DIU au lévonorgestrel n'est pas recommandé chez l'adolescente en raison du calibre important de son inserteur et des effets secondaires possibles à type d'acné, kystes ovariens fonctionnels, mastodynie et aménorrhée » [(9)].

Si les autorités sanitaires ont élargi les indications du DIU chez la nullipare, il semblerait que certains médecins résistent et redoutent la pose du DIU chez cette population.

Certains praticiens refusent à leurs patientes nullipares ce moyen de contraception si elles le leur demandent. Les raisons évoquées, comme nous l'avons vu, concernent le sur-risque infectieux notamment à *Chlamydiae* dans une population qui est jugée plus à risque (multiples partenaires, vie sexuelle instable), la majoration des difficultés techniques (cols immatures, majoration des douleurs) ou encore le taux de retrait précoce plus important que chez les femmes qui ont déjà des enfants.

Concernant les risques de stérilité tubaire, l'HAS en 2013 a répondu qu'aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3) même si la patiente doit être informée du risque potentiel. De même, le risque de GEU est extrêmement faible et il est inférieur à un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception[(5)]. Il semblerait donc que la méfiance de certains praticiens de notre étude vis à vis des DIU chez les nullipares ne soit pas justifiée et que le DIU ne favorise pas la survenue de GEU quand il n'y a pas de facteurs de risque tels que la chirurgie tubaire et l'antécédent personnel de GEU. Le groupe de travail de l'ANAES en 2004 a recommandé en raison de sa très bonne efficacité et de son faible taux d'utilisation en France, « que son utilisation soit mieux connue et que ces bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles (FMC, etc.)»[(9)].

Les premiers résultats portant sur un rapport d'enquête intitulé « Contexte de la sexualité en France », établi en 2007 par l'INSERM et l'ANRS, et faisant suite à un premier rapport en 1992, ont porté sur une étude ayant fait participer plus de 12000 personnes. Il a été montré que le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie a évolué chez les femmes : elles avaient en moyenne 1,8 partenaire en 1970, 3,3 en 1992 et 4,4 en 2006. Chez les hommes, le nombre était resté constant à 11 partenaires. Il a été montré également que le recours au préservatif n'était pas systématique, de même que le recours au dépistage. Le dépistage était plus fréquent chez les personnes qui avaient eu plusieurs partenaires. La prévalence des *Chlamydiae* était de 1,5% chez les individus de 18 à 44 ans en 2007 et était corrélée au nombre de partenaires déclarés. A noter également que chez les 18-24 ans, cette prévalence augmentait à 3,6 % chez les femmes et 2,4% chez les hommes ce qui explique que les Gynécologues de notre étude dépistent cette infection systématiquement chez les plus jeunes[(12)].

Cet élargissement des indications du DIU reste récent et se heurte donc logiquement à des réticences compréhensibles dans la mesure où de nombreux praticiens ont appris durant leur formation et appliqué de nombreuses années, que le DIU est un moyen de contraception réservé à la patiente ayant déjà accouché une fois. Le changement dans les pratiques ne peut

se faire du jour au lendemain et sans doute, cette évolution des pratiques se fera plus facilement chez la nouvelle génération de médecins. Il pourra être intéressant de reposer cette question dans quelques années et d'observer l'évolution des pratiques.

Le DIU est en effet une bonne alternative à la contraception orale dans la mesure où elle se dispense de l'observance de la patiente. Une étude de l'INPES BVA de 2007 a montré que les oublis de contraception hormonale concernent une femme sur cinq au cours du dernier mois et une femme sur trois sur l'année écoulée, ce qui a pour conséquence un grand nombre de grossesses non désirées et l'augmentation du recours à l'IVG[4].

L'OMS a établi en 2011 un récapitulatif de l'efficacité des différents moyens de contraception. Il s'avère en termes d'efficacité pratique que le DIU est nettement plus efficace que la contraception orale. C'est donc un moyen de contraception indiqué notamment en cas d'oublis fréquents de pilule[13].

L'indice de Pearl d'un DIU est compris entre 0,2 et 0,6 pour l'ensemble des DIU. Celui de la contraception orale bien conduite est de 0,3 selon l'OMS en 2011[13].

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

En 2014, l'Académie américaine de pédiatrie a recommandé l'utilisation des dispositifs intra-utérins dès 15 ans, en raison d'une efficacité réelle chez l'adolescente bien supérieure par rapport à celle de la pilule (à 1an, 0.2% étaient enceintes, contre 9% chez celles qui utilisaient la pilule)[14].

Si cela est encore loin d'être le cas en France, cela témoigne du changement des mentalités dans ce domaine.

D. Le DIU dans le cadre des ménorragies fonctionnelles :

Nous avons vu que le DIU était une méthode contraceptive de choix en terme d'efficacité et d'observance. Mais le stérilet hormonal a d'autres bénéfices. Il peut être indiqué dans le cadre de ménorragies fonctionnelles et permet d'être une bonne alternative à la chirurgie. Une étude a été menée en 2006 pour étudier l'efficacité et la tolérance du système intra-utérin au Lévonorgestrel dans la prise en charge des ménorragies fonctionnelles. Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique incluant 52 patientes. Les résultats ont montré que le taux de renoncement à la chirurgie était de 90% et 86,1% des patientes se disaient satisfaites ou très satisfaites à un an. L'efficacité du DIU a été confirmée dans la réduction et le contrôle des ménorragies fonctionnelles et permettrait d'éviter 15570 hystérectomies par an en France. Le DIU hormonal a montré également son intérêt dans la correction de l'anémie, et l'amélioration de la qualité de vie.[15]

E. Discussion sur le choix du DIU :

Concernant le choix du modèle des DIU, il dépend des habitudes des praticiens et n'a en pratique que peu d'importance : ils ont la même efficacité quel que soit le modèle choisi. Le choix d'un modèle hormonal ou d'un modèle au cuivre, le choix d'une taille standard ou d'une taille short sont à discuter avec la patiente.

Cependant, le modèle doit être adapté à la patiente et le choix du stérilet doit tenir compte des contre-indications de chacune des classes de DIU.

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre sont [16] :

- toute grossesse suspectée ou avérée ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l'endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU dans la période de post-partum comprise entre 48

heures et 4 semaines après un accouchement et lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles[16].

Les contre-indications du stérilet Mirena® sont [16] :

- grossesse suspectée ou avérée ;
- infection pelvienne, en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endométrite, salpingite);
- infection génitale basse (cervicite, vaginite…) ;
- endométrite du post-partum ;
- dysplasie cervicale ;
- antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ;
- état médical associé à une sensibilité accrue aux infections ;
- hémorragie génitale anormale sans diagnostic ;
- anomalies congénitales ou acquises de l'utérus y compris les fibromes s'ils déforment la cavité utérine ;
- affection maligne du col ou du corps utérin ;
- tumeur hormono-dépendante ;
- affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ;
- hypersensibilité à l'un des composants du dispositif ;
- thrombophlébite évolutive ou embolie pulmonaire évolutive.

Une consultation spécialisée pourra être demandée dans certaines circonstances : « migraine, hypertension artérielle, antécédent de pathologie artérielle sévère (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) » [17].

Une étude prospective multicentrique incluant 211 patientes a été réalisée en 2006 sur l'acceptabilité de Mirena® après contraception œstroprogestative. Elle a évalué un indice de satisfaction pendant la 1ère année d'utilisation de Mirena®. Les résultats ont montré que 85% des patientes se jugeaient satisfaites ou très satisfaites. 9,71% des femmes estimaient leur contraception contraignante en fin d'étude contre 78,22% à l'inclusion. [18] Cette étude a révélé que 43% des patientes n'avaient plus de règles avec Mirena®. Parmi celles qui avaient leurs règles, 85% ont signalé un faible volume de règles et 3.7% un volume important de règles. Il a également été remarqué « une augmentation modérée de la fréquence des patientes présentant une acné (20.6% versus 16.5%) mais cette différence était non significative sur le plan statistique ».

Une autre étude, réalisée en 2002, a étudié le taux de retrait précoce de Mirena® chez des femmes de 35 à 45 ans : 23 retraits précoces sur 203 femmes incluses ont été rapportés, soit un taux de 11.3%. Les principales causes de retraits précoces étaient les problèmes liés aux règles (11 sujets), les douleurs (5 sujets) et l'acné (2 sujets). Deux retraits accidentels ont également été observés[19].

La notice d'utilisation de Mirena® mentionne de nombreux effets indésirables. Les effets secondaires les plus fréquents (plus de 10%) sont les maux de tête, des douleurs abdominales,

des troubles des règles (abondantes, prolongées ou raccourcies, voire une aménorrhée), un écoulement vaginal. Chez 1% des femmes, les effets indésirables sont des troubles de l'humeur, des nausées, de l'acné, un hirsutisme, des kystes ovariens, une mastodynie ainsi qu'une prise de poids. La perforation de l'utérus est beaucoup plus rare : 1 à 10 femmes sur 10 000[20].

Une étude plus ancienne réalisée en 2000, intitulée « le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999 », faisait état que la tolérance des DIU n'était pas toujours excellente comparativement à la contraception orale quand on étudiait le retentissement sur le bien-être et la vie sociale. 38% se plaignaient de troubles sous DIU contre 18% sous pilule.[21]

Ces résultats tendent à confirmer le fait que le choix de la contraception est individuel et qu'une contraception choisie en toute connaissance de cause et adaptée sera mieux tolérée qu'une contraception imposée. La relation soignant-soigné est donc primordiale. Le médecin Généraliste a l'avantage de suivre sa patientèle sur le long cours et pour tous les aspects médicaux de sa vie : sa place est donc idéale pour permettre cet échange dans de bonnes conditions.

L'arrivée récente de Jaydess® a été difficilement évaluable lorsque les entretiens ont été réalisés car la plupart des Généralistes interrogés ne le connaissaient pas et les Gynécologues ne l'avaient pas ou rarement posé. L'HAS a émis une synthèse d'avis de la commission de transparence en 2013 sur ce produit : il obtient l'AMM dans la contraception pour une durée maximale de 3 ans. Il est réservé en 2ème intention, en cas de mauvaise tolérance d'un DIU au cuivre. Son ASMR est de classe V[10].

F. Discussion sur la procédure de pose de DIU :

1. Bilan complémentaire avant la pose :

Le bilan complémentaire avant la pose ne s'est pas révélé être systématique chez les praticiens de notre étude.

L'HAS en 2013 sur les méthodes contraceptives recommande que soient éliminées certaines infections sexuellement transmissibles en cas de facteurs de risque[16].

La recherche de *Chlamydiae* est recommandée en cas de facteurs de risques ou de suspicion clinique. Elle est quasiment systématiquement réalisée par nos praticiens chez les nullipares en raison d'une incidence plus importante chez cette population. La présence de *Chlamydiae* a une incidence sur les risques de fertilité, c'est pourquoi son dépistage est fondamental. Une recherche de *Chlamydiae* par prélèvement cervical ou par PCR sur les urines ne pose pas de

difficultés.

La recherche d'une grossesse en cours par BHCG n'est pas indispensable pour les praticiens de notre étude dans la mesure où la pose de DIU se fait pendant les règles : le risque de grossesse est ainsi éliminé cliniquement. Cependant en 2013, l'HAS recommande, dans sa synthèse sur les méthodes contraceptives, d'éliminer une grossesse extra-utérine avant la pose de DIU[16] sans toutefois préciser la conduite à tenir pour éliminer ce risque. Elle recommande cependant d' « effectuer l'insertion en 1ère partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez la femme qui pourrait être enceinte »[16].

L'échographie n'est pas un examen indispensable et il n'est pas obligatoire pour la pose de DIU. Cependant l'étude a révélé des pratiques bien différentes à ce sujet. Un premier groupe de médecins qui ne possèdent pas d'échographe n'ont pas jugé utile le recours à cet examen, notamment chez les multipares qui ont déjà fait la preuve d'un utérus fonctionnel, et qui ont déjà eu ces examens lors de leurs grossesses. Ils ont ainsi mis l'examen clinique en avant et l'échographie n'était demandée qu'en cas de doute clinique.
Un deuxième groupe ayant une compétence en échographie et un échographe à disposition a, à l'inverse, jugé indispensable cet examen pour le dépistage de contre-indications et pour la pose en elle-même. L'échographie ne se substitue pas à l'examen clinique mais le complète. C'est également un facteur rassurant lorsque l'on pose un DIU car il permet de dépister tout de suite une perforation de l'utérus en cas de doute ou de pose difficile.
Si la pose a été difficile ou particulièrement douloureuse, ou que des douleurs persistent après 30 minutes de repos ou que des douleurs apparaissent à distance de la pose, il faudra s'assurer du bon positionnement de Mirena® dans la cavité utérine par échographie notamment [17]. En cas de perforation, le DIU doit être retiré.

Un des praticiens fait réaliser une hystérographie à ses patientes avant de poser le DIU. Cet examen complémentaire était marginal dans notre étude. Cet examen ne fait pas l'objet de recommandation récente sur son utilisation dans le cadre de la pose de DIU et la pose de DIU ne fait pas partie de ses indications.

2. Choix du matériel : stérilisable ou à usage unique.

Le matériel stérile à usage unique est pratique et permet de ne pas investir dans un matériel de stérilisation coûteux. Un stérilisateur est, de plus, soumis à des normes qui évoluent et le médecin doit pouvoir tracer le matériel stérilisé, ce qui implique une logistique et une organisation contraignantes surtout lorsque le recours à du matériel stérilisé est ponctuel. C'est le cas de médecins Généralistes qui ont déclaré dans notre étude ne poser en moyenne qu'un DIU par mois. Il est alors financièrement plus intéressant d'avoir recours à du matériel jetable. Cependant le matériel jetable n'est pas toujours idéal comme ont tenu à le rappeler certains praticiens de notre étude : les pinces de Pozzi jetables sont jugées traumatiques pour le col et peu pratiques, ce qui complique la pose de DIU.

Le matériel de stérilisation, recommandé par l'HAS en 2007, est un autoclave à vapeur d'eau[23]. La circulaire ministérielle DGS/DHOS /E2 numéro 138 du 14/03/2001 décrit l'utilisation de la stérilisation à la chaleur sèche type Poupinel inefficace contre l'inactivation des prions et la déconseille vivement[22]. Or de nombreux médecins de notre étude sont équipés de Poupinel, issus d'un investissement plus ancien. Il peut être difficile d'investir et de se mettre aux normes qui sont amenées à évoluer régulièrement.

Un autoclave neuf demande un investissement d'environ 5000 euros. Certains modèles coûtent plus de 7000 euros. Par comparaison, un modèle de stérilisation à la chaleur sèche est vendu entre 500 et 1000 euros selon la contenance.

L'HAS en 2007, bien consciente des difficultés que soulève la mise en œuvre de la stérilisation hors des établissements de santé, « recommande aux professionnels exerçant en cabinet médical de procéder à une évaluation préalable de leurs pratiques et de leurs besoins avant de s'engager dans la mise en œuvre de ces procédures »[23]. Autrement dit, le choix du matériel à usage unique, bien que moins pratique pour la pose, est plus facile pour l'organisation du cabinet.

3. La prémédication :

La prémédication lors de la pose de DIU n'est pas systématique chez les praticiens interrogés. Certains ont douté de son efficacité. L'effet placebo semble être l'effet attendu et a plus un rôle d'anxiolyse chez les patientes qui craignent les douleurs. Aucun protocole antidouleur ou antispasmodique avant la pose ne semble supérieur à un autre et dépend des habitudes et de l'expérience de chacun.

L'HAS en 2013 indique ainsi que l'administration d'antalgique avant la pose peut être proposée [16] mais il n'existe pas de protocole admis par tous.

Ce qui est par contre admis par tous, c'est l'inutilité de l'antibioprophylaxie. Aucun ne la pratique à l'exception d'un des praticiens qui déclare prescrire des ovules de Polygynax® avant la pose. Ce médicament à usage local est une association de deux antibiotiques : la polymyxine B et la néomycine, ainsi que d'un antifongique : la nystacine. Il est indiqué dans le traitement local de certaines affections bactériennes et mycosiques vaginales.

Des études ont été réalisées pour déterminer l'utilité d'une antibioprophylaxie dans le cadre de la pose de DIU : une revue de la littérature par méta-analyse en 2000 a fait l'objet d'une étude réalisée en 2012 sur l'antibioprophylaxie et les interventions endo-utérines. Elle a montré que sur six études (soit 5797 patientes), le risque relatif de MIP (maladie inflammatoire pelvienne) après antibioprophylaxie était de 0,89 (0,53-1,50) ce qui ne témoignait pas d'un bénéfice significatif. Le schéma d'antibiotique étudié était une prise unique de Doxycycline® 200mg une heure avant la pose. Par ailleurs, il a été déterminé que le risque infectieux était

significativement augmenté dans les 20 premiers jours après la pose de DIU mais au-delà de 20 jours, il rejoignait celui des autres femmes : l'infection se faisait principalement par transfert de germes de l'endocol vers la cavité utérine[24].

Les critères de Hager et al pour le diagnostic de MIP[24] comprennent : 3 critères majeurs (douleur ou sensibilité abdominale / mobilisation cervicale sensible / sensibilité annexielle) et au minimum 1 critère mineur (T°>38° / GB>10G/l / pus en coelioscopie / masse pelvienne à l'examen clinique ou à l'échographie / gonocoque ou chlamydia au prélèvement vaginal).

L'HAS en 2013 a publié une synthèse portant sur les méthodes contraceptives. Elle ne recommande pas l'usage d'une antibioprophylaxie. Par contre, elle recommande en cas de facteurs de risque d'IST (infection sexuellement transmissible) des tests diagnostiques sur les *Chlamydiae Trachomatis* et *Neisseriae Gonorrhoea*, et bien sûr de respecter des conditions d'hygiène rigoureuses[16].

4. Eviter la surinfection lors de la pose de DIU :

Le protocole de pose d'un DIU est très peu détaillé dans la littérature. Faut-il porter un masque ? Mettre des gants stériles ? Quel antiseptique utiliser ? Les praticiens de notre étude avaient tous en tête l'importance de tout faire pour éviter le risque d'infection sur stérilet.

L'HAS a publié en 2007 des recommandations professionnelles portant sur l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [23].

Tout d'abord, un lavage de main efficace, ou un traitement des mains par friction avec un produit hydroalcoolique est indispensable. Le spéculum doit être bien entendu stérile, et s'il n'est pas à usage unique, il est recommandé qu'il soit stérilisé à l'autoclave à vapeur d'eau. Or dans notre étude, plusieurs praticiens n'étaient pas équipés d'un autoclave mais d'un ancien modèle type Poupinel. L'usage de gants stériles n'est pas recommandé initialement lors de la désinfection : l'usage de gants à usage unique suffit dans le cadre d'une procédure No Touch. Il est recommandé une double antisepsie du col et des parois vaginales par deux badigeonnages séparés d'1 minute, avec soit un dérivé chloré, soit la polyvidone iodée. La pince tire-col doit être stérile. Il est recommandé de mesurer la longueur de la cavité utérine avec un hystéromètre stérile à usage unique. La pose de stérilet se fait ensuite selon les consignes du fabricant.
Ce texte précise également qu'« il n'existe pas d'études comparatives entre différentes modalités de pose des DIU qui permettent d'établir la nécessité d'une détersion de la vulve ou le port de gants stériles. Le lien causal entre la colonisation liée à l'insertion du DIU et la survenue d'une MIP reste controversé ; aucune étude ne permet de savoir si l'augmentation du risque relatif de MIP secondaire à la pose de DIU (1< RR < 3) est lié à un défaut de technique aseptique lors de la pose ou à un défaut de sélection des femmes à risque infectieux élevé ». De manière générale, les praticiens de notre étude appliquent tous le principe de précaution afin de limiter au maximum le risque de surinfection lors de la pose de stérilet.

5. L’hystérométrie :

L'hystérométrie est recommandée par l'HAS en 2013 mais porte la mention « si possible » [16]. En pratique, elle n'est pas faite systématiquement par les praticiens de notre étude. L'expérience est un argument avancé par certains des praticiens pour s'en dispenser. L'une des difficultés recensée dans notre étude est le fait que l'hystéromètre ne soit pas fourni systématiquement avec le DIU. Le médecin peut acheter des hystéromètres à usage unique ou s'en faire déposer par certains laboratoires médicaux ce qui peut être discutable, notamment pour l'indépendance des médecins vis à vis des laboratoires.

G. Discussion sur les aspects psychologiques de la pose de DIU :

Un des aspects non attendu de notre étude a été de constater que la pose de DIU est un geste qui peut être source d'anxiété pour les praticiens et cela, quel que soit le niveau d'expérience de ceux-ci. Il n'est jamais banalisé et nécessite une concentration importante car les complications peuvent être graves. Plusieurs des praticiens du groupe des Gynécologues ont mis en garde les praticiens sur ce geste qui comporte un risque médico-légal non négligeable.

Une étude, réalisée en 2013, sur le diagnostic et la prise en charge des perforations utérines par dispositif intra-utérin s’est intéressée à onze cas de perforations utérines recensées au CH de Tourcoing entre 2005 et 2009. Il semblerait que l’incidence de cet évènement ne soit pas influencée par l’expérience de l’opérateur.[25] Cependant il existe un biais de sélection et cette étude hospitalière ne peut être appliquée sans biais à la médecine de ville.

Le groupe des médecins Généralistes a semblé plus serein dans notre étude mais aucun d'eux n'a eu de complications importantes. Cela peut s'expliquer par le fait que statistiquement, les Gynécologues ont été confrontés à des complications au moins une fois dans leur carrière puisqu'ils posent beaucoup plus de DIU que les médecins Généralistes (en moyenne deux par jour contre un par mois). Il y a sans doute également un biais de sélection de la patientèle car les médecins Généralistes choisissent plus facilement les patientes chez qui ils veulent ou peuvent poser un DIU, et certains ont admis adresser volontiers les patientes compliquées ou à risque de complication chez le Gynécologue.

Si les médecins se heurtent à des difficultés psychologiques comme nous l'avons vu, les patientes peuvent également avoir des réticences à l'égard de cette méthode contraceptive. De nombreux préjugés existent sur le stérilet. La peur de devenir stérile par exemple, et le choix du mot « stérilet » semble un peu malheureux dans ce contexte. Un autre aspect est le fait que certaines patientes apparentent le stérilet à un avortement précoce. Une information claire, loyale et appropriée pourrait permettre de lever ces difficultés lorsqu'elles ne sont pas éthiquement ou culturellement insurmontables pour les patientes.

De même en amont, la préparation de la patiente à la pose de DIU lors d'une consultation préalable est indispensable. Ce moment privilégié avec elle permet de lui donner toutes les informations nécessaires pour la préparer au mieux à la procédure. Le praticien peut pour cela, montrer un modèle de DIU d'exposition. En effet, la pose de DIU est souvent source d'anxiété pour la patiente surtout lorsqu'il s'agit de la première fois. Cette anxiété sera largement diminuée lorsque la patiente aura vu le DIU, sa taille, et que la procédure lui sera expliquée.

Une étude réalisée en 2013 intitulée « Regards croisés des femmes et des médecins sur le dispositif intra-utérin en France » a rappelé que l'usage du DIU reste marginal en France. Les résultats montraient que « l'usage du DIU variait considérablement selon l'âge et la parité, tandis qu'il était significativement réduit parmi les femmes qui craignaient les risques d'infertilité (OR = 0,3 [0,2–0,4]) et les jeunes qui considéraient que le DIU était contre-indiqué avant d'avoir eu des enfants (OR = 0,3 [0,1–0,9], p = 0,04). L'usage du DIU était 4 fois plus fréquent parmi les femmes suivies par un Gynécologue. Les Gynécologues et les médecins installés en secteur 2 recommandaient plus souvent le DIU ». [(26)]Le facteur psychologique est donc important : qu'il provienne du médecin ou qu'il provienne de sa patiente. Un médecin convaincu convaincra sa patiente, et l'inverse également.

H. Discussion sur les complications et leur impact :

Concernant les complications et notamment les spasmes du col, certains praticiens ont évoqué l'usage de Cytotec® afin de préparer le col et d'avoir moins de difficultés pour le passage du col. Le Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français a publié un avis d'experts en 2013 sur l'emploi du Cytotec® dans ce cadre : le Misoprostol n'apporte pas de bénéfice pour faciliter la pose d'un DIU (au cuivre ou au Lévonorgestrel) mais augmente les effets secondaires. « Il n'y a, à ce jour, aucune conclusion possible quant à l'intérêt de l'utilisation du Misoprostol chez les patientes nullipares avant la pose de DIU. Il n'y a pas de bénéfice à ce jour au Misoprostol pour la pose des DIU quelle que soit la parité. » [(27).]L'usage de Misoprostol dans ce cadre n'est pas justifié.

Un des praticiens a évoqué l'usage d'une anesthésie du col à la xylocaïne pour faciliter le passage du DIU. Il n'existe pas de recommandations récentes à ce propos.

Certaines stratégies proposées par nos praticiens ne semblent donc pas toujours reposer sur des fondements scientifiquement prouvés mais certaines astuces peuvent être reproduites sans risques et avec de bons résultats : faire tousser la patiente au moment du retrait du DIU par exemple. Cela permet de faciliter le passage du col en détournant l'attention de la patiente.

De même, plusieurs des praticiens de notre étude ont insisté sur le fait de discuter avec la patiente, de la mettre à l'aise. L'objectif étant de la distraire, de réaliser une anxiolyse non

médicamenteuse, et d'éviter que la patiente ne se contracte inutilement. Cette astuce permet de faciliter la pose, de diminuer la gêne ou les douleurs lors du passage du DIU.

Le risque de perforation de l'utérus lors de la pose de DIU est estimé à 2 pour 1000 selon les recommandations de la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare sur la contraception utérine. Une expulsion se produit pour environ 1 femme sur 20 et est plus courante dans la première année d'utilisation et particulièrement dans les 3 mois suivant la pose[28].

I. Discussion sur les aspects financiers :

Certains des médecins de notre étude ont pointé du doigt la faible valorisation de la pose de stérilet. La pose d'un DIU est cotée JKLD001, pour une valeur de 38,40 euros. L'ablation du DIU par voie vaginale est cotée JKGD004, et ne présente pas de revalorisation par rapport à la consultation standard C à 23 euros. L'ablation du DIU par un matériel intra-utérin de préhension par voie vaginale est, quant à lui, côté JKGD001 pour une valeur de 62,70 euros. Compte tenu de la durée de la consultation, des frais engagés par le professionnel de santé pour le matériel jetable ou le matériel de stérilisation, ainsi que les risques médico-légaux pris, certains des médecins de notre étude ont jugé cette valorisation insuffisante. Ceci n'incite pas les médecins Généralistes à les poser.

En termes de santé publique par contre, le stérilet est un moyen de contraception efficace, et dont le coût sur cinq ans peut être nettement moins important que le remboursement de certaines pilules pour la même durée.

J. La formation des professionnels de santé :

Une autre grande difficulté, rapportée par les médecins Généralistes de l'étude, est l'accès à la formation à la pose de DIU. La pose de DIU est un acte qui nécessite une solide formation théorique et bien entendu pratique. Or celle-ci s'acquiert principalement lors des stages durant la formation initiale. Le stage de gynécologie étant couplé avec celui de pédiatrie, de nombreux étudiants doivent faire un choix entre les deux disciplines et la moitié d'entre eux n'auront donc pas la possibilité d'apprendre à poser des DIU. Ils devront alors solliciter des formations en FMC ou bien se former auprès de leurs collègues Gynécologues comme ça a été le cas pour certains médecins de notre étude. Lorsque l'on sait que le nombre de Gynécologues médicaux installés en ville diminue, l'accès au DIU va être de plus en plus difficile pour les patientes si les médecins ne leur proposent pas ce service. Or si les Généralistes ne se sentent pas assez formés lors de leur formation initiale, nous pouvons supposer que rares seront ceux qui proposeront cet acte dans leur activité. Découpler les deux stages lors de la maquette de l'internat de médecine générale pourrait être une piste pour que les futurs médecins Généralistes s'approprient la gynécologie. Le DU de gynécologie est également une manière d'intégrer la gynécologie à sa pratique. C'est un diplôme universitaire qui a beaucoup de succès à l'université de Lorraine.

En 2013, l'HAS, dans son « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » a, dans ce sens, exprimé les difficultés de positionnement des médecins Généralistes envers la gynécologie : la contraception a longtemps été considérée comme le domaine du Gynécologue[6]. Cependant la démographie médicale change : le nombre de Gynécologues installés en ville diminue et ils sont mal répartis en France.

Une étude prospective a été réalisée en 2002 : elle s'est intéressée à la pose de DIU en médecine générale en étudiant plus particulièrement la tolérance, l'efficacité et la prise en charge de DIU posés dans les cabinets de médecine générale en les comparant aux données de la littérature. Les résultats des médecins Généralistes sont comparables aux données de la littérature en termes de complications, et d'indice de Pearl. La pose de DIU est donc tout à fait réalisable en médecine générale sans être délétère pour les patientes. [29]

Ces résultats devraient donc être un argument supplémentaire pour encourager sans complexe les médecins Généralistes à poser des DIU.

K. Le risque médico-légal :

Les difficultés rencontrées mises en avant par les participants de notre étude sont les risques médico-légaux encourus. Cet aspect de la pratique de la médecine semble être de plus en plus présent et la pose de DIU, avec les risques et les complications qu'elle comporte, peut exposer le médecin à des plaintes même si elles restent rares.
L'un des Gynécologues participant à notre étude a indiqué faire signer un document à ses patientes nullipares, stipulant qu'elles ont reçu une information sur les risques encourus. Cela témoigne du climat actuel concernant les risques de plaintes. Cependant, nous pouvons nous interroger sur cette pratique : constitue-t-elle une protection juridique pour le médecin ? Quelle est sa valeur en termes juridiques ? N'entrave-t-elle pas la confiance qui existe entre le médecin et son patient ?
De même, est-ce que le recours à son syndicat pour les questions juridiques est recevable ?

Un article a été publié en 2008 sur le site de la MACSF par Mme PETRUS E, juriste. Il y est fait mention de l'obligation d'information de la patiente par le médecin, « y compris pour les risques exceptionnels mais classiques tels que les risques de perforation ». Le médecin doit laisser un délai de réflexion à la patiente. La responsabilité professionnelle du médecin peut être retenue pour « maladresse ou imprudence en cas de migration du DIU, de perforation, de grossesse intempestive ». Lorsque le médecin a pris toutes les précautions nécessaires, en cas d'aléa et en l'absence de faute médicale, « la responsabilité professionnelle du médecin ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas, qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception. » [30]

Il est donc dans l'intérêt du praticien de documenter le dossier médical de la patiente afin d'attester de ses bonnes pratiques et de l'information donnée sur les risques. Cela ne s'appliquant évidemment pas qu'aux poses de DIU.

Concernant les risques infectieux en médecine de ville, la MACSF a publié en 2012, sur son site, un autre article dont l'auteur est la juriste Stéphanie TAMBURINI. Il est dit que pour les dispositifs médicaux critiques dont font partie les DIU, « l'absence de réglementation précise et contraignante ne signifie pas que le professionnel de santé libéral n'encourt aucune responsabilité si un patient est victime de complications du fait de l'utilisation d'un matériel insuffisamment désinfecté. » Elle rappelle un article R.4127-71 du Code de Santé Publique : le médecin « doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise ». Et par conséquent, l'auteur précise que s'il « ne respecte pas ces dispositions, il peut voir sa responsabilité ordinale, civile et ou pénale engagée ».(31)

L'obligation de posséder du matériel de réanimation ou de l'oxygène pour la pose de DIU, n'a plus lieu d'être depuis la circulaire numéro 8113 du 29 avril 1981. Cependant, nous avons pu constater que les croyances persistaient.

Le climat actuel de judiciarisation de la médecine peut ainsi effrayer certains praticiens bien que cela ne soit donc pas toujours justifié.

L. En conclusion :

Les données de la littérature concernant la résolution des difficultés liées à la pose de stérilets en médecine ambulatoire ne sont pas toujours disponibles, ce qui peut expliquer le désarroi de nos praticiens dans certaines situations. Il a été constaté un manque de données validées par la recherche pour un certain nombre de pratiques.

Les protocoles de médication lors de la pose de DIU sont peu étudiés, et lorsqu'ils le sont, ils sont peu détaillés. C'est également le cas du bilan complémentaire avant la pose de DIU.

La pose de DIU chez la nullipare est permise et encadrée mais en pratique, l'étude a montré que les praticiens se sentent parfois contraints et forcés, et subissent une certaine pression par les patientes qui choisissent ce mode de contraception sans en connaître les conséquences. L'étude de l'acceptabilité de la pose du DIU chez les nullipares pourrait être ainsi renouvelée à l'avenir pour en connaître l'évolution.

Les Généralistes de notre étude ont pointé du doigt le problème de la formation en gynécologie : la pratique de la gynécologie n'est pas toujours accessible. Des formations sur mannequin organisées pour tous les étudiants de médecine générale pourraient être une piste à l'avenir pour sensibiliser les étudiants à la pratique de la gynécologie.

L’investissement nécessaire à la pose de DIU et la non revalorisation récente de cet acte médical ont été soulevés par certains de nos praticiens. L’essor actuel des maisons médicales pluriprofessionnelles pourrait permettre une mise en commun des équipements et faciliter la mise en place de cette pratique.

V. CONCLUSION

Notre étude a permis d'explorer le champ des difficultés rencontrées dans la pose des stérilets en médecine ambulatoire. Nous avons vu qu'elles étaient variées et rencontrées quelle que soit la discipline de nos praticiens.

En effet, la pose de DIU peut être la source de difficultés techniques (malaise, spasme du col, douleur) mais aussi psychologiques, financières et médico-légales. Les complications sont rares mais peuvent avoir de graves conséquences telles que la perforation, la grossesse sous DIU ou la grossesse extra-utérine. Nous avons vu qu'elles étaient particulièrement redoutées malgré l'expérience : la pose de DIU n'était jamais banalisée.

Certaines stratégies ont été mises en place par les praticiens de notre étude mais nous avons vu qu'elles n'étaient pas toujours adaptées ou justifiées au regard des connaissances actuelles et des recommandations. C'est le cas de l'usage du Misoprostol par exemple qui n'est pas recommandé.

D'autres, à l'inverse, sont ingénieuses et facilitent la pose de DIU en médecine de ville : faire tousser au passage du col.

Cependant, ce geste est tout à fait accessible en médecine de ville avec un investissement (minimum lorsque le matériel utilisé est à usage unique). Un médecin Généraliste intéressé et sensibilisé au suivi gynécologique de ses patientes pourra à tout moment apprendre à poser un DIU en toute sécurité grâce à la formation continue qui peut se faire tout au long de sa carrière.

Notre étude a révélé également que la formation initiale des Médecins Généralistes en gynécologie était jugée insuffisante. Une piste proposée pourrait être de découpler le stage de gynécologie-pédiatrie lors de la maquette de l'internat pour sensibiliser la nouvelle génération de Médecins Généralistes à la pratique de la gynécologie. Une autre serait d'organiser des formations pratiques sur mannequins pour tous les étudiants de médecine générale. L'enjeu est de taille compte tenu de la diminution du nombre de Gynécologues installés en ville et la difficulté qu'ont parfois les patientes d'obtenir un rendez-vous pour la pose d'un DIU.

C'est un service rendu à sa patientèle : en effet la contraception est une mission importante du Généraliste et le DIU est une méthode particulièrement efficace et fiable.

Bien que le DIU soit actuellement sous-utilisé en France par rapport à d'autres pays, la demande est en augmentation. Son indication a été récemment élargie aux patientes nullipares, mais les praticiens de notre étude ont montré une certaine frilosité vis-à-vis de cette patientèle. La récente recommandation américaine du DIU qui autorise la pose de stérilet chez les patientes mineures pourrait encore élargir les indications du stérilet en France dans les années à venir.

La réflexion sur les pratiques a sa place dans le cadre de la recherche pour éviter les raccourcis non validés. Elle permet de se questionner, de contribuer à la bonne qualité des pratiques et de remettre en question celles qui ne sont plus validées.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Bajos N, Prioux F, Moreau C, et al. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 2013;61:291-8.

(2) Gronier H, Letombe B, Collier F et al. Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. Gynécologie Obstétrique & Fertilité.2010;40:37-42

(3) Leon C, Lydie N, Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Baromètre santé 2005 ed INPES. 2005:103-8

(4) INPES BVA. Les Français et la contraception. 2007. Rapport du 02/03/2007.

(5) HAS. Fiche Mémo Contraception d'urgence [en ligne]. 2013, mise à jour juillet 2015, [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf

(6) HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse [en ligne] Avr 2013. [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

(7) Observatoire de la Societe Francaise de la Medecine Generale. Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents pourl'année 2009. 2009.[consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php.

(8) De Verbizier Alice. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine. [Thèse de doctorat de Médecine]. Nancy : Université de Lorraine ; 2011. 130p

(9) ANAES – AFSSAPS – INPES. Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, [en ligne] Déc 2004. [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf

(10) HAS. Jaydess® (lévonorgestrel), DIU avec progestatif. Pas d'avantage démontré par rapport aux autres DIU. Synthèse d'avis de la commission de transparence [en ligne]. 2013, [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201401/Jaydess®_06112013_synthese_ct13150.pdf

(11) ANSM. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014, [en ligne] rapport du 23 juin 2014 [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Evolution-recente-de-l-utilisation-en-France-des-contraceptifs-oraux-combines-COC-et-autres-contraceptifs-Communique

(12) ANRS – INSERM – INED. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France ». Dossier de presse. [en ligne]. 2007 [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur www.anrs.fr

(13) Organisation Mondiale de la Sante. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives.Guide essentiel OMS de planification familiale. 2009, 4ème édition.

(14) American Academy Of Pediatrics. Contraception for Adolescents, Comitee on adolescent. Pediatrics. 2014;134:1244-56.

(15) Yazbeck C, Omnes S, Vacher-Lavenu MC. Et al. Efficacité et tolérance du système intra-utérin au lévonorgestrel dans la prise en charge des ménorragies fonctionnelles : étude française multicentrique. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006;34:906-13.

(16) HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [en ligne] 2013, [consulté le 01/09/2015] Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

(17) HAS. Mirena® 52mg, dispositif intra utérin. Commission de transparence. [en ligne] avis du 6 février 2013. [consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-10558_MIRENA®_Avis2_CT10558_RI.pdf

(18) Collinet P, Nayama M, Cosson M. Acceptabilité du système intra-utérin au lévonorgestrel Mirena® 52mg après contraception œstroprogestative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.2006 ;* 35 (1):778-84.

(19) Dubuisson Jb, Mugnier E. Acceptability of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after discintinuation of previous contraception : results of a French clinical study in women aged 35 to 45 years. Contraception. 2002;66:121-8.

(20) Laboratoire Bayer. Notice : information de l'utilisateur. Mirena® 52mg (20microgrammes/24heures) dispositif intra-utérin. Lévonorgestrel. (mise à jour 02-04-2015).

(21) Mimoun S, Le Mg, Buhler M, at al. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. Gynecol Obstet Fertil. 2000;28:904-12.

(22) Circulaire DGS/5 C/DHOS/E 2 n° 2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels. [en ligne], 2001, [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-11/a0110756.htm

(23) HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Recommandations professionnelles. [en ligne] 2007. [consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_argumentaire.pdf

(24) Shojai R, Ohannessian A, Maruani J et al. Antibioprophylaxie et interventions endo-utérines. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012;41:913-21

(25) Boyon C, Giraudet G, Guerin B. et al. Diagnostic et prise en charge des perforations utérines par dispositif intra-utérin : à partir de 11 cas. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2013;41:314-21.

(26) Bohet A, Bajos N, Moreau C. Regards croisés des femmes et des médecins sur le dispositif intra-utérin en France. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2013;61(4):258.

(27) College National des Gynecologues et Obstetriciens. Etat des lieux et expertise de l'usage hors AMM du Misoprostol en gynécologie-obstétrique. Avis d'expert. 2013.

(28) FSRH. Intrauterine contraception. Clinical guidance. [en ligne] 2007. [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : https://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceIntrauterineContraceptionNov07.pdf

(29) Marret H, Golfier F, Vollerin F, et al. Dispositif intra-utérin en médecine générale à propos d'une étude prospective sur 300 poses. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002;31:465-70.

(30) Petrus E. La pose du stérilet et la responsabilité professionnelle du médecin. [en ligne] 2008. [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur : https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/risque-medical-lieu-situation-professionnel-sante/pose-sterilet-et-responsabilite-medecin.html

(31) Tamburini S. Dispositifs médicaux en cabinet de ville : gare aux infections ! [en ligne] 2012. [consulté le 01/09/2015]. Disponible sur :https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/risque-medical-lieu-situation-professionnel-sante/cabinet-de-ville-gare-aux-infections.html

ANNEXES

A. Entretiens des médecins Généralistes :

1. GénéralisteEmg1

Numéro d'anonymat : Emg1
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter ?

Médecin Généraliste, je suis installé depuis début janvier 90 en cabinet de groupe, maison de santé pluri-professionnelle. J'ai posé mon premier stérilet fin des années 80 et j'ai passé mon DU de gynécologie obstétrique en 2008.

Avez-vous fait des stages en gynécologie pendant votre formation ?

Jamais pendant mon cursus.

Où avez-vous appris à poser un stérilet ?

En allant voir un ami, qui est à la mat, qui était à l'époque interne avec moi à (…) au planning. On regardait des cassettes VHS et on apprenait sur le tas. On n'attendait pas de tout savoir faire vingt fois ou avec un senior avant de le faire soi-même. On ne se posait pas de questions, on faisait. Et puis mon prédécesseur remplacé en posait, donc il n'y avait pas de raison que je sois plus bête que lui. Les médecins étaient un peu moins « castrés » que maintenant, dans les années 80.

Quel est votre protocole de pose d'un DIU ?

Donc avant, souvent je l'ai vue, mais il m'arrive d'avoir des patientes qui me sont envoyées par exemple par les sages-femmes du secteur qui ne posent pas de stérilet. Elles viennent, elles ont le stérilet. Donc je suis déontologique, je pars du principe que les sages-femmes ont fait tout bien leur boulot d'information, qu'elles ont bien examiné la dame. Je réinterroge la dame sur d'éventuelles contre-indications. Quand je prescris moi-même un stérilet, je prescris toujours un Ibuprofène et du Spasfon®, à titre de placebo. Je réinterroge la patiente, surtout si ce n'est pas moi qui ai prescrit le stérilet, je vérifie qu'il n'y ait pas de contre-indication, pas de problème. Je lui rappelle en gros la procédure. Ensuite, je propose à la dame de s'installer, évidemment en position gynécologique. Je fais déjà un toucher vaginal pour vérifier... je ne parle pas du contexte, du fait de rassurer la patiente... je lui explique, je la rassure, j'explique à la dame que ce n'est pas forcément agréable mais que je n'ai jamais vu de dame crier : que c'est un peu comme un détartrage, ce n'est jamais très agréable, mais qu'on s'en remet. Que de toute façon après, elle sera tranquille pour 5 ans. On essaie de donner tous les avantages et je lui explique tout, qu'elle n'ait pas peur (plein de bruits, plein de « machins »). Je montre toujours un stérilet en taille réelle pour les rassurer. Surtout pour la taille. Les femmes ont souvent l'impression que c'est très très gros, donc je leur montre bien et ça les rassure.

Donc la dame est installée, en position gynéco. Donc un examen au départ avec des gants non stériles, sans masque, sans rien. Je fais d'abord un toucher vaginal pour essayer de repérer son

utérus. Si elle fait 100kg, pour voir si l'utérus est antéversé, rétroversé, ce n'est pas toujours facile, donc à la rigueur, au spéculum, si le col est en haut c'est que l'utérus est en bas, et vice versa. Les gens modernes essaient maintenant de poser sans pince de Pozzi, ils utilisent la technique de la torpille... on peut faire plein d'autres choses !

Je pose mes stérilets en position gynécologique standard... parce qu'il y a Martin WAGNER qui essaie de lancer la méthode anglaise, couché sur le côté.

Donc voilà, position gynéco, examen gynéco, on regarde si ça ne mouche pas tout vert au niveau du col... Ce que je fais, quand je vois une dame et que je pose l'indication moi-même, je lui fais un prélèvement bactério et quand c'est une dame que je ne connais pas, je lui fais un prélèvement bactério avant la pose, au moment de la pose. Comme ça, il est toujours temps de traiter s'il y a quelque chose. J'ai découvert comme ça, des *Chlamydiae*, des trucs comme ça sur des cervicites asymptomatiques Je fais toujours un prélèvement, comme ça, ça couvre sur le plan médico-légal. Et puis je peux dire à la dame : vous en aviez déjà avant. Donc ça, c'est la première des choses.

Après je demande à la dame si elle n'est pas allergique à l'iode. Si elle n'est pas allergique à l'iode, je badigeonne la cavité vaginale avec de la Bétadine® bleue et si elle est allergique à l'iode, je prends du dakin. Ensuite je prépare tout mon matériel. J'ai des sets à usage unique. J'ouvre la boîte mais je n'ouvre pas mon étui tant que je ne suis pas sûr qu'il n'y ait pas de problème. Si on en ouvre un pour rien, c'est un peu embêtant. J'ouvre à l'avance mon hystéromètre. Sauf si j'ai un col grand ouvert où il n'y a pas besoin de faire une hystérométrie, ça passe des fois tout seul, sans pince de Pozzi parfois, sans rien. En général, je fais quand même l'hystérométrie car c'est mis dans la boîte d'emploi. Mais il y a plein d'autres techniques alternatives, sans hystérométrie quand le col est vraiment bien ouvert. Ensuite je mets mes gants stériles, j'ouvre mon kit à usage unique, je mets un masque pour qu'il n'y ait pas de contamination du DIU. Il y a eu des cas décrits d'infection à streptocoque A ou B de nez par le poseur. Je dis bien à la dame que je mets un masque, des gants, que j'utilise un matériel à usage unique et que s'il y a un problème, et bien j'aurai tout fait pour qu'il n'y en ait pas, mais on n'est jamais à l'abri d'un incident.

Après, tout est prêt. Je m'installe. En général je prends quand même une pince de Pozzi, j'exerce une traction mais je ne tire pas comme un bœuf, surtout qu'avec le matériel à usage unique, si on tire, il y a tout qui glisse. Je tire juste pour redresser un peu, pour exercer une contre-poussée pour ne pas que le col se sauve. Mais je ne tire pas comme une brute. Je ne fais pas une hystérectomie voie basse non plus (rires).

Je fais mon hystérométrie : si ça passe, c'est bien, je reporte mon hystérométrie avec la petite bague sur le DIU, je le tire au dernier moment pour ne pas qu'il reste, qu'il se déplie bien. Je le pré-positionne, je rentre les bras du DIU au dernier moment. Je le pose selon la technique. Ensuite je coupe les fils, j'essaie de ne pas les couper trop courts, car des fois le stérilet n'est pas bien au fond, il remonte tout seul et après on n'a plus les fils. Je les coupe plutôt longs, en général au-delà de 2cm, quitte à les recouper ensuite. Il ne faut pas les couper trop court, des fois on se fait avoir avec des grosses hauteurs utérines. Ensuite je lui demande si tout va bien, comment elle se sent. Donc ça c'est quand ça se passe bien.

Quand il y des difficultés, des hypertonies du col, il m'arrive parfois de faire un petit bloc à la xylo. C'est souvent lié à un réflexe dû à la douleur.

Et puis ce que je peux faire aussi parfois, quand il y a mon stérilet qui est déballé et que ça ne

passe pas, j'ai déjà essayé la technique de la torpille. Ça marche apparemment tout bien. Quand c'est un peu chaud, un peu sportif, je demande une échographie. Si tout s'est bien passé, il n'y a pas de raison. Je demande une écho à distance si ça a été un peu chaud, ou qu'on a eu l'impression que ça ne s'est pas passé comme ça aurait dû se passer. J'en demande une par sécurité.

Je garde toujours le contact car parfois ça arrive qu'elle tombe dans les pommes, malaise vagal. Donc toujours bien garder le contact, être sûr qu'elle ait tous ses sens et que tout aille bien. Ensuite voilà je la laisse se rhabiller. J'essaie de les prévenir qu'elles aient toujours avec elles une protection, une garniture. Si elles ont oublié, je leur donne une serviette en papier. Ensuite je leur prépare leur petite carte, avec le lot. Et je leur donne les consignes pour l'avenir.

Quels modèles de DIU posez-vous ?

Je pose surtout des modèles de chez CCD. Parce que c'est la mode des shorts chez les nulligestes. Un standard pour les autres. On n'a pas trop démontré que c'est mieux toléré mais ça rassure les dames. Je mets souvent l'UT380. S'il y a des utérus qui paraissent très rétro-versés, je mets parfois des NT380 pour pouvoir les courber, les béquiller un petit peu à l'avance. Ils passent mieux. Chez les femmes près de la ménopause, ou qui ont des règles très abondantes ou qui ne supportent pas bien les stérilets au cuivre, en 2ème intention, je mets les Mirena®. Et puis les Gynelle®, ce sont des poses faciles mais j'évite, sauf chez les femmes qui auraient des béances ou qui auraient tendance à expulser car ils font plus mal au retrait.

Quelles autres difficultés rencontrez-vous ?

Les spasmes du col... les kits à usage unique avec les pinces de Pozzi qui glissent ou qui griffent... Je n'ai pas d'autoclave. Je refuse de stériliser avec un Poupinel. On ne peut pas non plus utiliser du matériel inox et le jeter après. Alors il y a des sets à usage unique avec des pinces de Pozzi métalliques mais ils « coûtent la peau des fesses », il y a un code CIP et on peut les faire acheter par les dames mais je me vois mal dire à la dame d'aller acheter son kit à 10 euros et de revenir faire une pause. Et puis ça fait des années que j'utilise des pinces de Pozzi en plastique qui glissent et je fais avec.

Et en quoi consiste la méthode de la torpille ?

(En me montrant des schémas explicatifs)

Vous ne connaissiez pas ? Vous ne suivez pas les médecins branchés sur twitter ? (rires)

Donc quand ça bloque, on laisse l'inserteur... et on pousse comme une torpille et il va se mettre tout seul. Différemment décrit, quand ça bloque au niveau de l'orifice interne, on reste là et on pousse juste avec le piston. Ça ne marche qu'avec les DIU qui se posent avec les bras en l'air, donc les TT 380® avec les bras en bas ça ne marche pas.

Voilà, des fois on passe l'hystéromètre et après ça ne passe plus...et ça stresse.

Et le bloc à la xylocaïne ?

Je pique aux quatre points cardinaux, je mets ½ ml de xylo. Et normalement chez toutes ces femmes qui sont vagotoniques ou qui m'ont déjà fait un malaise vagal à la pose, je fais une petite prémédication, une petite anesthésie locale. Une dame une fois qui avait fait une syncope vagale, cinq ans après je lui ai fait ça, et elle n'a pas refait de malaise.

Ça vous arrive donc rarement de reporter la pause lors d'une prochaine consultation ?

Oui. Donc ça, ça m'est arrivé une fois, j'ai fait revenir la dame deux jours après.

Posez-vous des DIU chez les nullipares ?

Oui. Ça ne passe pas forcément moins bien que chez une femme qui a déjà fait des enfants. On peut avoir un col bien ouvert. La plus jeune chez qui j'ai posé devait avoir 18 ans. Il y a plein de gynécos qui ne veulent pas poser de stérilet chez les nullipares, parce que « ça », parce que « dans les livres », parce que « actimomyces »... mais au bout de cinq, dix ans elles en ont toutes, on s'en fiche. L'âge n'est pas un problème. Donc les freins, ce n'est pas trop l'aspect technique. C'est plus ce que les femmes ont entendu, ou ce qu'on a pu leur dire sur les complications, les dangers, ou les craintes sur une moindre efficacité. Donc il faut les rassurer sur l'efficacité du stérilet, que c'est la même efficacité que les pilules... Ce sont surtout les médecins ! On leur a tellement dit que c'est dangereux, qu'il peut y avoir des perforations, des trucs, des sepsis... que ma foi les gens ont peur et se disent « je ne vais pas m'emmerder pour 38 euros 40 », ce n'est pas rentable. C'est sûr que ceux qui font de l'abattage, il n'y a aucun intérêt à mettre un stérilet. C'est altruiste de poser des stérilets. Parce que ce n'est pas avec ça qu'on gagne sa croûte.

Combien de temps prévoyez-vous pour la pose d'un stérilet ?

Une demi-heure en général.

Les prévoyez-vous plutôt en fin de journée ?

Comme la femme le veut.

Et combien en posez-vous en moyenne ?

C'est variable, comme tous les médecins Généralistes, on n'en pose pas énorme, une dizaine par an. Je vais peut-être en poser 2 puis le mois d'après aucun. Et ça monte avec le temps, comme on les repose après 5 ans. Ça augmente un petit peu, ça doit tourner autour de 10-15 par an. Ce n'est pas des choses qu'on fait tous les jours non plus.

Est-ce une demande des patientes ?

Alors il y a celles qui viennent avec le stérilet sur elles et qui me demandent de leur poser parce que la sage-femme leur a dit que j'en posais et qu'elles, n'en posent pas. Parce que des femmes qui sont suivies par des sages-femmes, maintenant, il y en a partout. Et pour le moment, elles ne posent pas les stérilets mais ça ne va pas durer. Donc ces femmes-là, elles ont été briefées avant, donc je ne sais pas trop quels sont leurs critères. Après il y a toutes les femmes qu'on voit et qui ont des contre-indications pour la pilule, donc ce sont les femmes suivies par les Gynécologues, qui ont 36 ans, qui fument et qui demandent leur renouvellement de pilule, ou ces femmes qui font des migraines à 37 ans et qui veulent leur pilule et là je leur dis qu'il y a un problème et que je ne vais pas pouvoir. Je n'ai pas envie d'aller en prison, j'ai des enfants à élever, il faut penser à autre chose. Donc je leur dis qu'on peut mettre un stérilet, je leur prescris et elles y réfléchissent. Et puis il y a une augmentation chez les jeunes femmes actuellement, avec le désamour des pilules et tous les problèmes thromboemboliques. Et je dis aux femmes que les stérilets c'est mieux pour les petits poissons des rivières parce qu'il n'y a pas d'hormones qui partent dans les nappes et dans l'environnement. Donc il y a ce côté-là aussi. Donc les pilules, il y a celles, et il y en a, qui ont

des contre-indications, il y a les oublis. J'ai une patiente en licence qui était demandeuse d'une alternative à sa pilule parce qu'il y avait eu quelques oublis : alors on a tout évoqué, les patchs, les anneaux avec leur problème de non remboursement, si elle a des problèmes d'oublis, les progestatifs ce n'est pas idéal non plus, que les implants, ce n'est pas top. Alors il reste les stérilets. Alors je lui en ai montré, j'ai toujours des boîtes avec tous les modèles sous le coude, je leur montre. Je leur fais une ordonnance. Elles me demandent qui les pose, la gynéco ? Je leur dis qu'elles peuvent le faire poser par qui elles veulent, que je les pose aussi. Est-ce que vous voulez que je vous fasse une ordonnance ? Vous réfléchirez. Comme ça, si vous êtes motivée, vous l'aurez. Et il y a de plus en plus de femmes qui ont des problèmes vis à vis de leurs pilules, les problèmes de peau, de libido, d'humeur... Il y a des femmes aussi qui me disent, j'en ai marre, je vais arrêter ma pilule... j'ai eu une jeune comme ça, qui voulait arrêter la pilule car elle n'était plus bien, avait des problèmes de libido, en avait marre d'avoir un lissage hormonal. Elle voulait faire un wash out je lui ai fait remarquer que c'était dangereux. Elle m'a dit: bah oui mais ma gynéco m'a dit que je ne pouvais pas avoir de stérilet parce que j'étais jeune. La semaine d'après, elle est revenue, je lui ai posé, et il n'y a pas eu de soucis. Souvent les femmes viennent pour renouveler la pilule ; et là il faut reformuler : renouveler sa contraception. Certains médecins qui sont censés être spécialistes dans le domaine font des frottis à 20 ans mais ne perdent pas trop de temps à interroger...

Je n'ai pas rencontré beaucoup de Généralistes qui posent des stérilets, avez-vous un intérêt personnel pour en poser ?

C'est à dire qu'au départ quand j'ai remplacé, mon prédécesseur en posait. Je me suis dit : il n'y a pas de raison qu'il en pose et moi pas, il faut quand même que je voie. A un moment donné, ça fait partie quand même de la contraception, des soins primaires, et dire qu'on fait de la contraception en alternant juste les pilules, les patchs, les anneaux et éventuellement les implants « qui est une merde » dans beaucoup de cas... et voilà . Les médecins qui ne posent pas de stérilets ne les proposent pas parce qu'ils ne veulent pas passer le bébé. A partir du moment où on veut être un médecin honnête et vraiment laisser le choix aux gens, il faut être en mesure soi-même de proposer toutes les solutions. Donc forcément si on n'en pose pas, on ne va pas trop pousser les gens au stérilet pour ne pas perdre le patient. Ou le client. (Rires). Non, le patient.

Peut-être que le problème que peut avoir le Généraliste, c'est de ne pas avoir l'expérience du Gynécologue ?

Parce que le Gynécologue, en naissant, il sait poser un stérilet ? Et poser un stérilet, c'est quand même poser un stérilet, ce n'est pas très compliqué.

Avez-vous déjà eu des complications ?

Non, mais ce qui peut arriver, ce sont les stérilets qui remontent avec des fils courts. J'ai bien acheté des crochets pour aller les rechercher, mais je n'ai jamais réussi, je ne suis pas très à l'aise, j'ai peur de faire mal. Je n'ai jamais trop insisté. Je les adresse à mon copain, Dr X à la mat avec qui j'ai fait pas mal de formation. Il gère ma patiente et après il me la renvoie. Donc je suis content d'avoir des spécialistes de 2ème recours, mais après en soins primaires, la contraception... je fais les IVG médicamenteuses aussi, je sais faire, je n'ai pas besoin d'un « spécialiste ».

Assurez-vous le suivi gynécologique de toutes vos patientes ?

Non. Je fais des suivis gynécologiques de patientes qui ne sont pas les miennes, et j'ai des patientes qui vont se faire suivre ailleurs. L'autre fois, j'ai une patiente du canton d'à côté qui est venue, déjà pour retirer son implant et puis elle voulait un stérilet. Je lui ai retiré son implant et posé un stérilet après. Et voilà. J'ai eu des dames qui venaient et qui ont déménagé, mais qui continuent à venir pour leur suivi chez moi, ou des sages-femmes qui les envoient juste pour les choses qu'elles ne font pas. Il y a des patientes qui préfèrent voir les Gynécologues qui leur font des mammo à 40 ans. Les femmes sont libres. Une fois j'ai eu comme ça une patiente suivie par une gynéco et qui me dit : elle doit me mettre un stérilet. Comment ça elle doit ? Bah oui il faut que je trouve une date qui colle avec elle. Vous savez, ça ne marche pas comme ça ! 15 jours après elle revient : vous m'avez porté la poisse, je suis enceinte. Fort heureusement, on était dans les délais, j'ai fait une IVG médicamenteuse. Elle m'a dit : je ne veux plus voir la gynéco, c'est à cause d'elle. Elle n'a pas été fichue de me donner une date. Comme quoi. « Là le ... je suis en congrès, là en vacances. En attendant ben faites attention, madame. Vous avez 30 ans, vous êtes mariée... ». On entend souvent ça. Je suis mauvaise langue, je ne suis pas déontologique, je vais avoir une plainte à l'ordre. (Rires)

D'autres remarques ?

Oui donc voilà, la difficulté c'est aussi le frein psychologique. Les jeunes médecins, moi je suis assez sidéré, toutes les jeunes veulent faire le DU de gynéco, non par curiosité mais parce qu'elles se sentent obligées pour faire de la gynéco. Alors que faire un frottis, mettre un stérilet, c'est à la portée de n'importe qui avec du matériel. Moi j'ai fait le DU de gynéco, sur dix jours de cours, j'ai dû avoir une demi-journée sur la contraception et deux jours sur les problèmes de stérilité. Donc beaucoup de médecins se mettent un frein parce qu'on leur a dit que c'était dangereux, réservé, qu'il fallait de l'oxygène et du matériel de réanimation... tout juste s'il ne fallait pas de défibrillateur pour mettre un stérilet. Il fallait faire visiter ses locaux et tout ça, c'est tombé.

Donc voilà, il y a un frein, des croyances. Mais s'il n'y avait pas d'accident avec la pilule, ça se saurait. Pas d'accident avec l'IVG, ça se saurait aussi. La seule méthode efficace et sans risque, c'est la webcam, et en général, ça les fait bien rire. Ça ne satisfait pas tout le monde (rires).

Il y a aussi des gens qui sont censés savoir et qui disent n'importe quoi et du coup, les femmes prennent pour vérité ce que le spécialiste leur a dit.

Le frein économique aussi parce que non rentable. Sauf erreur, je crois que c'est le même tarif depuis 25 ans. A l'époque je crois que c'était 250 Fr, ça fait à peu près 38,40 euros de maintenant. Voilà donc en 25 ans, c'est à peu près le même prix. Maintenant on a le set à usage unique et tout. La consultation à l'époque était à 85 Fr quand j'ai commencé, et là 23 euros ça fait 150 Fr. Donc on a presque doublé. Poser un stérilet était valorisant, une super somme et maintenant le prix ne bouge plus. Retirer un implant, ça ne pose aucun risque, ça prend 10 minutes, même pas et ça coûte 41,80 euros. Donc voilà.

Et combien coûte un set à usage unique ?

Ça doit coûter 3-4 euros. Mais 38,40 euros, ça prend un peu de temps, il y a pas mal de stress, s'il y a un malaise, c'est un peu plus long... Mais à force de dire qu'on ne fait pas les choses intéressantes, les salles d'attente se vident, ce n'est pas bien pour les médecins Généralistes. Donc le frein, ce n'est pas tant les difficultés techniques, parce que si les femmes sont bien préparées, ça se passe bien. C'est surtout le frein psychologique et arriver au moment où la

femme veut le poser. Donc la difficulté c'est plutôt ça, arriver à la convaincre, lutter contre les croyances, diverses et variées. Il y a une sous prescription de DIU, surtout en France par rapport aux autres pays, et une des causes, c'est la non rentabilité de la chose. Le jour où le médecin sera payé pour un an de contraception efficace sans grossesse non désirée, tout le monde aura un stérilet.

J'ai une vision assez EBM, assez tournée..., de voir quel est l'intérêt de la femme plus que le mien.

Pensez-vous que le manque d'expérience des médecins Généralistes soit un frein ? Une Gynécologue m'a dit qu'il ne fallait pas généraliser, et que n'importe qui après allait poser des stérilets.

N'importe qui, même des Généralistes, vous vous rendez compte ? (rires). Moi un jour, j'ai une dame qui vient, qui me demande de lui enlever l'implant. Oui je lui enlève l'implant... Oui, elle voulait un enfant donc je lui enlève l'implant et puis elle me dit : oui vous êtes le 2ème médecin que je vois dans l'après-midi, je sors de chez ma gynéco, elle m'a dit: moi je ne les retire pas. Alors défense de dire ça à l'ordre, parce que je vomis à longueur de temps sur les gynécos med, mais il y a plein de gynéco med qui disent n'importe quoi. Ils ne sont pas du tout dans l'EBM. Mon associé a toujours posé des stérilets, il n'en fait pas tout un monde ! Alors effectivement il y a une petite appréhension, parce qu'on dit qu'il peut toujours y avoir une erreur, mais comme tout geste. Je dis bien aux femmes qu'au-delà de 20 jours, il n'y a pas plus d'infection avec un stérilet, que sans. J'ai fait mon mémoire sur les recommandations 2004 sur la contraception donc j'ai lu et relu et appris par cœur toutes les contre-indications... c'est bien dit qu'il n'y a pas plus de risques infectieux. J'ai une patiente qui a fait une endométrite ou une salpingite au bout de 4 ans, elle arrive à la mat, on lui dit que c'est à cause du stérilet... donc voilà, ça va qu'elle a confiance en moi et qu'elle m'a cru ! Mais il y a des gens qui disent n'importe quoi, même à la mat. Il y a des gynécos qui refusent de poser un stérilet aux nulligestes. Mais de quel droit ? Alors effectivement, je dis aux gamines que ce n'est pas très agréable, mais une grossesse non désirée non plus, croiser les doigts tous les mois parce qu'il y a eu un problème de préservatif, ce n'est pas cool. Ce n'est pas à moi de faire le choix parmi toutes les possibilités, ce n'est pas à toi ou à vous de choisir suivant son âge, donc c'est à la femme de choisir. Comme on dit dans les campagnes, la femme se choisit, on doit être objectif et après c'est à elle de faire son choix, parce que le stérilet, c'est pas moi qui l'ai.

Je vous dis, pour les médecins, ce n'est pas rentable. Il vaut mieux mettre des pilules et faire revenir tout le temps.

2. GénéralisteEmg2

Numéro d'anonymat : Emg2
Entretien enregistré et retranscrit.

Pour commencer, pouvez-vous me dire ce que vous faites, et depuis quand vous êtes installée ?

Je suis installée depuis 1993, j'ai remplacé pendant un an, donc je suis dans ces locaux depuis 1992 exactement. Je suis Généraliste, milieu semi-rural, et je pose régulièrement des stérilets depuis ma première année d'installation. J'ai commencé du fait d'une demande importante et j'avais repris la patientèle d'un médecin femme qui en posait, avec des suivis de grossesse, avec une partie gynécologique assez importante. Et donc du fait d'une population semi-rurale, d'une population d'origine maghrébine, turque et dont les maris travaillent et qui ont des difficultés pour les déplacements pour se rendre directement chez un Gynécologue de ville. Du coup, c'est vrai, pour leur rendre service, étant au départ leur médecin traitant, je me suis formée de façon beaucoup plus intensive en faisant des FMC, un stage de gynécologie à la maternité de … durant mon internat. Mais c'est vrai que pendant mon stage, j'avais fait beaucoup de consultations de gynéco mais pas ou peu de poses de stérilet. Donc au moment de mon installation, j'ai demandé à un confrère et ami Gynécologue de me montrer, de m'expliquer et puis j'ai participé au maximum à des FMC, principalement théoriques, et voilà. Je me suis lancée comme ça.

D'accord. Et là vous en posez combien en moyenne ?

Alors en moyenne euh... on va dire euh. Il y a des séries mais on va dire entre 5 et 10 par an donc ça ferait en moyenne un peu moins d'un par mois.

Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

Euh non. La demande non. Mais par contre c'est vrai que j'essaie d'y penser de plus en plus quand on discute contraception, de le proposer. Mais c'est vrai que la demande spontanée est à peu près régulière mais par contre, effectivement, j'essaie de le proposer de plus en plus à partir du moment où il y a des contre-indications aux autres contraceptions.

En posez-vous chez les nullipares ?

Je n'en ai jamais posé chez les nullipares. C'est vrai que je leur explique que ce n'est pas contre-indiqué, que c'est une possibilité contraceptive. Mais c'est vrai que malgré tout j'inciterais plus facilement une nullipare qui a un certain âge et qui de toute façon, n'envisagerait pas de grossesse. Alors peut-être que je l'envisagerais plus facilement chez les nullipares maintenant que j'ai un peu plus de pratique avec des antalgiques, des anxiolytiques mais en sachant effectivement que c'est un peu moins bien toléré au niveau douleur. C'est peut-être un peu plus compliqué en geste technique mais en tout cas c'est possible et il faut en tout cas leur dire que c'est une possibilité. Bon chez la nullipare, on discutera des différents moyens de contraception et si c'est une très très jeune, on a toujours la crainte d'une infection malgré tout et de compromettre la fertilité même si on reste prudent. On va quand même envisager d'autres moyens de contraception plus simples. Mais s'il y a vraiment de multiples oublis, que l'implant n'est pas possible, à ce moment-là, on peut avoir recours à un stérilet.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ? Quelles sont vos astuces ?

Alors c'est vrai qu'effectivement par rapport à la préparation pour travailler de manière stérile, au départ je répétais beaucoup le geste et il faut organiser un petit peu le cabinet, savoir où on va mettre les choses et donc préparer sa table pour intervenir. Donc il faut bien protocoliser les choses. Souvent je prépare un minimum avant que la patiente ne soit dans la pièce, puis il y a différentes choses qu'on prépare quand la patiente est là. Des fois quand c'est un peu long, ça angoisse plus. Ensuite je prévois un temps de consultation. En général je mets un rendez-vous d'une heure. Alors des fois ça va plus vite mais ça permet de me rassurer, de savoir qu'on a le temps, que ça ne presse pas derrière, j'essaie en général de débrancher le téléphone quand c'est un rendez-vous le soir pour être tranquille une fois habillée. Ensuite à chaque stade de la pose il y a des petits tuyaux techniques : c'est faire une hystérométrie systématiquement avant pour voir si on arrive bien à passer le col, si ça ne spasme pas. Et en général je n'ouvre pas tout de suite le stérilet, je prépare ma table de façon stérile, je sais que j'utiliserai deux paires de gants mais je garde le stérilet pour la fin pour ne pas l'avoir déconditionné au cas où vraiment ça coince à l'hystérométrie. Ça m'est déjà arrivé deux fois. Je dis à la patiente « aujourd'hui je n'y arrive pas, alors soit je vous envoie chez un collègue pour vérifier qu'il n'y ait pas quelque chose » soit elle est un peu tendue, un peu crispée, ou moi-même je ne suis peut-être pas dans une bonne journée (rires) , des fois il y a des jours où on est un petit peu moins...et je préfère différer plutôt que d'essayer de forcer, de risquer de faire mal et donc du coup le stérilet n'aura pas été ouvert et on pourra le réutiliser et reprendre un hystéromètre à usage unique. C'est vrai que ça m'est arrivé surtout vers mes débuts, maintenant c'est moins fréquent parce que je sais que si ça coince un petit peu, souvent en discutant avec la patiente, en la relaxant, c'est qu'une histoire de spasme au niveau de l'isthme et on finit par y arriver. Ensuite d'autres petites astuces... il y a effectivement toute la préparation, pour que tout soit prêt pour que quand on s'habille stérilement, on ne soit pas obligée de retoucher quelque chose qui ne soit pas stérile. Euh... c'est ce qui me vient à l'esprit.

Et quels modèles utilisez-vous en général ?

En général ce sont les NT 380, et c'est la même technique du coup pour poser un Mirena®. J'essaie de poser toujours le même, ça permet d'avoir automatisé le geste mais par contre on se rend compte que les autres se posent de façon tout aussi aisée.

Est-ce que vous prémédiquez la patiente ?

Très exceptionnellement. C'est vrai que quelqu'un avec qui on a déjà eu un échec, un spasme, si c'est moi qui réessaie, bah là je lui ferai prendre un Atarax ou un Seresta® en la prévenant qu'elle se fasse conduire par quelqu'un d'autre (rires) pour qu'elle ne soit pas trop assommée au volant si elle vient en voiture. Mais c'est souvent après la pose que je leur prescris Spasfon®, Paracétamol parce qu'il y a toujours des petites douleurs post-pose à type de contractions et c'est souvent après la pose. Mais c'est vrai que je ne prescris pas systématiquement de médicament avant la pose. Je sais que c'est conseillé justement chez la nullipare, des antalgiques avant la pose.

Faites-vous des bilans complémentaires systématiquement avant la pose ?

Pas systématiquement, non. Alors il y a effectivement la patiente un peu à risque d'infection, donc multipartenaire donc là où il est recommandé de faire des prélèvements bactério, ou alors si l'examen gynéco. Alors si ! L'examen préalable c'est toujours l'examen gynécologique au moment où on discute de la contraception déjà. Pour m'assurer qu'il n'y ait pas de signes

infectieux ou qu'il n'y ait pas l'air d'avoir une anomalie anatomique notable, voilà. On regarde les antécédents, on rediscute du choix de la contraception, donc une consultation préalable avec un examen gynéco complet. Examens paracliniques complémentaires : alors effectivement prélèvements bactériologiques quand la patiente est à risque, gonocoque et *Chlamydiae* et euh...

Faites-vous des échographies ?

Echographie systématiquement, non, ni avant, ni après. C'est vrai que souvent ce sont des multipares, elles ont eu des échographies de grossesse donc s'il y avait vraiment une anomalie ou des malformations, on le saurait. Mais chez la nullipare, peut être que ça vaudrait le coup de faire une échographie.

Et maintenant concernant les difficultés de la pose ?

Les difficultés de la pose alors effectivement il faut se coincer un bon moment, si possible en fin de règles donc c'est arriver à faire coïncider le calendrier de la patiente avec le nôtre parce que coincer un rendez-vous qui est déjà plus long, ce n'est pas évident à la dernière minute. Donc souvent je leur dis d'appeler le premier jour des règles, souvent quand elles ont des règles qui durent une semaine, on arrive dans la semaine ou un tout petit peu après , ou alors quand elles sont sous une contraception œstroprogestative, on calcule la date des règles, quand est-ce que ça va tomber. On essaie vraiment d'anticiper le rendez-vous. Mais souvent il y a des changements, donc c'est dur trouver le bon rendez-vous. Donc ensuite difficultés de la pose, c'est la patiente stressée quand on a un petit peu de mal. Et il y aussi faire accepter le stérilet quand on pense que... là on ne peut pas vraiment dire que c'est une difficulté, de toute façon, on ne va pas imposer, c'est vraiment un choix qui est libre et il faut de toute façon qu'elle ait la contraception qu'elle a choisi elle parce que si on met un stérilet en ayant un peu forcé la main, elle va revenir deux trois mois après en disant qu'elle ne le supporte pas et qu'il faut lui enlever. Sinon d'autres difficultés... les freins bon je reconnais que j'ai toujours un frein par rapport à la nullipare (rires) mais c'est vrai que le jour où ça se présente.

Un frein vis à vis des infections ?

Voilà ! La peur d'une infection ou des difficultés techniques de la pose, c'est vrai que ça va peut-être être plus difficile à poser. Mais à partir du moment où c'est vraiment une demande de la patiente, même si ça fait un peu mal, ça va passer.

D'autres difficultés ? Par exemple le spasme quand on n'arrive pas à passer le col ?

Des petits trucs alors. Oui là effectivement il faut avoir bien mis sa pince de Pozzi en place pour pouvoir manipuler parce que des fois c'est simplement l'utérus qui n'est pas bien orienté donc on bute un peu contre la paroi. On peut avoir bien positionné sa pince de Pozzi, il faut surtout rester calme, bien positionner l'utérus, se remettre en tête ce qui est vers l'avant, ce qui est vers l'arrière pour le redresser et donc toujours aller doucement donc bien entendu une fois qu'on a bien introduit le petit inserteur dans le col, ne jamais le retirer pour le re rentrer, il faut rester en place et essayer de mobiliser l'utérus, parler à la patiente, la relaxer, on peut faire des petits mouvements de rotation du tube inserteur mais minimes, il faut bien faire attention de ne pas bouger le guide pour que le déploiement des bras se fasse toujours. De toute façon on a toujours le guide bleu une fois qu'on a fait des mouvements de rotation, et une fois dedans on peut toujours se remettre dans l'axe correctement. Et en règle générale, toc on sent que ça va passer et pourra être bien positionné avec la bague contre le col ce qui nous permet de vérifier

qu'on a bien été jusqu'au fond. Alors maintenant ça peut bloquer au moment de l'hystérométrie. Si on voit vraiment qu'on a à peine introduit l'hystéromètre et que la patiente ce n'est pas possible qu'elle ait un utérus de 2cm, voilà. On va de la même façon travailler notre hystéromètre, redresser l'utérus pour arriver à passer ce spasme-là. Il faut toujours détendre la patiente, la rassurer, donc il faut être soi-même détendu (rires) parce que c'est dur de la détendre si on est crispé.

Alors effectivement c'est un peu chronophage, ça prend du temps. Bon je sais que je suis un peu perfectionniste dans le protocole de stérilité mais voilà, sinon c'est la seule limite. Que je vois de prime abord.

Pour vous le stérilet est un bon moyen de contraception ? C'est quelque chose que vous encouragez ?

Oui. Déjà c'est une méthode assez sûre si on regarde les indices de Pearl. S'il est bien en place, qu'on a bien respecté les contre-indications, on a effectivement un indice de Pearl inférieur à 1 donc on a peu de grossesses sous stérilets malgré la mémoire populaire où tout le monde retrouve toujours une grossesse sous stérilet chez une cousine. Bon c'est vrai que quand ça arrive, ça marque d'autant plus mais il y a plus de grossesses sous pilules et ça les gens s'en souviennent moins parce que du coup les personnes en parlent moins aussi parce qu'il y a souvent un petit sentiment de responsabilité comme c'est souvent lié à un oubli, à une mauvaise prise donc ça se dira moins que la grossesse sous stérilet car effectivement là, la cause c'est celle du stérilet et du poseur (rires) parce que la patiente elle n'y est pour rien, et puis on dit à la patiente que c'est une bonne protection, qu'il n'y a pas besoin d'y penser tous les jours, que pendant 5 ans on est tranquille. Et quand on pense santé publique, ça a un coût mais c'est remboursé, et finalement la pilule remboursée tous les mois reviendra au bout de 5 ans plus chère que le stérilet et sa pose. Et puis au niveau personnel, c'est remboursé et en plus avec une bonne tolérance et il y a vraiment une sécurité malgré tout de cette contraception comparativement à d'autres méthodes.

Et par rapport aux Généralistes qui aimeraient en poser mais qui n'osent pas ?

Qu'est-ce que je leur dirais ? (rires). Je leur dirais que c'est avant tout un service rendu à nos patientes. Il y a quand même des patientes qui ont des difficultés pour se rendre chez des spécialistes, que ce soient des difficultés financières parce qu'il y a beaucoup de dépassements d'honoraire chez les spécialistes, que ce soient des difficultés géographiques, d'emploi du temps... et puis bon, il y a de moins en moins de Gynécologues aussi, il faut le dire aussi. En plus c'est valorisant sur le plan personnel, une fois qu'on a pris l'habitude, c'est bien d'ajouter quelques gestes techniques à sa pratique. C'est sûr qu'au niveau du geste il est rémunéré un peu plus, bon après voilà, il y a le matériel utilisé donc c'est vrai que le gain financier n'est pas le principal atout, la principale motivation. Mais c'est possible, ça rend service et c'est intéressant pour soi sur le plan personnel.

Pas d'autres remarques ?

Euh non...

C'est parfait je vous remercie !

3. GénéralisteEmg3

Numéro d'anonymat : Emg3
Entretien enregistré et retranscrit :

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis médecin Généraliste, installé à … et je suis installé depuis 96.

Depuis quand posez-vous des stérilets ?

J'ai commencé en remplacement, un peu avant.

Avez-vous fait un DU ou une formation complémentaire ?

Non, je n'ai pas fait pas de DU, mais j'ai fait 2 stages consécutifs à la maternité, et c'est là que j'ai appris à les poser.

Combien en posez-vous en moyenne ?

Ben moins qu'avant et tout dernièrement plus qu'avant puisqu'il y a une gynéco de … qui est partie. Mais sinon ça avait un petit peu baissé et ça revient maintenant. J'en pose bien un par mois maintenant je pense. Pas plus.

Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

Alors oui, c'est une demande qui augmente parce qu'on a une sage-femme ici mais qui n'en pose pas, elle veut faire de l'échographie, il n'y a pas de pression de concurrence on va dire, si on veut dire les choses d'une façon un peu commerciale (rires).

D'accord (rires). Et quel est votre protocole de pose de stérilet ?

Protocole normal, qu'est-ce que vous appelez protocole ?

Est-ce que vous utilisez par exemple du matériel stérile à usage unique ?

Ah oui, à usage unique. J'ai encore le vieux matériel de mon prédécesseur parce que quand j'ai succédé à mon prédécesseur, lui faisait beaucoup de gynéco, et c'est une des raisons pour lesquelles il m'a pris comme successeur, c'est que je faisais de la gynéco et lui ne voulait pas lâcher ça. Il faisait même des accouchements au début de sa carrière, j'ai encore un forceps de Tarnier quelque part dans le placard dont je me suis peu servi, je dois bien le dire, pas du tout même (rires) et j'ai même un craniotome pour retirer un bébé mort... enfin des trucs horribles dans le placard. Et donc j'ai aussi son vieil hystéromètre en métal, un peu rouillé mais que je répugne à utiliser, donc j'ai des hystéromètres jetables. Non, je ne travaille qu'avec du matériel jetable.

Et quels modèles utilisez-vous ?

Comme tout le monde, beaucoup de Mirena®, et de temps en temps un stérilet au cuivre quand les gens ne veulent pas de stérilets hormonaux, mais c'est devenu rare.

Est-ce que vous en posez chez les nullipares ?

Alors, je sais qu'on peut mais ça ne s'est pas produit. Mais ça ne me poserait pas de problème de le faire. Mais non, je n'ai pas encore eu la demande. Généralement comme je pose facilement des implants, quand la question se pose d'une contraception... souvent la demande va plutôt vers l'implant que vers le stérilet. Après, un jour ou l'autre, je pense que j'aurai une jeune fille qui aura trop de pertes ou trop de boutons et qui voudra un stérilet, mais ce n'est pas arrivé encore.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la pose des stérilets ? Difficultés au sens large.

Oui c'est déjà arrivé. J'ai déjà eu une fois une petite sténose du col qui n'a pas été facile à franchir. Je me souviens au tout début, il y a eu une dame où j'ai eu beaucoup de mal à trouver le col, et j'ai dû mettre 2-3 fois le stérilet mais à l'époque je n'étais pas trop trop expert... euh … et qu'est ce qu'il y a eu … Une fois aussi où le stérilet était un peu ressorti et j'ai dû un peu bidouiller avec la pince pour le remettre dans la cavité utérine... des bricolages dont j'étais un peu honteux sur le coup et après on en discute avec les confrères... et voilà.

Avez-vous des astuces justement quand le col ne passe pas ?

Alors oui, il y a un truc tout con, c'est que je fais tousser. Et d'ailleurs quand je retire le stérilet précédent je fais tousser aussi. Avec la toux il y a un effort de poussée et ça crée une confusion du ressenti qui fait que la dame sent moins la sortie du stérilet ou l'entrée pour franchir le col. Et puis euh pour le coup, l'hystéromètre ancien modèle a une extrémité un peu boutonnée qui permet de dilater un peu le col. Ça arrive rarement. C'est un geste beaucoup plus facile qu'il n'y paraît.

Est-ce que vous donnez des antalgiques avant la pose ?

Non. Non non. Il faut dire aussi que moi j'ai les patientes motivées. Les patientes chiantes, elles ne vont pas chez moi, elles vont chez la gynéco. C'est ça quand on est Généraliste, on a le meilleur de la gynéco parce qu'on a les patientes sympas, et on a le meilleur de la pédiatrie parce qu'on a les parents sympas. Les parents chiants vont chez le pédiatre. Les patientes chiantes vont chez la gynéco parce qu'elles considèrent que le médecin Généraliste n'est pas capable. Non mais je donne des antalgiques après. Je donne de l'Antarene, beaucoup, enfin de l'Ibuprofène. En revanche je ne crois pas tellement aux antispasmodiques genre Spasfon®. C'est juste le placebo qui est efficace.

Faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ?

Non pas spécialement …

Des prélèvements ?

C'est à dire qu'en principe je regarde toujours avant et que s'il y a besoin, je fais le prélèvement et je ne pose pas le stérilet. Je ne le fais pas en systématique. Et je ne pense pas que ce soit dans les reco d'ailleurs. Et puis j'essaie de faire le frottis en même temps, pas chez les nullipares évidemment parce qu'on ne fait les frottis qu'après 25 ans, mais je fais un frottis pour éviter plusieurs désagréments.

Est-ce que le stérilet est une contraception que vous proposez facilement ?

Oui bien sûr, mais en première intention non parce que ce n'est pas la plus simple, pas la plus réversible, pas la moins dangereuse sur le plan de la technique de pose mais c'est un truc que je propose chez les grandes fumeuses, chez les gens qui oublient, chez les gens qui ont des réticences à l'implant... L'implant a changé quand même pas mal de choses, c'est quand même très commode l'implant : plus facile à enlever, plus facile à poser de mon point de vue, c'est peut-être pas le point de vue de tout le monde. Donc je trouve que l'implant a quand même simplifié la vie aux Généralistes.

Vous posez plus d'implants que de stérilets ?

Oui. C'est à dire que dans mon idée, c'est quand même plus facile de mettre un truc dans le bras que de se mettre les jambes en grenouille sur les étriers. Et il me semble que si j'étais une femme, je préférerais qu'on m'aborde le bras plutôt que la filière génitale. Et puis si on perfore la peau du bras, ce n'est pas pareil que si on perfore la paroi postérieure de l'utérus. Ça ne m'est jamais arrivé, je ne veux pas que ça m'arrive, mais bon le danger est quand même bien moindre. La réversibilité est un peu moins... c'est un poil plus dur à enlever et ça laisse une petite cicatrice et la tolérance est moins bonne, il faut quand même le dire, il y a des gens qui saignent avec l'implant. Mais le côté pratique et l'innocuité sont quand même plus grands. Ça me paraît logique dans ma démarche de proposer l'implant, à jeu égal avec le stérilet en donnant les inconvénients. Mais le stérilet je n'en fais pas un épouvantail. J'ai toujours des stérilets de démonstration pour montrer comment c'est petit, les gens ne savent pas la taille que ça a. J'ai du matériel pour montrer comment ça se pose, enfin, j'essaie d'être très didactique pour apaiser la peur des patientes. Il y en a qui étaient parties en disant jamais je ne mettrai de stérilet et au final, elles en ont un et sont très contentes de l'avoir.

Et vos impressions pour inciter les médecins Généralistes à en poser ?

Alors, euh... C'est un peu compliqué parce que moi le seul truc que j'ai, c'est que j'ai appris dans le temps qu'il fallait absolument avoir de l'oxygène au cas où la patiente fait un malaise vagal je crois, ce que je n'ai pas, et ce que les gynécos n'ont pas non plus. Et c'est peut-être un peu le souci. Il y a un petit souci médico-légal sur ce plan-là pour l'oxygène au cabinet. Ce n'est pas aussi simple que ça. J'ai un projet de maison médicale qui devrait résoudre le projet mais pour le moment ce n'est pas aussi simple que ça. Ce n'est pas facile à stocker, il y a des normes, c'est compliqué... et qu'est-ce qu'il y a d'autre... il faudrait former les médecins Généralistes. Il faudrait déjà découpler le stage gynéco et le stage pédiatrie. Et il faudrait pour le stage gynéco, quand il y a un stage gynéco, qu'on regarde les objectifs pédagogiques et qu'on n'envoie pas les gens faire des échos aux urgences mais qu'on les envoie en consultation avec des praticiens, mais bon, c'est beaucoup demander. On est en train de bosser dessus, mais voilà.

Et le DU, on m'a dit qu'il n'était pas forcément...orienté vers la pratique en fait.

Ah si si si. J'ai des stagiaires qui ont le DU et quand même, elles font pas mal de consultations, elles ont un certain nombre d'heures de consultation à faire. Moi je vois plusieurs stagiaires qui ont le DU de gynéco, je vois la différence. Ah si si si, moi il me semble qu'elles sont bien formées. Alors, est-ce que le DMG ne devrait pas faire une formation de gynéco... Le problème, c'est de laisser les patientes se faire poser des stérilets par les stagiaires, c'est pas si simple. D'une certaine façon, les patientes qui ont eu un stérilet posé par une stagiaire, par ce que c'était une fille et qu'elles préféraient que ce soit une fille plutôt que moi d'une part, et c'était souvent des nanas qui avaient le DU de gynéco. C'était formateur pour elles, moins pour quelqu'un qui n'en avait jamais posé. Mais il faut se lancer hein, il faut se lancer.

Apparemment à la maternité, ils font poser plus de Gynelle® qui sont plus faciles à poser que les Mirena®.

Oui ? Ah je ne sais pas ça. En ville pratiquement plus que des Mirena®. Bon et ce qui peut jouer aussi comme je disais, c'est la concurrence. On voit bien que la volonté politique est d'éliminer les gynécos de ville qui sont générateurs de surcoût (avec les frottis qui ne sont pas nécessaires, on va dire...). Et donc dans l'esprit des autorités, que ce soient les Généralistes qui en posent ou les sages-femmes, c'est pareil. Si les Généralistes ne veulent pas se faire piquer l'affaire par les sages-femmes, en parlant un peu vulgairement, il va falloir qu'ils s'y mettent. Sinon, ce sont les sages-femmes qui vont le récupérer et on aura les mêmes rapports avec les sages-femmes qu'on a avec les gynécos. Donc ce qui serait idiot.

Donc il faut inciter les Généralistes.

Oui, je pense que c'est une bonne idée. C'est un service rendu, si possible dans le respect des recommandations pour éviter de faire n'importe quoi et de faire tourner la machine à billets avec des trucs qui n'ont pas lieu d'être.

D'autres choses sur le sujet ou on a fait le tour ?

Euh, qu'est-ce que je voulais dire... j'avais une idée et il faut que ça me revienne... Oui souvent ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'il y a des patientes qui sont surprises quand on leur dit qu'on fait de la gynéco : « ah bon, ah, je ne savais même pas qu'on pouvait ». C'est assez étonnant quand même. C'est dire la méconnaissance du sujet. Alors que dans les autres pays, il y a plein de Généralistes qui posent des stérilets sans problème. Bon bon bon, bah voilà.

Et bien merci beaucoup.

4. GénéralisteEmg4

Numéro d'anonymat : Emg4
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots ?

Je suis … je suis médecin Généraliste et je suis installée depuis 2012.

Quel est votre intérêt pour la gynécologie ?

Euh... on va dire depuis les études et après, je n'ai pas pu faire de stage de gynécologie pendant mon internat, j'étais en pédiatrie donc du coup je me suis dit que pour intégrer la gynécologie à ma pratique j'allais faire un DU et puis finalement ce n'est pas vraiment le DU qui m'a donné le déclic, je savais que j'en ferais, mais ça a peut être pris une part plus importante que ce que je pensais au départ. Et voilà. Pour moi, c'est plus intégrer la gynéco à mon suivi de mes patientes que faire de la gynéco en particulier.

Et du coup c'est le DU qui vous a appris à poser des stérilets ?

Non non. Le DU j'ai vu une pose de stérilet mais je n'ai rien pu faire. J'ai pu poser un implant mais c'est à peu près tout en geste pratique. Après comment j'ai appris ; j'ai dû regarder des vidéos sur internet et puis je me suis lancée. Je n'ai pas eu de TP.

Et vous en posez beaucoup ?

Oh je n'ai pas fait de stat récente, je pense que je dois être à un par semaine, en moyenne, entre les semaines où j'en pose deux et les semaines où je n'en pose pas, je dois être à un par semaine.

Ah d'accord. Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

C'est une demande que je fais augmenter parce qu'elles ne me le demandent pas elles. Je leur pose la question du suivi gynéco, je m'intéresse à cet aspect-là de leur suivi et du coup je me propose pour faire ce suivi là et elles répondent favorablement dans la majorité des cas. Même quand elles ont un suivi gynéco, comme moi je travaille dans un endroit un peu plus reculé par rapport au centre hospitalier, on n'a pas de Gynécologue sur place et elles ne se sont pas mécontentes d'avoir un suivi gynéco plus proche de chez elles.

Et quels types de stérilets posez-vous ? Est-ce toujours le même type par habitude ?

Je pose souvent les mêmes. Je commence par poser ceux que je connais. Il n'y a que le Mirena® qui est disponible en hormonal. Le nouveau, je n'ai pas encore cerné ce qu'il apporte par rapport à la version actuelle.

Plus court, version short...

Oui voilà, mais bon... je n'ai pas essayé. Quitte à poser un hormonal, je préfère poser le Mirena® que je connais plutôt que le court. Et je crois qu'il n'est pas remboursé en plus.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ?

Moi je propose aux patientes de venir pendant les règles ou à l'ovulation si vraiment elles sont très pressées. Après, moi je leur explique que c'est du confort. Bon chez les nullipares, j'insiste quand même pendant les règles ou à l'ovulation. Pour les autres j'explique que c'est du confort et qu'on peut le faire à peu près n'importe quand et après non, je n'ai pas de protocole particulier. Je n'ai pas connaissance que ça change grand-chose de respecter tel ou tel protocole, donc en fonction des dames, si elles ont vraiment de l'appréhension sur la douleur, je leur propose de prendre du Paracétamol avant de venir. Je leur dis qu'il faut éviter qu'elles se prévoient un programme trop chargé après la pose pour qu'elles puissent se reposer tranquillement à la maison et éventuellement se faire raccompagner etc. Pour qu'elles ne rentrent pas seules en sortant de chez moi.

Faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ?

Non, ben, des BHCG, je ne sais même pas si c'est médico-légal, j'imagine un petit peu. Chez la jeune femme qui a plusieurs partenaires, j'applique la reco de recherche de *Chlamydiae*, je fais un prélèvement de col. Soit il n'y a pas eu d'examen gynéco, il y a un petit peu d'appréhension, je fais le prélèvement de col et je pose tout de suite après, soit je fais l'examen gynéco avant et je fais le prélèvement. J'ai eu plusieurs fois des *Chlamydiae* positifs mais j'en ai rarement eu, peut être une fois, qui m'aient fait retarder la pose et où j'ai traité le *Chlamydiae* avant de poser le stérilet.

Utilisez-vous des kits de pose à usage unique ?

Non, j'ai mon matériel. J'ai une patiente que le médecin m'avait envoyée, le médecin lui avait prescrit un UT avec un kit de pose. Je ne l'ai pas utilisé car je trouve que les pinces à usage unique ne serrent pas assez bien, même dans mes pinces de Pozzi, il y en a une que je n'utilise pas car elle a des bords un peu mousse. Ce n'est pas pratique alors je ne l'ai pas utilisée. J'ai mon matériel car je travaille avec une dentiste qui a un truc pour stériliser le matériel donc c'est pratique.

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la pose de stérilet ? Difficultés au sens large, qu'elles soient techniques, psychologiques ou financières.

Financières non parce que les stérilets que je prescris sont remboursés pour le coup. Difficultés psychologiques un petit peu mais ça ne résiste pas longtemps à une consultation d'explications bien menée.

Donc plutôt de la part de vos patientes ?

Oui oui. Pour ma part, il n'y en a pas beaucoup, je n'ai pas beaucoup de réticences à poser des DIU. Ça ne m'est pas encore arrivé qu'il y ait une dame qui en veuille un absolument et que j'ai des réticences d'ordre médical ; je pense qu'elle comprendrait que j'hésite. Il y a eu une dame chez qui j'avais des réticences et j'ai renvoyé la décision au gynéco par rapport à certaines contre-indications. Après des difficultés techniques, pas plus que ça non. J'ai peut-être quand même une appréhension chez les nullipares malgré tout parce que... je n'avais pas d'appréhension au départ mais l'orifice du col est quand même bien fermé donc j'insiste plus sur la période des règles et c'est tout.

Et que faites-vous quand ça sténose un peu ?

Je ne force pas. Je ne force pas, ça dépend aussi de la réaction de la patiente hein : si elle a mal quand je force un peu, je ne force pas. Si elle n'a pas mal quand je force un peu, je passe

et puis voilà. Et si je n'y arrive pas, je leur dis que je n'y arrive pas et que je préfère que ce soit un gynéco qui le fasse parce qu'il y a peut-être une chose X ou Y qui m'empêche de le faire.

Donc vous passez la main quand c'est un peu plus compliqué.

Oui. Il y a une fois où ce n'était pas une histoire de passage en force, c'était une nullipare qui a expulsé son UT short avec ses premières règles. J'ai été un peu surprise, le passage s'était fait sans difficulté. Et j'en ai reposé un en me disant : qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai refait un examen bien comme il faut, j'ai refait l'hystérométrie pour être bien sûre – je ne la fais pas à chaque fois. J'ai refait l'hystérométrie histoire d'avoir bien l'orientation et tout ça, je me suis peut être aussi plus appliquée du coup ; j'ai tiré un peu pour bien orienter l'utérus, et j'ai reposé le DIU. Elle n'est pas encore revenue me voir, ça doit faire un mois et demi et j'espère qu'elle ne va pas le réexpulser.

Des malaises ?

Non. Plus sur les implants que sur les stérilets. Des douleurs. Une fois des douleurs qui avaient été très très fortes et je n'ai pas revu la dame. Je ne sais pas si ça l'a vaccinée du stérilet mais sinon, non pas plus que ça.

Avez-vous d'autres remarques ?

Bah, j'ai beaucoup de retours de nullipares à qui on avait dit qu'elles n'avaient pas droit au DIU et même récemment par des gynécos. Donc ma plus grosse difficulté c'est de lutter contre les idées reçues, d'aller contre l'avis d'un spécialiste. C'est vrai qu'il y a beaucoup de réticences à ça. Jusqu'à présent ça n'a rien empêché, c'est à dire que quand je leur disais : vous y avez droit, la jeune fille me disait ; bah oui pourtant j'ai vu... et du coup elle se renseigne et elle se rend compte que le premier avis qu'elle a eu n'était pas le bon. Et je leur donne certaines références de sites internet, des sites comme commentchoisirsacontraception ou ma contraception.com : il y a vraiment des images, des schémas, des choses comme ça. Le site de l'Inpes aussi pour qu'elles se fassent leur propre avis. Donc voilà, ma plus grosse difficulté c'est d'arriver et de dire l'inverse du gynéco, comme changer de pilule, ou faire complètement différemment. Maintenant je n'ai plus trop de scrupules mais il faut quand même arrondir les angles pour dire : non mais le gynéco avait ses raisons, je ne sais pas pourquoi il vous a dit ça, mais à l'heure actuelle il n'y a plus de contre-indications.

Et pour finir, quelques mots pour inciter les médecins Généralistes qui aimeraient poser des stérilets mais qui n'osent peut être pas ?

Oui : c'est très faisable. Je pense qu'il faut s'astreindre à le proposer aux patientes. Si on en fait une fois par hasard, ça ne reviendra pas, surtout si ça se passe mal. Voilà je pense qu'il faut en parler aux patientes pour que les choses se fassent naturellement. Si on ne parle pas de gynéco à ses patientes, ce sont des choses qu'on a tendance à laisser de côté. Donc ceux qui ne sont pas à l'aise, il ne faut pas qu'ils se forcent à avoir cette activité-là. Ça ne marchera pas et les patientes ne vont pas se sentir à l'aise avec eux. Par contre si c'est un souhait, ça se fait bien à condition de préparer le terrain chez les patientes. De se mettre à disposition en fait.

5. GénéralisteEmg5

Numéro d'anonymat : Emg5
Entretien non enregistré, notes retranscrites.

Formation de médecine générale avec intérêt pour la gynécologie. DU de gynécologie réalisé il y a quelques années. Formation un peu compliquée pour les Généralistes, où il faut faire la démarche soi-même et « se battre pour apprendre », « il faut vraiment le vouloir » la pratique de la pose de DIU n'étant pas au premier plan de la formation.

Ensuite, on se lance au cabinet avec quelques doutes la première fois. Pose en moyenne 1 stérilet par semaine.

Protocole de pose d'un DIU :

Dispose d'une « table gynécologique avec étrilles ». Il faut de préférence préparer la table avant la pose et disposer la table en hauteur. Avoir la poubelle à portée de soi.

L'examen clinique est systématique avant la pose d'un DIU. D'autant que certaines patientes sont envoyées par d'autres Généralistes grâce au bouche à oreille.

Bien éliminer les contre-indications et apprécier les risques infectieux. A eu dans sa pratique 2 endométrites à *Chlamydiae*, d'où le prélèvement systématique bactériologique associé au frottis. Attendre les résultats avant de poser le DIU, et éliminer une grossesse en cours.

Mettre la dame en confiance, car souvent stressée. « On leur parle d'autre chose ».

Prémédication : 2 cp de Spasfon® 1 heure avant.

Désinfection à la Bétadine® gynécologique.

Matériel : Pozzi non jetable, stérilisée et matériel à usage unique pour le reste.

Pas d'hystérométrie.

Pose de la Pozzi en tirant doucement : ne pas oublier de retirer la bague avant la pose.

Pour passer le col : « laisser le temps au col de se dilater, au fur et à mesure. A un moment, on doit un peu forcer, puis à un moment, il passe ».

Pose surtout Mirena® jugé le plus fiable : « double verrou : mécanique et hormonal ».

Stérilets au cuivre : chez les nullipares, surtout des UT 380® mais a déjà vu plusieurs GEU sur stérilet au cuivre.

Fils coupés à 3cm, puis revoir 1 mois après et recouper si besoin.

Difficultés :

Ne pas relever la patiente trop vite pour éviter les malaises, mais dans sa pratique, n'a jamais eu de malaise avec perte de connaissance, les malaises étant anticipés tout au long de la procédure.

Ne pas oublier de signaler à sa responsabilité civile et assurance la pratique de la pose de DIU, certaines ne le prennent pas en compte par défaut.

Notion d'anciens stérilets défectueux : Sertalia®. Les fils se désinséraient du dispositif. Ils sont retirés depuis.

Plus d'appréhension quand ce n'est pas sa propre patiente. Se méfier des risques infectieux,

d’autant plus que le couple est instable.

Si faire un FCV est déjà compliqué, avec un vaginisme important, discuter d'un autre moyen de contraception.

Remarques autres :

La demande de DIU est en augmentation, d'autant plus qu'elles commencent à savoir qu'après plusieurs années, la pilule n'est plus une méthode de choix.

Il faut toujours être bien installée et avoir du bon matériel, une bonne lampe.

Consultation prévue sur 20 à 30 minutes, si possible en fin de consultation.

Les labos ne viennent plus, difficultés à avoir les informations sans faire la démarche soi-même.

En conclusion :

« Parcours du combattant » mais pas de regrets. C'est « intéressant et gratifiant » pour un Généraliste.

6. GénéralisteEmg6

Numéro d'anonymat : Emg6
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en 2 mots ? Êtes-vous Généraliste ou Gynécologue ?

Alors, je suis Généraliste et je suis installée depuis 1996, en association avec un autre médecin et j'exerce dans un quartier populaire : et ça a son importance par rapport à votre questionnement.

Qu'est-ce qui vous a amené à faire de la gynécologie ? En avez-vous toujours fait ?

J'ai toujours fait de la gynéco parce qu'avant de m'installer, j'ai remplacé pendant très longtemps pour des raisons personnelles, ma famille etc., à l'époque ce n'était pas facile d'être médecin Généraliste et d'envisager de faire des enfants à l'époque, c'est un peu plus simple maintenant. Je remplaçais dans deux cabinets de femmes qui faisaient de la gynéco. Donc je me suis formée sur le terrain, ça c'est important. Comme tout médecin Généraliste de ma génération, on n'avait pas de formation spécifique : à un moment donné on se lançait et on faisait un peu comme ça se présentait. Après j'ai fait des formations spécifiques, toujours avec le MG Form, c'est une association de formation qui fait des séminaires avec un programme qui est validé par le ministère de la Santé.

D'accord. Vous n'avez jamais eu l'occasion de faire de stages en gynécologie ?

Non. Ce n'est pas que je n'en ai pas eu besoin, mais je n'ai jamais pu aller à la maternité dans mes stages, à l'époque. Bon après j'avais sympathisé avec des gynécos hospitaliers, je peux la nommer : Mme... et quand j'ai voulu poser des stérilets, je vous dirai pourquoi dans un moment, je suis allée à une dizaine de consultations avec elle, elle voyait une quarantaine de patientes dans la journée, donc je voyais des poses de stérilet, des suivis de grossesse, etc. Voilà. Mais c'était par affinité personnelle, ce n'était pas une démarche officielle de formation. Après j'ai hésité à faire le DU mais vu l'âge que j'ai, je ne le ferai pas et j'ai d'autres choses qui m'intéressent aussi pour lesquelles j'aimerais bien me former. Voilà. Me former plus.

Et pourquoi posez-vous des stérilets ?

Pourquoi poser des stérilets, parce qu'il faut pouvoir proposer à nos patientes un éventail de contraception. Il y a des patientes qui peuvent choisir entre la contraception orale, l'implant et le stérilet. Et puis il y a celles à qui on va plutôt proposer un stérilet et voilà ! Ou d'autres qui prendront une contraception orale pendant un temps et qui se dirigeront plus vers un stérilet après, et il faut pouvoir le proposer. Si on ne pose pas de stérilets, et ben on propose moins, même si on travaille en partenariat avec une Gynécologue. Moi je travaille avec une Gynécologue, je vous dirai pourquoi. Même si on travaille en partenariat, à un moment donné je travaillais avec une Gynécologue installée en ville qui ne fait que du niveau 2, c'est à dire que de la spécialité, qui ne reçoit aucune patiente en accès direct…ceux-là on veut bien travailler avec eux, les autres non. Bon... voilà. Mais même en travaillant avec elle, en posant l'indication et en prescrivant le DIU, en faisant le contrôle après, je suis sûre que je le proposais moins que je ne l'aurais dû. Donc je me suis dit qu'il faut que je les pose, et je les pose. J'en avais posé et j'en avais eu un qui était parti spontanément, ça m'avait refroidie parce que je trouve que dans notre spécialité, on n'a pas droit à ce type d'erreur parce que c'est

difficile à expliquer. Voilà. Donc il faut qu'on soit un peu gagnant à tous les coups sur les gestes techniques. Mais donc j'en pose depuis maintenant huit ans.

D'accord. Et combien en posez-vous en moyenne ?

Alors j'ai regardé avant que vous veniez, ça j'ai regardé : j'en pose en moyenne 6 à 10 par an. Sur les huit années, 8 à 10 par an ce qui est pas mal.

Et c'est une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

Euh... peut-être une proposition que je fais plus. Bon et puis il y a eu le scandale des pilules de 3ème et 4ème génération qu'il fallait calmer, parce que la contraception orale est un excellent moyen de contraception. Et il y a eu peut être un peu plus de demandes et un peu plus de propositions, mais j'ai tendance à proposer le stérilet en alternative aux femmes qui fument et j'en ai beaucoup des femmes qui fument, peut-être plus que dans la population générale. Voilà et qui ont du mal à entendre ce type de message. Et puis les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants, qui connaissent mieux leurs corps et qui sont plus à même d'accepter un corps étranger entre guillemets, plus que les jeunes femmes. Après j'en pose plus peut-être en 2ème partie de vie génitale.

Et justement, en posez-vous chez les nullipares ?

Alors voilà d'où le tandem avec mon amie qui est Gynécologue. Je ne les pose pas chez les nullipares mais il y a des indications. Mais je ne les pose pas. Voilà. Parce qu'on peut avoir du mal à passer le col et je n'ai pas envie d'être confrontée à ça. Ni de confronter ça à une jeune patiente. Parce que j'ai regardé aussi, sur les huit dernières années, j'aurais pu en poser 1 ou 2 par an ; je serais moins à l'aise et si je suis moins à l'aise, j'aurai plus de difficultés et la patiente sera moins à l'aise aussi. Moi j'ai 58 ans, je suis à l'aise dans tous les gestes techniques que je fais, heureusement parce que sinon à cette heure-ci on serait usés. Donc je n'ai pas envie d'être confrontée à ça et dans ce cas-là, j'adresse mes patientes à ma collègue gynéco qui reçoit les patientes avec des lettres des Généralistes exclusivement. (Rires). Voilà.

D'accord. Et concernant le protocole de pose des stérilets, avez-vous des spécificités, des astuces, des trucs ?

Euh non... mais j'aime beaucoup les poser avec mes internes, je suis maître de stage. C'est super d'être deux quand même, ça aide. Mais j'en pose aussi toute seule. Mais je me rends compte que quand c'est le mois sans interne, il faut que je réfléchisse plus à mes gestes et j'ai tendance à répéter le scénario avant de voir la patiente. Alors que quand on est deux, ça va tout seul, c'est facile d'être servi. Et puis l'interne en pose aussi, quand c'est une fille c'est plus facile, évidemment c'est l'idée dans ce stage : c'est que elle ou lui puisse en poser, au moins un ou deux pendant le stage. J'essaie de calculer quand l'interne est là.

Est-ce que vous prémédiquez vos patientes avant la pose ?

Je le fais pour certaines qui ont une petite appréhension et qui sont assez « médicaments » entre guillemets. Moi je prescris peu de médicaments d'une façon générale, Paracétamol s'il y a de la fièvre etc. c'est très difficile à vendre, enfin. Mais je dis qu'un Spasfon® ou un Paracétamol une heure avant ça peut aider chez les patientes qui acceptent ce type de protocole : Spasfon® une demi-heure avant et 1 gramme de Paracétamol ou 500mg en fonction du poids de la patiente. Je leur propose, je leur dis que ça peut aider un petit peu. Ce n'est pas systématique.

Faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ? Des prélèvements systématiques ?

Non.

Pas d'échographie ?

Non mais je fais un examen gynéco quand on parle de la contraception ou du changement de contraception. Et puis ce sont des patientes que je suis régulièrement avec un examen gynéco annuel et puis un frottis tous les 3 ans. Et quand je pose un DIU, en général, on fait toujours une consultation avant avec un examen. Et je pose aussi des questions sur la sexualité, tout ça car ça nous apporte aussi beaucoup de choses sur l'examen après.

Quels modèles utilisez-vous ? Est-ce que ce sont toujours les mêmes ?

Toujours les mêmes. UT380 pour les cuivres et le Mirena®. Voilà. C'est drôlement bien d'être bien avec le produit qu'on utilise et qu'on manipule parce que quand je pose cinq Mirena® de suite, je suis déjà moins à l'aise qu'avec l'UT380 et vice versa, donc deux modèles c'est très bien.

Avez-vous déjà eu l'occasion de poser avec le nouvel applicateur du Mirena® ?

Non, j'attends qu'on me le propose. Je ne reçois pas la visiteuse médicale. Je ne reçois pas la visite médicale sauf pour les stérilets et j'ai réécrit à la firme pour qu'ils viennent me le montrer. Je suis un petit peu déçue parce qu'il y a le nouveau petit Mirena®... le euh...

Jaydess® ?

Voilà, merci de me rappeler le nom. Et ça je pense que même si ce n'est pas moi qui le pose, ils pourraient venir me le proposer, je ne suis pas trop contente, j'attends toujours. Et ils m'en avaient parlé ! Je l'ai vu il y a un an, un an et demi, elle m'en avait parlé en disant que le Mirena® ça va aller tout seul et je n'ai vu personne. Et ma secrétaire va s'y atteler à nouveau parce que c'est elle qui fait ce type de démarches qui ne sont pas médicales. (Rires). C'est administratif quelque part.

Et maintenant concernant les difficultés de la pose des stérilets ? Difficultés au sens large, qu'elles soient techniques, psychologiques, financières etc.

Alors financières il n'y a aucun problème, on est d'accord, aucun problème. Bon je suis dans un quartier populaire où je pratique le tiers payant, quasiment à tous mes patients, sauf ceux pour qui c'est compliqué de se faire rembourser par les mutuelles et qui peuvent avancer les sous. Donc la pose ce n'est pas bien cher en tiers payant. Donc financières pas de soucis avec les DIU qui sont remboursés par la sécu.

Je montre toujours à quoi ça ressemble parce que quand on a la boîte comme ça, qu'on arrive en n'ayant pas osé l'ouvrir, ça c'est un petit peu impressionnant. Donc ça il faut en avoir un, montrer à quoi ça sert, montrer que c'est très léger, que c'est souple. Je montre aussi un utérus virtuel. Bon alors il y a quelques patientes avec qui je ne peux pas faire ça, qui sont malheureusement... enfin malheureusement... le docteur qui sait tout, « je vous fais confiance entièrement docteur » il y en a quelques-unes, et si c'est ça et que je pense ne pas me tromper en proposant un stérilet, bon bah c'est bien. Mais je vais plutôt expliquer pour dédramatiser. C'est souvent pour dédramatiser. Une fois qu'elles ont vu ce que c'était, comment ça se pose, je leur dis que ça prend au moins 30 secondes en tout pour la pose, on prend plus de temps

pour s'installer, à bien installer notre matériel, ça ça prend du temps parce qu'il faut qu'on respecte un protocole mais après la pose ça va tout seul. J'explique aussi qu'on peut avoir un petit peu de mal pour passer le col mais franchement ça m'arrive très très très rarement. Je choisis les femmes à qui je les pose, c'est clair, parce que j'ai ce partenariat avec ce gynéco.

D'accord... d'autres difficultés techniques ?

Non,...non... non... bah il y a les hystéromètres que j'utilise parce que je ne fais pas d'écho avant. Je ne fais qu'un examen clinique donc je pense que c'est bien. Il y a des gens qui ne l'utilisent pas, donc dans l'UT380 il l'est, dans l'autre il n'est pas donc je n'en ai plus. Donc j'attends vraiment qu'ils passent me voir (rires), en général ils m'en donnent une boîte. C'est bête mais bon voilà, ça a son importance.

Des malaises, en avez-vous souvent ?

Non. Jamais... non, jamais. Je leur dis de prendre un bon petit déjeuner le matin si je leur pose à 10h. Et puis une fois qu'on a bien expliqué, ça passe bien.

Combien de temps prévoyez-vous pour la consultation quand vous posez un stérilet ?

30 minutes. 30 minutes parce qu'on a fait tout le travail avant. 30 minutes pour la pose. C'est assez confortable. Bon, j'ai eu une patiente qui sans faire de malaise, m'a dit je suis en train de suer, j'ai chaud... ce n'était pas vraiment un malaise. On a un 2ème cabinet donc je l'ai allongée dans le 2ème cabinet avec la porte entrouverte sur le secrétariat et puis elle est partie avant même que je lui dise de partir, un quart d'heure après, donc c'était bien, voilà. Une fois que tout est bien expliqué, je pense que ça va.

Et pour résumer, pensez-vous que c'est un bon moyen de contraception ?

Oui.

Et qui est accessible aux médecins Généralistes ?

Et ben oui ! Et ben oui. Je pense que... ce que j'essaie de faire avec mes internes, c'est qu'ils posent plein de spéculums. Moi j'ai commencé en posant des spéculums sans voir les cols et en me disant que c'est compliqué de trouver le col parce que une fois sur deux on ne tombe pas tout de suite dessus. Une fois qu'on se dit allez on va le voir le col, qu'on positionne bien la patiente, qu'on va bien installer le spéculum et qu'il va bien tenir. Et une fois qu'on a ça, il faut avoir fait la technique je ne sais pas moi, … une cinquantaine de fois sur du virtuel ouvert puis sur du virtuel caché et puis voilà ! Et puis bien choisir les patientes chez lesquelles on va le faire au début. Donc je crois qu'il faut un partenariat. Un partenariat c'est je vous dis une gynéco qui est particulière, qui ne travaille pas comme les autres ou alors c'est le spé hospitalier qui suit aussi mes grossesses au 8ème et 9ème mois, car je fais aussi les suivis de grossesse. Il faut qu'on fasse ça parce qu'il faut qu'on puisse proposer toutes les possibilités de contraception. Et puis quand on fait de la gynéco, on fait les suivis de grossesse et après on a les bébés. Pas moi hein, mais pas mal de mes collègues ont encore du mal à se réapproprier tout ça. Mais moi ici les femmes il faut les pousser pour qu'elles aillent voir ailleurs. Pour toutes les spécialités. C'est comme un village ici, un village dans la ville, et quand on veut proposer un examen, il faut plutôt insister qu'autre chose donc on est à l'envers des cabinets de ville où les dames ont « ma gynéco ».

Et dernière question, utilisez-vous du matériel à usage unique pour la pose ?

Pas pour la pose. Pour la pose j'utilise des spéculums que je lave et que je stérilise au Poupinel parce que ça suffit pour les spéculums. Je n'utilise que des instruments à usage unique mais les spéculums, on les lave, on les passe au Poupinel, c'est bien. On les lave, on les trempe dans une solution 24 heures, Poupinel, ça suffit. Mais uniquement pour la pose. Sinon j'utilise des spéculums à usage unique mais on est quand même mieux avec un vrai spéculum, pour la pose de stérilet, j'utilise quand même ça.

Avez-vous d'autres remarques ?

Euh... non...

Je vous remercie.

7. GénéralisteEmg7

Numéro d'anonymat : Emg7
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots, sans dire votre nom, en précisant ce que vous faites et depuis quand vous êtes installée.

D'accord. Donc je m'appelle... euh non, je ne m'appelle pas (rires), je suis Généraliste, installée depuis 1989 d'abord dans l'Yonne pendant une vingtaine d'années dans une petite ville où il y avait au départ un gynéco et une maternité, et après plus donc j'ai fait pas mal de gynéco à cause de ça. Et après je suis revenue sur (la Lorraine) depuis 2008.

D'accord. Vous avez toujours intégré la gynécologie à votre pratique ?

Toujours oui et depuis que je me suis installée, effectivement, j'ai toujours fait de la gynéco. Et je faisais effectivement le planning familial là où j'étais avant ce qui fait que j'ai été obligée... Enfin, obligée entre guillemets, j'ai posé pour la première des fois des stérilets parce qu'il n'y avait que moi pour les poser, et même si je n'en n'avais jamais posé, je m'y suis mise.

Et ça c'était pendant votre formation, ou après votre formation ?

C'était juste après ma formation quand je me suis installée dans l'Yonne.

Et durant votre formation est-ce que vous aviez eu l'occasion...

Je n'avais pas eu l'occasion, je ne sais même pas si j'en avais vu poser, si j'avais vu la pose. Peut-être mais en tout cas je n'en avais jamais posé moi-même.

D'accord, donc c'est arrivé par la force des choses et après... et combien de stérilets posez-vous en moyenne ?

Là, plus énormément actuellement parce que on est en ville et que les gens vont plutôt voir des gynécos et bizarrement j'en ai posé davantage là parce que il y a beaucoup de gynécos je dirais qui sont réfractaires à la pose de stérilets chez les nullipares et donc du coup j'ai essayé et les deux que j'ai posés il n'y a eu aucun soucis donc euh. Deux ou trois peut-être même.

Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes vous trouvez ?

Bah de certaines patientes oui, qui sont contre la contraception hormonale, qui trouvent que c'est une bonne solution. Il est vrai aussi que moi j'ai tendance à le proposer beaucoup plus facilement que l'implant pour lequel j'ai une formation mais je n'en ai jamais posé parce que je pense que ça ne me plaît pas trop.

Qu'est-ce qui vous déplaît dans l'implant ?

Ben le côté chirurgical et c'est surtout pour l'enlever je dirais, avec une petite cicatrice quand même à chaque fois avec des problèmes de prise de poids, de saignements etc. J'ai eu pas mal de mauvais retours surtout au début où il existait avec des femmes qui soit saignaient tout le temps, soit étaient en aménorrhée complète, soit qui prenaient du poids chez des femmes qui avaient déjà un problème de poids au départ ce qui fait que du coup je n'ai jamais posé

d'implant.

D'accord. Quel est votre protocole de pose d'un stérilet en essayant d'être précise.

Donc disons que moi je suis très minimum au niveau de toutes les précautions possibles et imaginables. C'est à dire que je me mets quand même en gants stériles, j'essaie d'être non pas stérile mais propre on va dire donc. Donc en fait je mets un spéculum déjà en métal habituellement, je veux dire un stérilisable dans la mesure où... tout dépend justement si c'est chez une personne qui est multipare. Ensuite effectivement je fais une désinfection du col à la Bétadine® gynéco, je mets la pince à col. Je ne fais pas d'hystérométrie (rire) et je pose le stérilet.

Et pourquoi vous n'en faites pas ?

Parce que bon, je ne vois pas trop l'intérêt personnellement dans la mesure où ça veut dire qu'on passe deux fois le col malgré tout avec un objet et en fait je n'ai jamais eu de soucis en y allant doucement en poussant le stérilet au fond de l'utérus.

Parce que vous les posez chez des femmes que vous suivez pour leur suivi gynécologique ?

Oui, normalement je les connais effectivement. Sinon je fais un toucher avant. Habituellement, je les ai déjà examinées avant pour le suivi et si ce n'est pas le cas je le fais avant qu'elles reviennent avec le stérilet pour le poser.

Quels modèles vous préférez poser ?

Alors moi je pose pas mal de Mirena®, par expérience personnelle et autrement... habituellement je ne retrouve jamais le nom (rires), c'est souvent les anciens MLCU®, je ne sais plus comment ils s'appellent. Mais j'aime bien ceux qui sont rétractables, et justement le MLCU® ne l'est pas et habituellement je recherche sur le Vidal. Mais c'est vrai que je n'en pose pas... si j'en pose trois dans l'année c'est déjà beaucoup. Là actuellement ce n'est plus...

Est-ce que vous prémédiquez ?

Je donne un peu de Spasfon® habituellement.

Systématiquement ?

Pas systématiquement. Par contre chez les nullipares, par exemple c'est ce que je mets. Mais systématiquement par contre je demande à ce que ce soit le 2ème ou le 3ème jour des règles. Ça quand même, c'est mieux que la prémédication.

Et est-ce que vous avez besoin d'examen complémentaire, peut être chez les nullipares ?

Non, je n'en ai pas fait.

Et quelles difficultés rencontrez-vous dans la pose de stérilet ? Difficultés au sens large, qu'elles soient psychologiques de votre part ou de celles de vos patientes, techniques, financières... difficultés.

Financières, il n'y en a pas vraiment parce que c'est pris en charge : les stérilets sont remboursés. Après ce qui bloque plus ce sont les femmes qui ont peur d'un corps étranger je

dirais dans leur... dans leur utérus. Donc ça, je ne force jamais. J'explique effectivement l'intérêt pour elles par rapport aux hormones, ou par rapport à je ne sais quel... mais après si la femme refuse ce type de contraception, je n'insiste pas. Le blocage c'est plus ça. Moi j'ai une chose que je connais mais je n'ai jamais eu ce problème-là : c'est à dire que normalement pour les femmes musulmanes ou même je dirais catholiques très pratiquantes, c'est quand même une forme de … ça empêche la nidation : c'est une forme d'avortement précoce mais bon ça je ne vais pas jusqu'à leur expliquer.

Et vous avez déjà eu des refus pour ce motif ?

Je ne sais plus si c'est moi-même ou si j'ai lu un article là-dessus mais où effectivement les femmes au courant refusent. Là c'est une question d'éthique.

D'autres difficultés, techniques ? Je suppose que vous êtes seule pour le poser ?

Tout à fait. Euh bon il peut y avoir des fois des cols qui sont fibrosés ou autre et où il m'est arrivé de ne pas arriver à pénétrer dans le col, mais ça fait déjà longtemps. Autrement bon un petit peu par rapport aux utérus qui étaient très rétroversés ou antéversés, donc il faut tirer un peu plus sur le col. Mais à priori je n'ai jamais eu de gros soucis.

Et quand des fois vous n'arrivez pas à passer le col, qu'est-ce que vous faites ? Il y a des choses à faire pour passer ou il faut reporter ?

Ben disons que souvent dans ces cas-là, j'envoie chez un confrère du coup, ou quand c'est des femmes qui ont eu éventuellement des interventions ou des choses comme ça. Il faut passer la main parce que je ne voudrais pas non plus faire des dégâts.

Et vous travaillez donc avec un Gynécologue en partenariat ?

Pas particulièrement non mais parfois les femmes ont des gynécos, ou selon euh... j'envoie chez ma gynéco quoi. (Rires)

D'accord. D'autres difficultés dans la pose de stérilet ?

A priori non.

Les malaises, est-ce que vous en avez ?

Euh... ça ne m'est jamais arrivé. Bon je me rappelle d'une dame où effectivement elle a fait le malaise plutôt après, c'était quelqu'un d'un peu psy et il a fallu que j'enlève le stérilet parce qu'elle ne supportait pas psychologiquement à posteriori. C'est la seule fois où vraiment j'ai eu un problème. Mais des malaises vagaux ou autres, jamais.

Et le retrait de fil, est-ce que ça s'est déjà mal passé ?

Le retrait de fil ?

Euh le retrait de stérilet je veux dire.

Alors là oui il m'est arrivé un problème une ou deux fois mais ce n'était pas des stérilets que j'avais posés (rires). Bon je ne vais pas dire que je les fais toujours très bien hein. On ne voyait plus les fils et effectivement j'ai envoyé chez le gynéco aussi.

Oui, vous l'envoyez directement, vous ne vous embêtez pas à essayer...

De toute façon quand on ne voit même plus les fils, je ne vais pas aller trifouiller si je peux dire.

Parce que vous, vous les coupez à combien les fils ?

Au départ très longs et je fais systématiquement revenir après les premières règles.

Très longs ?

Euh c'est à dire que je laisse dépasser 4-5 cm.

Et après vous recoupez ?

Oui je recoupe à 1-2.

Est-ce que vous les revoyez systématiquement après la pose ?

Oui. Un mois en gros, après les règles. Pour voir justement si ça n'a pas bougé parce que des fois ça remonte quand même pas mal.

Et question organisation, combien de temps prévoyez-vous pour la consultation?

Le même temps que pour une consultation normale en fait.

Et c'est à dire, vous travaillez en combien de temps ?

Un quart d'heure.

Et est-ce que vous essayez de les mettre plutôt en début de journée, en fin de journée, ou peu importe comme ça arrive ?

Non je fais ça au milieu des autres consultations quand ce n'est pas quelque chose qui me prend plus de temps, surtout que je l'ai préparé avant.

Est-ce que vous avez déjà eu l'occasion de poser le nouveau, le Jaydess® ?

Non, je ne le connais pas.

Il n'y a aucun labo qui soit venu vous le présenter ?

Non. Comment il s'appelle ?

Jaydess®. C'est le Mirena® short, en 2ème intention en fait.

Et qu'est-ce que vous diriez aux médecins Généralistes pour finir, qui voudraient en poser mais qui n'osent pas ?

Que c'est vraiment... pour moi, c'est plus simple que de poser un implant par exemple. Parce que je sais qu'il y en a qui posent des implants mais pas de stérilets. Comme je dis souvent aux femmes, le trou est déjà fait. Et que du moment où on y va en douceur et avec tact je dirais, c'est sans problème.

Donc c'est faisable.

Ah oui non non, ce n'est vraiment pas un geste... et je ne suis vraiment pas du genre à faire beaucoup de gestes, mais alors celui-là. Médicaux non, mais médicaux chirurgicaux, je ne fais pas beaucoup de gestes mais celui-là est vraiment très simple.

Donc on peut y aller.

Tout à fait. Mais il faut effectivement que la femme soit convaincue de la bonne méthode pour elle. Elles ne viennent pas à contrecœur. Et je pense que c'est peut-être pour ça aussi que je n'ai jamais eu de soucis. Je n'ai jamais dit : mais si c'est ça qu'il vous faut, et il n'y a pas d'autres solutions.

D'autres choses sur le sujet ou est-ce qu'on a fait le tour ?

Non, si ce n'est que je pense effectivement que c’est un très bon moyen de contraception, un très bon mode de contraception.

Ah et j'avais oublié, utilisez-vous du matériel jetable ou du matériel que vous stérilisez ?

J'ai un Poupinel.

Bon et bien je vous remercie !

8. GénéralisteEmg8

Numéro d'anonymat : Emg8
Entretien enregistré et retranscrit.

Alors, pouvez-vous vous présenter en deux mots en disant depuis quand vous êtes installé ?

Alors : Dr ... né en 49, thésé en 79, installé en janvier 80, ça fait 35 ans. Les stérilets je ne les ai pas posés tout de suite. J'ai commencé à les installer si ça vous intéresse, au bout de six ou sept ans parce que j'ai eu assez rapidement des stagiaires et une des stagiaires était Gynécologue qui est venue s'égarer dans un cabinet de médecine générale, j'en ai donc profité pour qu'elle me montre comment on pose un stérilet et j'ai commencé à poser mes premiers stérilets au cuivre dans les années 88 peut être, 88-89, des MLCU® et autres Nova T®, etc. C'était dans ces années-là. Voilà. Je n'ai jamais eu de problèmes.

Et depuis vous en posez régulièrement ?

Depuis, j'en pose régulièrement. J'en ai posé un peu plus quand j'étais jeune, un peu moins maintenant parce que la patientèle vieillit avec moi et les femmes qui étaient en âge d'avoir un stérilet à l'époque le sont moins maintenant et que les jeunes femmes préfèrent peut-être aller voir des médecins jeunes ou des médecins femmes.

Elles ne vous le demandent plus trop maintenant ?

Moins systématiquement ou alors ce sont vraiment des gens que je connais bien et avec qui j'ai une relation de confiance parce que ça ne se fait pas comme ça : ah vous voulez une contraception, vous vous allongez là. Ce n'est jamais comme ça que ça se fait de poser un stérilet, et peut-être que j'ai aussi une appréhension avec les jeunes femmes qui sont quelquefois un petit peu toniques, énervées etc... Au début la dame qui m'avait montré comment on pose des stérilets, la gynéco à ... me disait : on met du Spasfon®, on donne un tranquillisant la veille, mais maintenant je ne fais plus rien du tout. Maintenant je les pose comme ça à la volée et ça se passe en général très bien.

Pourquoi ? Parce que vous vous êtes rendu compte que ça ne servait pas à grand-chose de mettre du Spasfon® ?

Parce que... parce que quand vous posez bien votre stérilet, il n'y a aucune raison que ce soit douloureux. Je pense qu'il en est des médecins comme il en est dans la vie qui sont des manuels et d'autres qui sont des intellos purs et durs. Je suis plutôt manuel, je ne fais pas que des poses de stérilet, et je fais plein d'autres trucs donc euh... les infiltrations ne m'ont jamais posé de problèmes. Il y a plein de choses qu'on fait comme ça, des actes dits techniques qui ne m'ont jamais posé de problèmes, des sutures, enfin il y a plein de choses qu'on fait comme ça dits techniques. Et la pose de stérilets une fois qu'on a bien fait notre examen clinique avant, que vous connaissez la profondeur utérine, la situation de l'utérus, je crois pouvoir dire que c'est quasiment indolore et que ça ne me pose pas de problème de douleur, donc mettre du Spasfon® après, des contractions après on ne me téléphone plus. On ne m'a jamais téléphoné pour me dire qu'il fallait un médicament après. Voilà. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question, s'il y a un autre sujet qui vous intéresse.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet, comment préparez-vous la pose, en un temps, en deux temps et ensuite la pose en elle-même, comment vous la faites ?

D'abord dans un premier temps, je sais que j'allonge la dame, sur ma table gynéco que j'ai en bas. Je prépare tout mon matériel avant. C'est à dire que j'ai ma boîte de pose de stérilets, mes compresses, du Sterlane®. Et une fois que tout est prêt, la table sur laquelle je pose ça est juste derrière moi, la table gynéco est en face de moi avec la dame. Après, toujours l'examen clinique. Des fois il m'arrive de l'oublier mais c'est toujours embêtant après quand il faut enlever le spéculum, enlever les gants, faire l'examen, remettre le spéculum. Maintenant c'est très protocolisé, hiérarchisé. D'abord l'examen clinique pour vérifier l'utérus, on le palpe, on voit si on trouve le col et surtout la situation de l'utérus : s'il est antéversé, rétroversé ou s'il est à peu près dans l'axe. D'abord un bon examen clinique. Deuxième temps je désinfecte la cavité vaginale quand même avec du Sterlane®, ensuite je nettoie, je mouche un peu le col, je fais un petit peu la toilette. Après dans un troisième temps, on met une pince sur le col, une pince de pozzi, l'hystérométrie avec l'hystéromètre. Je crois que c'est quand même très important de savoir si on est à 7, 8,9 cm qu'on ne se perde pas trop dans la cavité utérine après. Et puis après j'ouvre la pochette du stérilet, avant c'était des MLCU® maintenant les cuivres ce sont plutôt des Multiload® que j'aime bien par habitude... maintenant pourquoi je ne sais pas. Ou les Mirena®. Je règle le petit curseur sur le stérilet, je tire un peu sur le col avec la pince de Pozzi pour être dans l'axe et après ça passe en général tout seul. C'est exceptionnel qu'il y ait un spasme du col. Voilà. Mais peut être aussi que j'ai un biais de recrutement parce que ce sont toutes des patientes qui ont eu un ou deux enfants, des gens que je connais depuis assez longtemps, elles savent que les stérilets ça fait longtemps que je les pose. Ça se passe vraiment en général très bien. Ça fait longtemps que je n'ai pas eu de problème.

Vous utilisez du matériel jetable ou que vous stérilisez ?

Non, c'est du matériel stérile, métallique, dans une boîte. Et j'ai deux fours à stériliser en bas et j'utilise du matériel que je stérilise. Ce ne sont pas les machins à vapeur, je ne sais pas comment on appelle ça maintenant... les autoclaves. Ce sont des fours à 180° pendant deux heures, et j'ai deux fours et ça tourne. J'en ai toujours un de disponible sous la main.

Avez-vous déjà essayé les kits de pose ?

Non. Mais le Dr... qui travaille avec moi m'a demandé de lui fournir du matériel jetable et donc elle maintenant travaille avec des spéculums et du matériel jetable. Les kits de pose, je ne les utilise pas. Infections sur stérilet : jamais. Touchons du bois. Passer au travers d'un fond utérin : jamais. Je n'ai jamais eu d'ennuis. Quelques fois je suis peut être un peu négligent dans les visites de contrôle, je leur demande toujours de revenir deux mois après pour raccourcir les fils, voir s'ils n'ont pas migré. Je les coupe un petit peu longs, à 3cm au début. Et puis si vraiment ils n'ont pas rebougé, je les recoupe à 2 cm. Je devrais peut-être être un peu plus directif dans les protocoles de suivi. Mais très honnêtement je vous le dis mais vous le gardez pour vous, je ne leur fixe pas de carnet de rendez-vous systématique. Je leur dis juste quand on doit le changer à 4 ou 5 ans qu'elles n'oublient pas. Quand j'en ai à 6 ans qui me demandent : docteur c'était quand, maintenant tout est marqué mais bon... voilà ! C'est la glorieuse incertitude des rendez-vous qu'on met et qui sont suivis ou pas. Avez-vous d'autres...

Oui, alors les difficultés que vous rencontrez. Difficultés au sens large, qu'elles soient psychologiques de votre part, ou de la part de vos patientes, techniques, ou financières. Au sens large.

Financières il n'y en a pas. La pose d'un stérilet c'est côté en médecine générale 45 euros, quelque chose comme ça, dix fois moins que la facture que je viens de payer pour mon chat chez le vétérinaire, ça c'est pour la petite anecdote, j'ai la facture, je peux vous la montrer si

vous voulez (rires). Financières non. Quelquefois la difficulté c'est de proposer le stérilet. Je pense vraiment que le stérilet est un moyen qui est sous-utilisé en France. Si j'étais une femme de 30 ans avec un ou deux enfants, mais je ne le suis pas, je suis un homme et c'est probablement aussi une des difficultés, je vieillis et peut-être que les patientes jeunes se disent que je suis peut-être un petit peu passé de mode, vous appelez ça comme vous voulez. Elles ne me reconnaissent peut-être plus spontanément et naturellement comme il y a quelques années, le droit de poser un stérilet. Il y a probablement une barrière qui est liée au sexe, je pense sincèrement. Et je pense aussi qu'il y a peut-être aussi une barrière liée à l'âge. Quand vous allez voir un Gynécologue, vous allez le voir pour un problème gynéco. Quand vous allez voir un Généraliste, il est rare que les femmes viennent spontanément en disant : docteur je veux que vous me mettiez un stérilet. Elles viennent pour autre chose et elles parlent souvent, toujours, après d'autres sujets, et la contraception vient fréquemment sur le tapis, avec la pilule, l'intolérance des pilules, les premières, deuxièmes, troisièmes générations, Cérazette®. Et c'est là que quand on en parle ça a l'air curieusement de beaucoup les intéresser. Mais c'est spontanément rare que les femmes viennent me voir pour que je leur pose un stérilet. Mais c'est quand vous leur en parlez : ah oui tiens, je vais en parler avec mon mari, on va en discuter. Et l'idée c'est une petite graine qui va germer dans la terre, qui va mettre des fois quelques mois, et souvent elles reviennent quelques mois ou années après et c'est comme ça que ça vient. Donc il y a probablement une barrière liée au sexe, probablement une barrière liée à l'âge et la remarque que j'entends souvent mais je ne dois pas être le premier à vous le dire, c'est « un truc dans mon ventre ». Il y a une espèce de barrière psychologique. Je crois qu'il y a une méconnaissance souvent des femmes de leur anatomie, comment c'est fait, où on met le stérilet, où est-ce que ça va. Quand on leur parle d'autres moyens de contraception définitive Essure, elles ont la même réaction. Ah bon comment ça se passe. Elles s'imaginent toujours qu'on va ouvrir le ventre. Il faut leur expliquer, dédramatiser. Et cette barrière d'un truc qu'on leur met dans le ventre, c'est une remarque qu'on entend souvent. Autrement je n'ai pas vraiment de... je n'ai pas vraiment de barrières.

Chez les nullipares vous en poseriez ? Vous en avez déjà posé ?

Oui. Chez les nullipares psy, il y a quand même des indications. De toute façon je pense que le stérilet sera toujours une méthode de contraception plus sûre qu'une pilule qu'elles vont oublier un jour sur trois, ou elles en prendront trois en une seule fois. Je pense que dans les terrains particuliers le stérilet est une bonne indication. Et je crois que j'en ai déjà mis effectivement. Mais il faut se méfier quand même avec la barrière de l'âge. Mais chez les nullipares on peut en mettre à condition qu'elles soient un peu mûres, bien dans sa tête parce que je m'aperçois que les femmes jeunes ce n'est quand même pas facile, donc les nullipares sont des femmes qui n'ont pas trop de vie génitale, gynéco et donc elles ont des rapports un peu particuliers.

Donc vous auriez plus de réticences à en poser chez des nullipares que chez des femmes qui ont déjà eu des enfants ?

Oui. Il n'y a pas de contre-indication, on peut le faire. Mais les réticences : il faut que je sente bien la personne en face, qu'elle ne fasse pas un malaise vagal ou que sais-je, un spasme du col. C'est plutôt dans ces contextes là qu'on va avoir des ennuis quoi. Donc je préfère la femme qui a eu un, deux ou trois enfants, qui est bien dans son corps, bien dans sa peau et pas trop neurotonique, les nerfs à fleur de peau. Et je n'essaie jamais de les convaincre. Il n'y a pas de réticences, il faut que les choses soient claires avant.

Et les spasmes du col, c'est peu fréquent, vous en avez peu ?

Ça fait des années que je n'en ai plus eu. Ça fait des années et … oui ça fait des années.

Et comment vous l'expliquez du coup, c'est peut être une préparation... ?

Je pense que... je ne sais pas trop, là je m'aventure un peu parce que je n'ai pas d'études à vous fournir. Je pense que la femme qui est à l'aise, je n'ai pas trop de problème. Il ne faut pas insister quand il y a un spasme du col. Si ça arrive et ben voilà quoi. Mais ça fait longtemps que j'en ai plus eu quand même. Et c'est moi qui vais vous poser une question, c'est une remarque que vous entendez souvent quand vous interviewez les médecins, ils en parlent souvent des spasmes du col ?

Oui, après, plus ou moins fréquemment, en fonction des praticiens. Mais oui c'est quand même une difficulté rencontrée, le fait de ne pas pouvoir passer, et de devoir reporter la pose.

Oui bien sûr. Bon les nouveaux stérilets, ils sont un peu plus chers que les autres donc c'est toujours un peu embêtant quand on a déballé tout le matériel et qu'il faut recommencer. Ça ne me gêne pas. Ce n'est pas un obstacle important pour moi. Mais en tout cas ça ne m'empêche pas de poser des stérilets.

D'autres difficultés ? Techniques ? Quand vous posez un stérilet ?

Non. Je pense qu'il faut une table d'examen gynéco. C'est quand même très agréable de pouvoir orienter la patiente, ne pas être obligé de se mettre assis sur le carrelage ou tout haut perché : là vous bougez la position comme vous voulez. Il faut une table d'examen gynéco. C'est sûr que les étriers sur une table d'examen banale ça doit être un peu plus compliqué. Mais je n'ai pas d'autres difficultés, non. Ça fait très longtemps. Je ne sais pas s'il y a beaucoup d'autres médecins qui utilisent le Sterlane®, Bétadine® ou que sais-je encore. Moi je prends ça par habitude...

Un peu indifféremment …

Oui c'est ça. Et après j'aspire tout ça avec une compresse une fois que le col est bien propre. Il n'y a vraiment pas... et en général je profite du contrôle deux mois après pour faire un frottis. Je leur dis de venir quelques jours après les règles. Voilà, c'est une façon de faire le frottis dans la foulée.

Les malaises, est-ce qu'il y en a, est-ce que c'est fréquent ?

Il y en a. Mais là encore ça fait... houlà le dernier malaise ça fait longtemps quand même. Je pense que je n'ai pas trop de soucis, pas plus quand je fais mes infiltrations, quand je fais mes sutures. Non. En général quand vous ciblez les femmes entre 30 et 45 ans, je n'ai pas trop de problèmes de malaise. Ça n'arrive pas très souvent, ça fait longtemps. J'ai toujours des exemples, et effectivement c'est embêtant quand quelqu'un est en position gynéco sur la table et vomit. Mais ça fait longtemps que ça ne m'est plus arrivé, ce n'est pas très fréquent.

Est-ce que ça vous arrive de passer la main à un Gynécologue quand vous posez un stérilet ou quelle que soit l'étape de la pose du stérilet ?

Non. Non non ça fait longtemps. Autant des fois avec un Nexplanon® comme ça s'appelle maintenant, je suis embêté mais c'est parce que je n'ai plus l'expérience et d'ailleurs j'ai arrêté le Nexplanon®.

Pour le retrait ?

Non pour le retrait c'est facile. Oui pour la pose. Avec le nouveau système je pense que c'est plus facile mais je ne m'y suis pas mis parce que voilà. Mais XXX pose les Nexplanon®. Autant avec les Nexplanon®, j'ai du mal, avec les stérilets non je n'ai pas trop de difficultés. Techniquement je n'ai pas trop de difficultés. Mais je pose deux trois stérilets, marques de stérilets, je n'ai pas tout... Mona Lisa et compagnie il y en a plein. Des fois il y a des gens, des femmes qui viennent avec ce stérilet là, je regarde la notice, il n'est pas plus compliqué que les autres à poser. Mais j'aime bien poser toujours les mêmes. Être un peu ritualisé.

D'accord. Et combien prévoyez-vous de temps pour la consultation quand vous posez un stérilet, est-ce qu'elle est plus longue qu'une consultation standard ?

Non mais il y a un peu de vaisselle à faire après (rires). Mais le temps réel de la pose d'un stérilet, c'est vingt minutes quoi. Ce n'est pas plus compliqué que ça. Mais vous êtes en médecine générale. Vous posez le stérilet, vous dites au revoir madame et elle vous dit ; justement docteur, je voulais vous dire, j'ai aussi mal là, il y a mon panaris et mon mari m'a dit que, et puis ma fille aurait besoin de... la médecine générale, c'est ça. C'est l'avantage des spécialistes, vous y allez pour ça et vous n'allez pas demander à un spécialise de traiter votre crise de goutte. Donc voilà, il faut faire du compact, il faut se recentrer, l'objectif c'est mettre un stérilet, donc l'interrogatoire et les questions sont un petit peu fermées, s'il n'y a pas d'antécédent d'infection ou de salpingite etc. Mais une fois qu'on met le stérilet on ne fait pas autre chose. Donc vingt minutes pour répondre à votre question, vingt, vingt-cinq minutes.

Et vous préférez les mettre en fin de journée ou de matinée, ou indifféremment comme ça se présente ?

Non, c'est comme ça se présente. Je préfère les faire sur rendez-vous pour déballer mes boîtes et faire la vaisselle après. J'ai deux boîtes en permanence qui tournent et qui sont stériles. Et si quelqu'un vient à 9h30 le matin parce que je ne sais pas quoi, son gynéco était fermé, qu'elle est réglée et que les règles s'arrêtent demain, moi je lui mets le stérilet, ça ne me pose aucun problème.

Est-ce que pour vous le stérilet est un bon moyen de contraception et qu'il faudrait plutôt le remettre en avant ?

Oui, tout à fait. Je pense que c'est un super moyen de contraception et je pense que si j'étais une femme de 30 ans, un ou deux enfants, que je ne veux pas de grossesse dans six mois ou un an, je mettrais assez en avant le stérilet rapidement. Ça me semble être un bon moyen de contraception. Maintenant votre thèse sera intéressante à lire les conclusions parce qu'il y a sûrement des freins parce que sinon il y en aurait beaucoup plus. Je pense que c'est un bon système. Mais je vous donne ce raisonnement-là, je suis un homme, j'ai 65 ans et j'en ai fait plus que je n'en ferai donc je ne comprends pas tout et ça sera intéressant de lire votre thèse.

D'autres choses à dire sur le sujet ? D'autres difficultés, ou autres trucs justement pour éviter ces difficultés ?

Petit truc : je pense qu'il faut poser les stérilets quand vous êtes calme, détendu, pas en plein contrôle fiscal avec les agents de l'URSSAF qui viennent frapper à la porte, ni avec les gendarmes qui viennent pour savoir si le monsieur a consommé du cannabis. Il faut faire ça tranquillement, il faut être détendu. Il faut être une demi-heure tranquille à ne faire que ça, pas

penser à plein de trucs en même temps, avec le téléphone qui sonne. Il faut s'aménager un espace tranquille. Quand vous avez une demi-heure tranquille on peut le faire. Et je pense que comme tout, il y a des gens qui sont des manuels et d'autres qui sont moins manuels. Si vous êtes manuel, et que vous avez l'habitude des gestes techniques, je crois que ça ne pose pas trop de problèmes.

Et qu'est-ce que vous diriez à un Généraliste qui aimerait poser des stérilets mais qui...

Qu'il faut oser. Si c'est un manuel, que c'est quelqu'un qui est calme. C'est sûr que l'hyperthyroïdien, il vaudrait mieux peut-être éviter.

Les autres difficultés, c'est que pendant notre formation, on ne passe pas forcément en gynécologie et qu'on ne voit pas forcément beaucoup de poses.

Moi j'ai profité de XXX, gynéco à XXX. Quand elle est passée ici, c'est elle qui m'a montré les premiers. Après il faut oser. C'est le même problème que pour les infiltrations, j'ai des stagiaires, des internes de médecine générale, des SASPAS qui défilent : il y en a je leur montre une fois deux fois, après ils prennent les repères, et je leur dis : tu piques. Il y en a qui y vont et il y en a qui n'y vont jamais. Mais il faut protocoliser toutes ces démarches-là. Il faut qu'il y ait un rituel et il ne faut pas trop y déroger. Je pense que le problème pour les stérilets c'est le même que pour les infiltrations ou pour les sutures, il faut faire un peu le vide dans sa tête, il faut oser quoi. Quant au problème médico-légal qu'on n'a pas encore envisagé, je crois que j'ai déclaré ça à ma compagnie d'assurance car ils me font payer quelques euros de plus pour ça. Les problèmes médico-légaux : jamais. En trente-cinq ans, allez, un peu moins, pour ne pas exagérer avec les stérilets parce que j'ai commencé dans les années 90 : en vingt-cinq ans, rien. Et les infiltrations, bon les infiltrations je les fais aussi depuis longtemps : rien, zéro. Je n'ai jamais eu d'ennuis, de complications septiques ou mécaniques dans mes poses de stérilets. Par contre avec l'alcool iodé ou la Bétadine®, j'ai l'extrémité des doigts qui est un peu... donc il ne faut pas hésiter à utiliser des gants stériles et désinfecter. Il faut être propre quoi. Voilà. Je ne sais pas s'il y a d'autres remarques que mes confrères vous ont faites et qu'on n'a pas encore abordées ici ?

Je crois qu'on a fait... qu'on a abordé pas mal de sujets.

Je ne vois pas mais les femmes qui sont dans le secteur savent que je mets des stérilets, elles le savent donc régulièrement il y en a qui viennent pour ça. La fréquence peut être, je ne sais pas à quelle fréquence les Généralistes posent des stérilets ?

C'est variable.

C'est un à deux par mois. Un peu moins maintenant, parce que les jeunes femmes qui étaient des jeunes femmes dans les années 80 sont moins jeunes femmes maintenant donc elles n'ont plus besoin des stérilets. Il y a d'autres méthodes de contraception également et notamment les méthodes Essure. Ça bien sûr je ne les mets pas moi, ce sont les gynécos qui font ça. Les femmes qui sont sûres de ne plus vouloir de grossesses, c'est un bon système également. Voilà je pense qu'on a fait à peu près le tour.

Juste une chose, vous posez les stérilets chez des femmes chez qui vous assurez le suivi gynécologique régulier ?

Oui bien sûr. Ou alors d'autres curieusement, parce que elles vont voir des gynécos mais il y a des problèmes de délais de rendez-vous avec les gynécos et les stérilets je les mets moi juste

avant la fin des règles, au 4ème jour des règles selon l'abondance des règles. Et assez régulièrement j'ai des coups de fil de femmes dont le gynéco est en vacances ou n'est pas là, je ne sais pas où et puis ça le regarde et puis c'est son droit. Donc elles viennent, je leur pose le stérilet et après le suivi est repris par le gynéco et ça ne pose pas de problème.

Et juste un point encore, quand vous changez un stérilet au bout des cinq ans, vous le faites en un temps ?

En un seul temps.

Ça ne favorise pas les spasmes, il n'y a jamais de problème ?

Non. Là aussi, il ne faut pas tirer à la hussarde sur les fils de stérilet. Il faut voir un peu l'utérus comment il est. On s'imagine bien mécaniquement que si vous avez 60° entre le col et le corps de l'utérus, si vous tirez ça ne va pas trop passer. Donc là encore, il faut mettre son Pozzi, tirer dessus et ça sort tout seul. Non pas plus de spasmes du col. Mes confrères trouvent qu'il y a beaucoup plus de spasmes du col ?

Non c'est variable. Certains ont rapporté de grosses difficultés au retrait du stérilet, surtout quand les fils n'étaient pas visibles.

Ah oui. Oui, là ça peut poser problème. Je coupe mes fils un peu plus longs, je les coupe à 2cm et là ça ne bouge pas. Sinon j'ai une pince, vous savez une espèce de pince avec une angulation, et un peu comme une paire de ciseaux. C'est un peu barbare, je n'ai jamais eu à m'en servir car en général on arrive quand même assez facilement à attraper les fils de stérilet. Là aussi ça fait longtemps que je ne suis plus allé à la pêche au stérilet in utero. Mais j'en ai une dans ma boîte.

Et pour conclure, donc quand on est Généraliste et qu'on veut en poser, il n'y a pas de difficultés majeures à en poser ?

Non. Il faut vaincre ses propres craintes, il faut en faire 1,2,3,4 et c'est comme tout, si vous faites des touchers rectaux, une fois que vous en avez fait 10,20,30,40, après ça ne pose plus de problème. Le toucher rectal aussi, on s'aperçoit que le canal anal il n'est pas tout droit, quand c'est tout droit ce n'est pas parallèle au plan de la table et c'est souvent orienté en haut en avant donc il faut y aller doucement. Quand vous en avez fait 1,2,3,4, une dizaine, après ça fait parti des mœurs quoi. Je crois. Il y a plein de petits actes techniques et à mon avis que les médecins Généralistes ont tout intérêt à s'approprier ce genre de choses. Mais curieusement, je suis associé avec une femme, et qui ne s'est toujours pas mis à la pose de stérilet. Elle fait ses frottis, sans problème mais les stérilets elle bloque toujours un petit peu. Et pourtant deux trois fois je l'ai mise en situation mais ça ne passe pas. Je ne peux rien faire là. Les infiltrations non plus, après il faut avoir un petit peu confiance en soi. Je pense vraiment qu'il faut que les Généralistes s'approprient ce genre de chose. Surtout qu'il y a une grande féminisation de la médecine actuellement et je ne comprends pas bien qu'une femme médecin Généraliste ne pose pas de stérilet. Et sincèrement on a des confrères gynécos qui sont sympas. Après c'est le problème du temps. Les nouveaux modes d'exercice maintenant, je ne connais plus, je ne discute plus, mais il y a 20 ou 30 ans, une fois que vous étiez installé, c'était terminé, c'était 14 heures par jour et tous les jours de la semaine. Mais je pense qu'il y a des confrères gynécos qui sont disponibles et qui sont tout à fait disposés à vous montrer comment vous posez un stérilet. C'est vrai qu'il y a aussi des confrères spécialistes qui ne sont pas disposés à partager leur savoir, qui disent c'est facile c'est facile viens je te montre. Mais il

faut vraiment pouvoir partager cette expérience là avec d'autres et donc être un petit peu enseignant dans l'âme et je ne suis pas certain que tous nos confrères spécialistes soient vraiment prêts à partager leur truc. Je ne sais pas.

B. Entretiens des médecins Gynécologues :

1. GynécologueEgy1

Numéro d'anonymat : Egy1
Entretien enregistré et retranscrit :

Choisissez-vous un modèle en particulier parmi tous ceux qui existent ?

Moi je mets des UT 380® short, et pour les femmes qui ont eu quatre enfants : un standard. Ils sont faciles à mettre. Il n'y a aucun souci.

Vous arrive-t-il d'en utiliser d'autres ?

Quand la pharmacie n'en a pas, elle me téléphone et j'en mets un pourvu qu'il soit petit au cuivre. Ceux qui sont difficiles et qui font mal, ce sont les MLCU®, ils ont des petits crochets, ils font surtout mal au retrait. J'en ai testé, je peux vous dire. Je n'en mets plus. Ou pour les femmes qui ont eu quatre enfants, vous pouvez mettre n'importe quel stérilet.

Faites-vous des bilans complémentaires avant de poser des stérilets ?

Pas particulièrement.

Et concernant la prémédication ?

Je leur donne un suppositoire de Spasfon®, qu'elles mettent une heure avant la pose. Je leur en donne un deuxième pour après la pose. Pas d'antibioprophylaxie, c'est dans les livres (rires). Il n'y a pas d'intérêt.

Quel antiseptique utilisez-vous ?

De la Bétadine®. Un badigeon, sur le col. S'il y a des pertes, on ne le pose pas, s'il y a quoi que ce soit, on ne le pose pas.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la pose des stérilets ?

Ah bien sûr ! Quand vous mettez des stérilets, des fois ça ne passe pas, il y a un spasme de l'orifice interne, et puis vous titillez un petit peu et il y a un moment où ça passe. Je n'insiste pas, je reporte la pose à un second temps. Si ça ne passe pas, je n'insiste pas et c'est tout.

Est-ce plus difficile quand on enlève et qu'on repose un stérilet dans le même temps ?

Oui parce que souvent il y a des spasmes. Alors ça dépend des stérilets. Les stérilets hormonaux, c'est pratiquement impossible à enlever et à remettre tout de suite, parce qu'il est beaucoup plus gros. On l'enlève et on le remet le mois d'après.

D'autres problèmes ?

Quels autres problèmes ? (rires) Non vous savez, c'est la routine.

Concernant la perforation ?

En 25 ans, cela m'est arrivé une fois et en plus je n'arrive pas à comprendre, il est passé tout seul. J'ai coupé les fils...

Les fils, c'est pareil, il faut les couper à 2-3cm car quand vous les gardez 4-5 ans... Si vous avez plus de 40 ans, il faut couper les fils un peu plus longs parce que votre utérus remonte s'il y a un fibrome et après on ne retrouve plus le fil et il faut les endormir pour retirer le stérilet. Éventuellement leur dire que si cela gêne le partenaire, on recoupe. Le fil, c'est important, il ne faut pas le couper trop court.

D'autres astuces ?

Il faut que je réfléchisse …

Et les nullipares ?

Au cas par cas.

Qu'est-ce qui vous retient ?

La perforation de l'utérus : chez les nullipares, il passe moins bien. Si elles veulent vraiment un stérilet, je les préviens toujours : si ça ne passe pas, je n'insiste pas.

Utilisez-vous des kits de pose ?

Mon matériel est stérilisé. Je travaille « à l'ancienne », avec du matériel qu'on stérilise. Les Pozzi qu'on trouve dans les kits, je n'aime pas. J'exerce depuis 1989. Patientèle mixte, des petites jeunes et des plus âgées. Semaines avec beaucoup de boulot, d'autres moins, c'est un motif de consultation fréquent d'autant plus avec les contraceptions pilules de 2-3ème génération !

Faites-vous des examens après la pose ?

Pas systématiquement, mais facilement. C'est surtout quand les femmes ont la hantise de se retrouver enceintes. On leur dit : écoutez, faites l'échographie, vous serez rassurée que le stérilet est bien en place. Vous sentez que vous êtes au fond de l'utérus, ça fait 25 ans … … En général, il est bien mis, on sent le fond utérin.

C'est pas compliqué de mettre un stérilet.

Autre chose, quand ça ne passe pas, vous leur demandez de tousser. Elle tousse, cela fait une pression, et TOC, ça passe. « Toussez un grand coup » !

Autre truc, quand vous mettez un stérilet, il faut leur parler, pour détourner leur attention.

2. GynécologueEgy2

Numéro d'anonymat : Egy2
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en 2 mots ?

Je fais de la gynéco médicale depuis 30 ans et je suis installée ici depuis 83. Je ne fais pas d'accouchement, je fais des suivis de grossesse jusqu'au 6ème mois et je les revois en consultation postnatale, c'est là aussi que se pose la question de la contraception par stérilet.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ?

Le plus souvent pendant les règles : on est sûr qu'il n'y a pas de grossesse et que le col est bien ouvert. Désinfection à la Bétadine®, gants stériles et masque de protection pour éviter d'envoyer des postillons sur le matériel. J'ai acheté un stérilisateur à chaleur humide, donc ce sont des boîtes stérilisées. Désinfection du col, préhension avec la pince de Pozzi. Hystérométrie avec des sondes stériles qui sont généralement fournies dans les boîtes de stérilet. Et puis une fois qu'on a fait l'hystérométrie, on adapte la bague, on pose le stérilet, on coupe les fils. Procédure classique.

Faites-vous une désinfection col ou col vagin ?

Surtout le col, de toute façon on essaie de ne pas toucher le vagin. On pénètre uniquement dans le col.

Quel type de stérilet posez-vous ?

Alors je mets beaucoup de NT parce qu'ils sont plus fins point de vue de la taille. Avant je mettais beaucoup de TT mais le NT étant plus fin, je les mets beaucoup chez les femmes nullipares, enfin... primipares. Et puis je mets beaucoup de Mirena®. Moitié de Mirena®, moitié de stérilets au cuivre.

Faites-vous un bilan complémentaire avant la pose d'un stérilet ?

Toujours un frottis avant. Alors si ce sont des femmes qui ont une vie stable sans aucune anomalie au frottis, je ne fais aucun prélèvement. Chez les nullipares, on fait des prélèvements *Chlamydiae*, normalement systématiquement. Les femmes en couple depuis 4 ans, avec aucun facteur de risque, avec aucun signe d'infection,... mais en général oui. Ou alors recherche de *Chlamydiae* dans les urines.

Faites-vous une antibioprophylaxie ?

Non. Jamais. Quand j'ai un doute je ne mets pas de stérilet donc ce n'est pas la peine.

Et quel antalgique proposez-vous ?

Du Spasfon® avant. Avant je mettais de l'homéopathie mais bon... Donc du Spasfon®, 2 comprimés une heure avant.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la pose des stérilets ?

Alors, il y a des cols complètements sténosés, des utérus très rétroversés avec des orifices internes quasiment impénétrables déjà à l'hystérométrie. Des cicatrices de césarienne qui sont un peu scléreuses donc un peu difficiles. Et puis chez les nullipares, ou de femmes très tendues, très contractées, on ne pose même pas l'hystéromètre, donc si je ne passe pas l'hystéromètre, je ne passe pas le stérilet. Dans ce cas-là je ne le pose pas. Ou alors je réessaie, si elles ne sont pas vraiment pendant les règles ou dans d'autres conditions, mais je ne force pas parce qu'il y a quand même des perforations possibles et je n'ai pas du tout envie de forcer.

Y a t-il d'autres difficultés qui peuvent survenir ?

Oui, au retrait des stérilets, quand il n'y a plus de fil. On a parfois quelques difficultés quand les fils ont été coupés court. Il y a des stérilets qui sont parfois retournés complètement. Avec des pinces de Therum il faut aller les rechercher. Donc, si vraiment je n'arrive pas à retirer un stérilet, je le fais enlever sous anesthésie générale puis reposer sous AG, par un collègue en clinique.

Vous coupez les fils à combien ?

2 cm toujours.

Et vous les revoyez combien de temps après la pose ?

Toujours après la pose, à peu près dans les 6 semaines qui suivent, donc après les règles. Je vérifie que les fils sont toujours en place. Et s'ils ne sont pas en place, on fait une échographie de contrôle. Si on voit les fils, et qu'ils sont à la même longueur, il n'y a pas de raison que le stérilet ait migré...

Les malaises, ça arrive ?

Oui, très souvent. Je leur mets la tête en bas, je leur donne de la Coramine glucose. Avant je mettais un peu de sulfate d'atropine, maintenant c'est plutôt adrénaline. Ça arrive de temps en temps. Rarement pendant l'année. Mais les malaises, c'est fréquent. Bon après je les laisse allongées la tête en bas pendant 5 minutes et avec de la Coramine glucose sous la langue, ça passe relativement rapidement.

Quand vous devez changer un stérilet, le faites-vous en un temps ?

Oui, le plus possible parce que déjà, c'est moins douloureux, et le col est déjà ouvert, donc pour les dames c'est moins contraignant.

Ça ne favorise pas les spasmes ?

Non, au contraire ! C'est plus facile à passer dans les 2 sens. Alors, je ne le change pas quand il y a un actinomycète. Par exemple on voit des manchons sur le fil, ou si sur le frottis, c'est noté actinomycète. Donc j'enlève, je laisse un cycle, je désinfecte avec Polygynax® et je le repose après. On voit sur le fil. Il y a toujours des petits manchons blancs et on sait. C'est pathognomonique des actinomycètes, des manchons sur le fil. Il vaut mieux désinfecter plutôt que de remettre un stérilet et remonter actinomycète sur le col.

D'autres remarques ?

Non, arriver à faire parler les dames d'autre chose pour arriver à les décontracter. Et pour les retraits, je les fais tousser, ça me permet de les retirer facilement.

Et le Cytotec® ?

Ce n'est plus autorisé, c'est hors AMM. Je ne l'ai jamais utilisé. Je n'en ai pas eu besoin. Après, les cols vraiment sténosés ou des cols vraiment très scléreux, même le Cytotec® n'aurait rien fait. Il ne faut pas forcer, on perfore sinon. Bon, c'est parfois deux pinces de Pozzi dans une rétroversion importante : avec 2 Pozzi, on tire, on arrive à un petit peu horizontaliser le col et on arrive à passer mais bon... Ça peut être sportif

Est-ce une demande croissante de la part de vos patientes ?

Oui. Après les histoires des pilules, oui.

En posez-vous chez les nullipares ?

Je n'aime pas du tout... Enfin, j'en fais, j'en ai posé deux, trois. Mais en général, elles ont eu des dysménorrhées, des risques infectieux, et elles ont des risques quand même de grossesse, ce qui n'est pas négligeable, surtout avec une fertilité importante. Et l'année où il y a eu toute cette polémique sur les pilules, j'ai eu 3 ou 4 grossesses sous stérilet, chez des filles où le stérilet avait été posé ailleurs et qui étaient venues pour le retirer et changer de contraception. Donc je ne suis pas convaincue que ce soit une bonne solution. Bon quand elles sont bien averties, qu'elles n'ont aucun risque, qu'elles sont pleinement consentantes et qu'elles savent vraiment ce qu'elles veulent, je le fais. Mais je leur dis bien avant que ce n'est pas une pratique que je fais avec plaisir.

Donc des réticences ?

Oui, beaucoup. Très largement je le propose après 40 ans, pour éviter les risques de cancer du sein avec la pilule : dès qu'elles peuvent passer sous stérilet, je leur propose.

C'est un geste qui reste angoissant malgré l'expérience ?

Oui... Oui. Je ne suis jamais tranquille quand je pose un stérilet. Après 30 ans, j'en pose cinq, ou dix par semaine, j'ai toujours une appréhension. Une femme qui fait un malaise, c'est pareil, c'est pas rigolo, ça met dix minutes, parfois une demi-heure, il faut l'allonger et décaler toute la consultation. Ce n'est pas toujours facile à gérer point de vue temps. Et puis ça fait mal, on a toujours peur de perforer. Ça m'est déjà arrivé de perforer l'utérus d'une multipare, une femme qui allaitait... Puis des malaises, des femmes qui rappellent... Enfin bon. Ce n'est jamais confortable. Je n'aime pas spécialement, même si j'encourage les dames à en poser après une grossesse. Je ne pense pas qu'il faille banaliser la pose de stérilet, parce que tout le monde va le poser n'importe comment : il faut vraiment bien prendre son temps, parler, il faut que les gens soient en confiance. Il faut avoir l'habitude, et même quand on a l'habitude, parfois je vous dis, il faut prendre deux pinces, se mettre à genoux, il faut essayer de trouver le bon angle pour le col... On ne sait jamais vraiment comment ça va se passer. Quelqu'un qui a l'habitude sera plus à l'aise pour le poser. Je pense qu'il ne faut pas inciter les Généralistes qui n'ont pas d'appareil stérilisateur parce qu'il faut stériliser le matériel.

Et les kits de pose à usage unique ?

Les pinces, c'est pas terrible. Les pinces Pozzi dans les kits, ça ne tient pas. Il faut vraiment du

matériel stérile. Elles arrachent le col, ou elles font saigner et on ne voit plus rien. Moi j'ai essayé une fois ou deux, j'avais des boîtes d'essai mais je reviens toujours à mes boîtes en fer stérilisées. Bon après il faut prévoir aussi, quand il y en a plusieurs dans la journée, il faut avoir une ou 2 boîtes d'avance. Donc il faut avoir du bon matériel et un stérilisateur. Déjà je stérilise à froid avec le produit qu'on utilise pour les coloscopies, l'Anios®. Je désinfecte déjà une première fois, ensuite avec le stérilisateur. On a toujours peur des risques septiques. Le risque zéro n'existe pas. Masque stérile, matériel stérile... on fait tout mais on peut avoir un germe dans le col, on ne sait jamais. Et puis même avec un frottis un mois avant, elle a pu rencontrer un mec pas très clean... En règle générale, c'est de la pratique courante mais ce n'est jamais un acte anodin. On ne fait jamais ça, comme ça, sans y penser à deux fois.

Combien de temps prévoyez-vous pour la pose d'un stérilet ?

Pour la pose ? En général un quart d'heure. Quand ça va bien, ça prend une minute. Le temps de désinfection, c'est plus long, mais la pose ça va.

Et les grossesses sous stérilet ? Ça arrive souvent ?

Cette année, je vous dis, j'en ai eu 3 ou 4, des filles qui avaient mis un stérilet car elles avaient arrêté la pilule. Alors chez les femmes très jeunes, oui. C'est lié à la fertilité. Et des stérilets qui descendent parfois. Il faut vraiment vérifier, il y en a beaucoup qui le perdent. Là aussi, elles peuvent se retrouver enceintes parce qu'il y a une expulsion. Un peu moins avec le Mirena® parce qu'il est plus gros. Mais ça arrive.

Tous les combien de temps les surveillez-vous ?

Une fois par an. Après la pose systématiquement, puis une fois par an. Et si elles ne sont pas bien, je leur dis de revenir. Alors je ne leur dis pas forcément de sentir le fil car généralement, elles ne le sentent pas et paniquent. Je leur montre comment on sent le fil mais en général, elles ne sont pas très habituées. C'est plus une source d'angoisse. Après elles touchent le col, elles ont l'impression qu'elles ont une tumeur, « j'ai un cancer, j'ai une grosseur ». En fait elles ne savent pas que le col, c'est comme un bouchon de champagne.

Autre chose ?

Le recours au confrère, c'est uniquement pour les stérilets dont les fils ne sont pas accessibles. Puis vraiment chez les grosses anxieuses qui ont déjà eu une mauvaise pose... ça arrive tous les 3-4 ans qu'on en pose sous AG. Chez celles-là, on sait que ça se passera mal. Il y en a certaines chez qui je ne le proposerais même pas, car je n'arrive même pas poser un spéculum ou faire un frottis tellement elles sont stressées... celles-là je leur dis « bon de toute façon, vu comme vous êtes hypertendue, avec un vaginisme important, je n'arriverai jamais à mettre un stérilet ». Ou les cols vraiment sténosés, quasiment infranchissables aux frottis avec un cytobrush, on sait que ce sera galère, ne serait-ce que pour poser une sonde d'hystéromètre. On le sait à l'avance. Il y a des cols qui ne sont pas perméables.

Et chez les femmes qui n'ont pas de règles sous Mirena®, comment faites-vous pour le poser au bon moment ?

Du coup je les pose hors règles, et c'est un peu moins facile. Mais ils nous donnent des hystéromètres plus gros, je laisse la sonde pour dilater un peu le col.

3. GynécologueEgy3

Numéro d'anonymat : Egy3
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis … Installé depuis janvier 1991 donc ça fait déjà pas mal de temps et je suis de formation Gynécologue obstétricien et j'ai une compétence en échographie ce qui est important, je trouve, quand on pose des stérilets.

Quel est votre protocole de pose habituel d'un stérilet ?

Déjà en préambule, moi j'aime bien poser des stérilets dans un contexte de frottis réalisé, parce que s'il faut enlever le stérilet parce qu'il y a tout d'un coup un CIN, on ne va pas pouvoir faire une conisation et il va falloir enlever le stérilet. Donc je m'assure toujours que le frottis est récent, dans les convenances habituelles, et puis je vérifie aussi dans la consultation antérieure, toujours en échographie, qu'il n'y a pas de contre-indication. Donc les contre-indications, ce serait un fibrome qui serait mal placé, ou des choses comme ça. Ça c'est quand même un préambule.

Après dans l'installation même de la patiente, je lui explique que ce sera dans une consultation... comment dire, qu'il n'y a pas besoin de temps supplémentaire à mon sens. L'installation est tout à fait classique. Souvent, comme je fais de l'échographie, je fais une échographie avant la pose, pour me remémorer la position de l'utérus, s'il est en avant, en arrière, pour être bien sûr qu'il n'y a pas de grossesse... Parce que maintenant il y a des femmes sous Cérazette®® par exemple, il n'y a pas forcément les règles, je veux m'assurer qu'il n'y ait pas de grossesse, qu'on ait une muqueuse qui ne soit pas en fin de cycle etc. Ça c'est un préambule important.

Ensuite je pose mon spéculum, je prépare mon matériel et pendant ce temps-là... Je n'utilise pas de matériel jetable, mais j'utilise un matériel de stérilisation aux normes, un autoclave. Je désinfecte à la Bétadine® avec un petit coton. Je laisse mon coton avec la pince languette en place. Parfois je demande à la patiente de tenir un peu le spéculum parce que je ne l'écarte pas trop pour ne pas qu'il fasse mal, du coup je demande à la patiente de tenir le spéculum. Ma boîte a été ouverte, mais je n'ai pas ouvert l'emballage stérile du stérilet, pour que, on ne sait jamais s'il y a une contre-indication qui apparaît. Donc je ne l'ouvre qu'au dernier moment. Ayant posé mon coton, ayant fait mon écho avant, ayant vu que tout allait bien, à ce moment-là j'ouvre ma boîte de stérilet. Je tire sur le fil pour le mettre en place dedans, je mets l'inserteur. Il y a deux cas qui se présentent. Pour ce qui est du Mirena®, je le mets dans l'inserteur, je mets mon pousse stérilet. Je mets seulement ma pince de Pozzi, assez tardivement pour ne pas faire trop mal, en disant à la dame de respirer un bon coup. Je la préviens que ça peut un peu pincer. Et puis pour les Mirena®, j'ai une technique assez spéciale, j'ai trouvé ça tout seul mais en fait ça existait déjà avant : c'est le principe de la torpille. C'est à dire que si le col est un peu perméable, j'avance à peu près d'un demi cm dans le col avec tout l'ensemble (inserteur- stérilet), je maintiens le tube et je pousse mon stérilet à l'intérieur. J'ai remarqué qu'il va toujours bien, au bon endroit. Mais il ne faut pas reculer l'inserteur, c'est sûr. Donc si on fait comme ça, en général de lui-même avec ses petits bras musclés en plastique, hop il monte se mettre en place. Je contrôle systématiquement après la pose que le stérilet est bien en place.

Pour ceux au cuivre, j'ai remarqué que ça marchait moins bien. C'est à dire, je rentre tout le tube dans la cavité utérine, je pousse un petit peu pour que les ailettes du stérilet soient dehors, je pousse l'ensemble et je retire mon inserteur.

Donc voilà un peu mes deux techniques. Qui vont changer bientôt avec l'arrivée de nouveaux stérilets ; Jaydess® avec un autre inserteur avec lequel on ne pourra pas faire la technique de la torpille et surtout ils vont mettre le Mirena® avec le même principe. Donc à ce moment-là, je ne sais pas comment je ferai. Le principe de la torpille est quand même très très bien au niveau de la douleur. Il y a des gens qui n'ont vraiment plus aucune douleur à la pose du Mirena®.

Après je coupe le fil, en général je le coupe toujours à 3 cm. Je contrôle tout de suite en échographie pour voir s'il est bien posé. S'il était mal posé, ça peut arriver, parfois un cuivre on a des doutes, bah à ce moment-là on retire et on refait une pose. C'est pas la peine, j'ai déjà remarqué, on ne peut pas essayer de le repousser, ça ne sert à rien. Je coupe toujours le fil à 3 cm, je préviens la patiente qu'un fil long pique moins qu'un fil court, et que si son compagnon sans rien lui dire, lui dit que ça pique, elle reviendra. Je contrôle systématiquement les « cuivre » après les règles suivantes. Pour ce qui est du stérilet Mirena®, je ne les contrôle plus. Je ne leur redemande pas de consultation. Je les préviens dans les deux cas qu'il y a des risques infectieux dans les jours qui suivent, enfin pas des risques infectieux... mais que s'il y a des risques infectieux dans les jours qui suivent, à ce moment-là, il faut revenir, qu'on voit si c'est lié à ça, et éventuellement retirer le stérilet, sur salpingite. Ça peut arriver, ça m'est arrivé deux fois en dix ans sur *Chlamydiae*. Là aussi la notion de *Chlamydiae* est importante, s'il y a un doute, dans des changements de partenaires, je fais frottis et recherche de *Chlamydiae* avant. Ce n'est pas du tout systématique, c'est uniquement en fonction du contexte clinique. Je n'aime pas trop ce qui est systématique. Voilà et qu'est-ce qu'il y a d'autre... Donc le Mirena® je ne le contrôle pas, pour moi il est en place, s'il n'y a pas de grosses règles, de gros caillots, il n'y a rien à recontrôler. S'il y a un gros saignement, que la dame a très mal, dans le doute je lui dis de revenir, on refait un contrôle. Voilà un petit peu la technique de pose.

Proposez-vous des antalgiques avant la pose ?

Non. Il y en a, j'ai déjà remarqué, quand elles vont chercher la boite chez le pharmacien, on leur dit : oh bah prenez un Spasfon® avant, bon bah elles prennent un Spasfon® avant si elles veulent, mais bon...

Rien qui n'ait fait sa preuve ?

Pour moi non. Il y en a qui donnaient un comprimé de … du Cytotec®, un demi comprimé pour soi-disant ouvrir le col. Le problème c'est que ça peut donner des contractions utérines donc bon... Non moi je ne donne plus rien, je fais comme ça.

Je ne fais pas d'hystérométrie. Comme je fais l'échographie, je connais à peu près la profondeur de l'utérus. Je ne fais une hystérométrie ou ne dilate le col que si c'est un Mirena® après une césarienne.

Quel modèle posez-vous préférentiellement ?

Je pose pas mal de Mirena®, pour les « cuivre », j'aime bien le NT380, soit standard, ou des short. J'aime bien les short si la cavité est un peu petite. Ça m'arrive parfois de poser des Gyné T®, de forme T plus rigide s'il y a des expulsions. En plus, il est là pour dix ans. A un congrès,

c'est vrai que à l'époque il y avait le Nova T®, il y en avait une qui disait : je ne pose que des Nova T®. On s'était un peu fichu d'elle, l'air de dire t'es pas trop maligne mais finalement, ce n'est pas idiot, quand on a l'habitude avec un modèle, autant ne pas changer.

Et quelles difficultés rencontrez-vous dans la pose des stérilets ?

Ça m'est déjà arrivé d'en retirer. Parce que quand je change, je retire, et je repose tout de suite. Parce qu'il y avait aussi dans le temps les gens qui les retiraient, il faut laisser l'utérus au repos un mois etc. Moi je retire, je repose. Mais ça m'est arrivé deux fois de ne pas arriver à le reposer. Alors, c'était avec Mirena®. Le problème qu'on a, c'est au niveau de l'isthme ; si on fait une fausse route, après on est mal parti. Une mini fausse route, même une mini fausse route. C'est à dire que si on fait un trou, ou une amorce de trou de un ou deux mm, après on retape dedans, on n'arrive pas à retrouver le canal. Il faut vraiment faire attention. Si on a des petites difficultés, il ne faut pas hésiter à retirer, à reposer l'hystéromètre, revoir si l'utérus est en avant ou en arrière, pour être sûr d'aller dans le bon sens et puis voilà. Nous dans le temps, on avait des hystéromètres en métal, que j'utilise toujours, et qui étaient bien parce qu'ils étaient becqués. Ça vous permettait de retrouver le trou de l'orifice interne plus facilement. Donc si on a des difficultés, ça m'arrive de prendre un hystéromètre en métal, ils avaient des bouts bien arrondis, c'était pas mal.

Les spasmes du col, ça arrive souvent ?

Alors ça, je ne connais pas.

Et les malaises ?

Ah ça, les malaises c'est sûr que ça peut arriver. Quand on touche le fond de l'utérus. Ce qui fait mal justement, c'est quand on touche le fond de l'utérus. Il faut essayer si possible, de ne pas trop le toucher. C'est pour ça que les hystérométries, si on touche le fond, ça fait mal. Quand on pousse le stérilet vraiment au fond, c'est pareil. C'est pour ça que j'aime bien la technique de la torpille, qui n'est pas mal. Et j'essaie... c'est vrai que les "cuivre", ça ne marche pas pareil, c'est l'effet ressort des petits bras sur le côté et je ne sais pas, ça ne marche pas aussi bien. Donc je déplie quand même les bras et je pousse. Et j'essaie de ne pas y aller trop fort. Il faut y aller doucement. C'est surtout ça qui fait des malaises. Après on demande aux gens si ça va bien. Nous, on a des tables, le temps que je range mon matériel, bon bah voilà. Hier j'en ai eu une qui a fait un petit malaise. Ça allait tout bien et puis hop. Elle est rentrée chez elle quand même... mais quoi, j'ai un malaise toutes les dix poses à peu près.

En posez-vous chez les nullipares ?

Pas beaucoup. Je n'aime pas trop. Je reste obstétricien dans l'âme, c'est à dire faire quand même attention dans les risques de MST. Quand on voit quand même les effets d'annonce de l'Etat d'utiliser le stérilet en post-coït, comme pilule du lendemain. Chez les nullipares, la recherche de *Chlamydiae*... J'ai quand même fait du dépistage de MST pendant 5-6 ans au planning, on voyait des *Chlamydiae* en augmentation. On en trouve quand on en cherche. Donc moi quand j'ai une nullipare qui me dit je ne veux pas d'enfant, ou je suis avec un compagnon depuis 4-5 ans, mon couple est stable, je le pose. Mais je n'aime pas. Enfin, je veux dire que je travaille la question, je ne le pose pas comme ça. Je pense que c'est une profonde erreur, d'en poser à tout le monde, n'importe comment.

Est-ce une demande qui augmente ?

Oh bah oui, avec l'affaire des pilules. Mais pas tant que ça. Chez les nullipares, pas tant que ça. En plus je dirais, que mon expérience montre que chez les nullipares il y a beaucoup de retraits : elles ont mal au ventre, elles saignent n'importe comment, ça ne les arrange pas non plus. Ça, il y a beaucoup de filles qui disent ouais ouais etc. Je me suis laissé convaincre, j'ai posé le stérilet, et puis 3-4 mois après, ah bah non , ça ne va pas et hop on le retire. Ce n'est quand même pas la panacée. Il ne faut pas voir ça comme une solution miracle. Quand on regarde la contraception à l'échelle du monde, ça ne fait que 30 ans. Donc c'est quelque chose d'assez récent. Enfin, quand je dis 30 ans, c'est peut-être 50 ans mais c'est quand même. Et puis dans certains cas, si jamais il y a une grossesse qui est possible, il y a des alternatives possibles : elles peuvent arrêter la pilule et faire un petit peu attention et il y a la grossesse surprise qu'on accepte dans certains cas. Quand ce n'est pas possible, il faut prendre une contraception classique.

Combien en posez-vous en moyenne ?

Quand même pas mal, je dirais un par jour, donc cinq, six par semaine.

D'autres remarques ?

Sur les stérilets ? Je pense quand même que c'est une méthode de contraception qui est intéressante. Je dirais qu'avec le Mirena®, on a de très bons résultats. Il y a quand même des gens qui nous disent que ça a changé leur vie en termes positifs, il y en a 2-3 qui les retirent. On dit toujours qu'il y en a quand même 7 sur 10 qui sont contentes. Ce n'est pas le cas avec l'implant. Avec l'implant, c'est moitié moitié. Donc, c'est quand même un bon moyen de contraception. Le cuivre, moi je l'ai un petit peu remis au goût du jour pour les gens qui ne veulent plus d'hormones du tout. Même avec le Mirena®, on peut avoir des effets un peu négatifs chez certaines. Donc c'est remis au goût du jour, d'autant qu'au niveau fiabilité, on a acquis une très bonne fiabilité en termes de grossesse. Alors, le Mirena® c'est le meilleur, c'est vraiment la meilleure contraception. On n'est pas loin des 100%, meilleur que l'implant qui est à soi-disant 100%. En plus on peut dépasser. On n'a pas peur de dépasser la limite des 5 ans sans problème. On peut le laisser même un an de plus, quand on est à l'approche de la ménopause. Le cuivre c'est pareil, des GEU sur cuivre, j'en ai eu une en 3 ou 4 ans, c'est vraiment très très rare. Des grossesses sur stérilet : très très peu, pareil. Mais je vérifie systématiquement à l'échographie qu'ils sont bien en place. Et je vérifie à chaque consultation de suivi des stérilets que les stérilets sont bien en place. Donc l'échographie, c'est quand même un facteur hyper important je trouve, à la pratique des stérilets.

Vous êtes le premier Gynécologue que j'interroge qui ait un échographe.

C'est le problème des Gynécologues. C'est à dire que les Gynécologues de ma génération ont été formés au moment où l'échographie se démocratisait. Je me souviens très bien que quand j'ai fait mes études, on était trente, les autres disaient : je le ferai après. Après on s'installe, et on ne le fait pas. On ne le fait pas parce qu'on est pris dans le courant de la vie, les enfants, ceci cela, du coup il y en a très très peu effectivement qui le font, et ça, c'est quand même lamentable. Il y avait des Généralistes à l'époque, je me souviens, il y avait un petit mouvement quand je remplaçais à G..., il y avait un Généraliste qui avait un échographe. Et au Japon, il disait qu'il y a beaucoup de Généralistes qui avaient un échographe. Pour voir un début de grossesse, pour mettre un stérilet... Il n'y a pas besoin d'avoir une formation échographique, comment dire,... énorme. Un échographe, si on sait un petit peu le manipuler, pour des petites choses de base, on arrive même à détecter un kyste de l'ovaire si on a le petit coup d'œil. Si après on ne sait pas, on demande à quelqu'un d'autre mais au moins c'est une

alerte. Donc moi je pense que l'échographie est fondamentale. Bon après ceux qui ne le font pas vont dire qu'ils n'en ont pas besoin, mais ce n'est pas mon avis. Et je pense d'ailleurs que pour les Gynécologues, ça devrait être obligatoire de faire des échographies. Et que s'ils ne font pas d'échographie - je sais bien que l'Etat si on les force, ils considèrent que ça va entraîner des coûts -, à ce moment-là comment dire... Poser un stérilet, bien sûr que c'est accessible à tout le monde, mais si le Gynécologue n'amène pas un peu plus par sa formation, comme pour les kystes de l'ovaire, ou des fibromes, je ne vois pas où est la nuance par rapport à un Généraliste, parce que l'examen clinique reste assez pauvre.

Voilà mon avis sur l'échographie. En sachant qu'à titre personnel, je ne compte pas les échographies, pour moi, ça fait partie de l'examen. Peut-être qu'un jour, comme on se fait toujours restreindre, je considérerai que j'en compterai, mais pour le moment, je ne les compte pas comme acte. Si je vois une pathologie et que je fais un compte rendu, je compte l'échographie. C'est mon système à moi. Bon je pense que je me fais mon tort au niveau financier mais voilà.

4. GynécologueEgy4

Numéro d'anonymat : Egy4
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en 2 mots ?

Je suis Gynécologue, installée depuis 30 ans.

Quel est votre protocole de pose des DIU et quel est le modèle que vous posez habituellement ?

Cela dépend des patientes : un stérilet à la progestérone pour celles qui ne préfèrent pas avoir de règles, et sinon, un stérilet au cuivre, les UT j'aime bien. Parce qu'ils sont faciles à mettre. Les Gynelle® sont difficiles à retirer, donc je n'en pose plus sauf si elles avaient déjà un Gynelle®.

Faites-vous des examens complémentaires avant la pose d'un stérilet ?

Chez celles qui ont déjà eu des grossesses : non. Chez les nullipares : oui. Je fais des prélèvements de l'endocol, quasi systématiquement. Mais ce n'est pas fréquent non plus de poser des stérilets chez les nullipares. Il y en a un peu plus maintenant depuis qu'il y a eu les problèmes avec les pilules. Je recherche les *Chlamydiae* car un jeune de moins de 25 ans sur dix a des *Chlamydiae*.

Faites-vous une antibioprophylaxie ?

Non. J'en ai fait un moment, et puis au dernier congrès ils n'en faisaient pas. On ne sait même pas si cela sert à quelque chose.

Et comme antalgiques ?

Je donne souvent du Spasfon®. En comprimé une heure avant. Alors je ne sais pas si cela sert, pour éviter les spasmes ou les contractions, je ne sais pas... Par moment, je donnais aussi parfois du Doliprane, mais je trouve qu'il n'y avait pas de différence. Je donnais aussi de l'homéopathie parce que psychologiquement, ça pouvait faire effet. Après la pose, il reste du Spasfon®, elles peuvent en reprendre, car elles en achètent une boîte pour en prendre deux avant.

Quels antiseptiques utilisez-vous et pour quelle désinfection ?

De la Bétadine® gynécologique. Désinfection vagin col.

Et le matériel ?

J'utilise de l'usage unique. Ce ne sont pas des « kits » mais du matériel à usage unique.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la pose des stérilets ?

Des difficultés techniques ?

Quelles que soient les difficultés.

Alors c'est toujours angoissant, car il peut y avoir des malaises. C'est le plus angoissant, il y en a de temps en temps : c'est le fait je pense du stress mais aussi de passer le col qui donne des malaises. Des difficultés quand on change les Mirena®, enfin les stérilets à la progestérone, c'est qu'il n'y a pas des règles et qu'on n'est pas à la bonne période du cycle, et quelquefois on a du mal à passer le col. Les spasmes du col, ce n'est pas très fréquent. Alors c'est peut être un spasme ou le moment du cycle qui n'est pas le bon.

Donc vous n'hésitez pas à les convoquer une 2ème fois ?

Ah oui oui.

D'autres difficultés ?

… quand ils se déplacent, donc ce n'est pas à la pose. Ça arrive de temps en temps, ce n'est pas fréquent... oui j'ai déjà eu quelques fois des difficultés à les retirer, c'est rare. Une fois il a été retiré sous AG car il était complètement bloqué dans l'isthme.

Les fils, vous les coupez à combien ?

Je les laisse assez longs en général et je les recoupe ensuite à la visite de contrôle s'ils gênent. Mais je trouve qu'ils gênent moins quand ils sont longs car ils se recourbent alors que quand ils sont courts, ils piquent, un peu comme les poils d'une brosse à dent. Et puis être sûr de les revoir. Si ! La difficulté parfois c'est qu'on ne les voit plus, et qu'ils remontent dans l'endocol. Ce n'est pas une difficulté mais enfin après il faut les fils pour les retirer. En pratique 2-3 cm. Et je les recoupe à la visite de contrôle s'ils gênent. Je leur demande si ça va et si ça gêne, je recoupe.

Et la visite de contrôle ?

Dans le mois qui suit les premières règles après la pose. Je vérifie les fils, la douleur, les règles et puis il faut faire un examen.

Des bilans complémentaires après la pose?

Non, déjà je n'ai pas d'échographe. Je fais une échographie si je ne vois plus les fils, pour vérifier qu'il ne s'est pas déplacé. Alors peut-être que des gynécos qui ont un échographe regardent, mais non je ne le fais pas. Je n'ai pas eu de problèmes, les grossesses, c'est rare.

D'autres problèmes ?

Le plus gros problème ce sont les malaises et surtout quand ils durent.

Et que faites-vous dans ces cas-là ?

J'attends, c'est long, il faut rester avec elles. J'ai dû appeler une fois le SAMU car ça durait depuis trop longtemps. Mais en fait il y avait eu des soucis avant... Oui mais enfin ça se rajoutait à la pose de stérilet. Il y a avait tout un contexte, chute avec perte de connaissance quelques jours avant.

Combien posez-vous de stérilets par jour ?

J'en pose tous les jours. A peu près une fois par jour, en moyenne.

Est-ce une demande qui est en augmentation ?

C'est une demande en augmentation chez les nullipares, c'est une demande qu'on n'avait pas avant. Chez les autres non. C'est fréquent après les grossesses.

Et les nullipares ? Leurs motivations ?

Ne plus prendre d'hormones... A cause de la polémique sur les pilules. Ça a joué.

Et chez les femmes plus âgées ?

Après les grossesses, c'est assez logique, elles ont déjà plusieurs années de pilule, et généralement elles passent sous stérilet.

Et j'ai une question : quand on pose des stérilets hormonaux chez des femmes de 45-50 ans, à quel moment décide-t-on de le retirer ?

Alors, on sait que le Mirena® est efficace 5 ans et que la fertilité après 50 ans n'est pas très élevée, et que dans les études, en fait, l'efficacité a été démontrée sur 7 ans. Donc, après 45 ans, je les laisse, je ne les change plus.

Pour savoir pour la ménopause, ça va dépendre si elle a des symptômes. Si elle a des symptômes, je fais un bilan hormonal et je le retire si elle est ménopausée. Mais je laisse une marge de sécurité car c'est bien aussi qu'elle n'ait plus trop de règles. Et si elles n'ont pas de symptômes, je fais une prise de sang une fois par an pour voir.

D'autres remarques sur le sujet ?

Non...

Il ne faut pas imposer le stérilet... C'est quand même le geste le plus angoissant ! Quelque part, plus qu'un implant, plus que ….

Qu'est ce qui fait peur ?

C'est ... douloureux... Non ! Parfois ça dépend, ce n'est pas douloureux chez celles qui ont accouché par voie basse. Ce sont les malaises, il y en a quand même.

Les perforations ?

C'est rare. Mais on y pense : alors c'est peut-être ça qui stresse. C'est un geste stressant quand même, je ne sais pas pourquoi.

Je sais que les Généralistes, il y en a peu qui en posent.

Bah oui, et en plus ils n'en posent pas souvent alors c'est encore plus angoissant. Alors déjà avec l'habitude, moi j'en pose souvent, c'est toujours un moment... Enfin des fois ça se passe bien mais on a toujours peur des complications, une fausse route, même si en pratique c'est rare. Sauf les malaises. C'est le fait de passer le col qui engendre le malaise, c'est de passer le col plus que la douleur. Ce n'est pas forcément en rapport avec une geste qui est parfois douloureux.

Faites-vous les retraits et repose des stérilets en un temps ?

105 Oui, le même jour. Avant il y avait toute une période où on attendait un mois, on analysait le stérilet mais ça ne servait à rien, on faisait revenir les patientes pour rien et puis ça leur faisait un mois sans contraception. En pratique je le repose le même jour.

5. GynécologueEgy5

Numéro d'anonymat : Egy5
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en trois mots en disant si vous faites plutôt de la gynécologie médicale ou obstétricale ?

Gynéco médicale la plupart du temps, le plus couramment.

Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

Depuis 25 ans.

Combien de stérilets posez-vous en moyenne par semaine ?

Oh je travaille à mi-temps donc... euh je ne sais pas. C'est un motif fréquent mais il peut y en avoir deux par jour comme zéro... en moyenne je ne sais pas... Franchement je ne sais pas.

Est-ce une demande qui augmente ?

Alors déjà il y a des demandes mais qui sont différentes à l'heure actuelle. Auparavant c'était quand même plus le Gynécologue qui proposait le stérilet parce que la jeune femme vient d'avoir un enfant, ou parce qu'il y a des soucis autres de cholestérol, des migraines ou d'autres raisons médicales. Donc on le propose quand même après un accouchement, assez systématiquement. Après il y a des jeunes filles qui viennent avec cette nouvelle mode entre guillemets de poser « des stérilets chez les nulligestes » et ça en particulier depuis l'épisode des progestatifs de 3ème génération. Et moi par contre je reste encore rétro par rapport à ça : je ne pose pas de stérilets chez les nulligestes s'il n'y a pas des indications très... euh...J'ai même du mal et je passe la main chez les toutes jeunes filles qui ont des traitements anticonvulsivants, on n'a pas trop le choix. Je n'aime pas poser des stérilets chez les nulligestes. Déjà parce que c'est plus douloureux, c'est plus mal supporté et puis moi je suis désolée, mais j'ai vu une petite jeune fille comme ça que j'avais perdue de vue parce qu'elle était étudiante je ne sais plus où, elle était chez son copain à … et elle s'était fait poser un stérilet à … par une autre gynéco et elle a fait une GEU. Une GEU, ça veut dire une trompe en moins. Moi je reste classique et ce n'est pas parce qu'on a moins de facilité avec la contraception orale qu'il faut poser un stérilet chez les nulligestes, voilà. Je reste encore... Ce n'est pas une indication pour moi. La demande ne vient pas forcément de la patiente. Elle vient de la patiente dans les circonstances que je viens d'évoquer. Sinon c'est plutôt nous Gynécologues qui proposons le stérilet.

Concernant le protocole de pose d'un stérilet : utilisez-vous du matériel à usage unique ? Ou stérilisez-vous votre matériel ?

Alors moi je reste fidèle à la stérilisation du matériel. J'ai eu l'occasion de poser un stérilet avec du matériel à usage unique parce qu'en clinique ils font comme ça. Je dois dire que les femmes sursautent quand on a une Pozzi à usage unique et qu'on passe le col. Alors moi la toute première fois j'ai été surprise parce que nous on a de toutes petites pinces de Pozzi en métal, ça ne fait pas très mal, alors que les Pozzi à usage unique, j'ai vu la patiente qui avait les fesses en l'air. Je me suis dit flûte, je sais ce que c'est de poser un stérilet donc je n'ai pas

envie. Donc globalement et généralement je le fais encore traditionnellement c'est à dire pas avec tout le matériel à usage unique. Mais principalement à cause de la Pozzi moi je trouve.

Oui c'est un peu le retour que j'avais.

Oh oui vous avez déjà vu ? Oh là là. Ce sont bien des hommes qui posent comme ça, je trouve en clinique, (rires), mais moi je n'ai pas trop envie de faire mal, en tout cas pas plus qu'habituellement. On sent déjà un petit quelque chose donc on ne va pas faire plus mal.

Quels modèles posez-vous ?

Alors beaucoup de Mirena® quand les femmes demandent un stérilet avec une absence de règles et qui n'ont pas eu d'acné dans leur jeunesse. Sinon et bien ça dépend de la taille du col. De visu déjà, si on a un col qui paraît confortable moi je pose des UT 380®, ça existe aussi chez Mona Lisa avec les TT 380®. Celui-là je l'aime bien aussi parce qu'il a moins de risques de bouger : je trouve qu'avec les bras bien perpendiculaires il y a moins de risques de descendre dans la cavité. Et puis au-delà de quarante ans, on le laisse dix ans. Donc on en pose un et on le laisse jusqu'à la ménopause. Donc ça c'est aussi un côté pratique. Et puis s'il y a un petit col un NT ou UT, ça dépend du col de la patiente quoi. Alors c'est vrai qu'on ne le sait pas avant de faire l'hystérométrie si le col est confortable ou pas, mais déjà de visu on se donne une impression et puis bon j'ai un vieil échographe qui ne me sert qu'à ça, je regarde quand même la taille de l'utérus : si ce sont de petits utérus et bien on met plus petit.

Systématiquement une échographie à la pose ?

Moi j'aime bien faire une petite échographie quand même. Je veux dire, ça me donne une impression de taille. Parce que bon on voit bien si l'utérus est anteversé, rétroversé à l'examen. Mais si c'est une jeune femme qui a eu un seul enfant par exemple, on n'a pas forcément un utérus confortable donc moi j'aime bien jeter un coup d'œil juste comme ça. Mais je ne fais pas d'échographie officielle parce que mon échographe est trop vieux. Il ne sert qu'à ça.

Et faites-vous l'hystérométrie systématiquement ?

Et bien oui, ça m'est arrivé de ne pas le faire quand c'était une dépose-repose parce que la patiente lors d'une précédente pose de stérilet avait euh... ça avait été très douloureux et donc le col après avait été spasmé. Donc là, quand cinq ans se sont écoulés et que je n'ai pas cliniquement un utérus plus gros que d'habitude je ne fais pas d'hystérométrie. Mais c'est quand même rare. Parce que déjà ça permet de voir si le col passe bien avant de poser le stérilet mais c'est vrai qu'on voit plus de spasmes après une hystérométrie. C'est à dire qu'on passe l'hystéromètre facilement et puis on veut poser le stérilet et parfois c'est beaucoup plus dur parce qu'on a l'impression que la réaction à la douleur a été un peu spastique au niveau du col. Donc c'est vrai qu'on en voit plus, ça arrive de temps en temps que la pose soit un peu tumultueuse après certaines hystérométries.

Vous faites toujours les déposes-reposes en un temps ?

Ah oui, oui oui. Une misère, pas deux misères décalées (rires). Certes quand on dépose il n'y a pas trop de douleurs, il n'y a pas de douleurs quasiment. Mais si on pose une Pozzi pour l'enlever, on le remet dans la foulée, une seule misère quoi.

Et la désinfection vous la faites comment ?

Avec de la Bétadine®, avant de poser ma Pozzi. En fait je mets le spéculum, ce que je vois je désinfecte, je désinfecte tout le col et en retirant on termine de désinfecter avec le coton, voilà. Mais on ne met pas trois litres de Bétadine® dans le vagin non plus (rires).

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la pose de stérilet ? Difficultés au sens large, qu'elles soient techniques, psychologiques etc.

Alors psychologiques … par rapport à mon geste à moi ? Ou par rapport à la patiente ?

Alors par rapport à la patiente, moi j'essaie déjà de bien expliquer avant : déjà quel type de stérilet on met, si elle est d'accord pour ne pas avoir des règles etc. J'essaie de prendre mon temps déjà avant de prescrire tel ou tel type. Et puis ensuite j'explique comment ça va se passer : chez les femmes qui ont déjà accouché je leur dis que ça va être comme une contraction … euh... Enfin j'explique avant ce qui va se passer. Bref. Et puis je leur dis de ne pas trop écouter leurs amies parce qu'il y en aura toujours une sur deux qui dira que ce n'est rien du tout et les autres qui diront que ça fait excessivement mal. Sinon, on n'est jamais à l'abri d'une difficulté lors de la pose. Comme je vous ai expliqué, parfois après certaines hystérométries, ou avec les utérus rétroversés, ça c'est quand même une difficulté supplémentaire car il faut beaucoup tirer sur l'utérus pour le redresser avant de poser. Bon bien qu'on ait quand même différentes sortes de stérilets, certains avec des choses plus souples ou plus rigides. Donc si on a vraiment un utérus très rétroversé, on mettra quelque chose de plus souple ; je mettrai peut être moins fréquemment un TT qui est plus dur, enfin, plus raide dans le système de pose de l'inserteur, qu'un autre par exemple. Mais on n'est pas à l'abri d'une difficulté pour le poser. Moi ça m'est arrivé de ne pas pouvoir le poser : un col qui ne passe pas. Et bien c'est tout.

Et qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là ?

Ah bah moi j'arrête tout (rires), et voilà. On a certes fait l'hystérométrie avant, si vraiment on n'arrive pas à poser le stérilet, bon j'essaie quand même hein, bien sûr on fait ce qu'on peut mais si la patiente a vraiment trop mal... moi je donne systématiquement du Spasfon® avant. Bon c'est peut être psychologique. Il y en a qui donnent de l'homéopathie, d'autres euh...Enfin bref pour préparer. Mais si vraiment je ne peux pas et bien je ne le pose pas et je m'interroge pour savoir si je ne me suis pas trompée entre guillemets de type de stérilet parce qu'il y en a qui passent plus facilement que d'autres. Donc si effectivement j'ai prescrit un TT 380® qui est un petit peu plus dur à passer que l'autre le NT ou l'UT, et bien ça m'arrive de prescrire un UT, d'expliquer à la patiente que ce n'est peut-être pas rédhibitoire et puis réessayer. Ou en avançant dans le temps. Je leur dis toujours de téléphoner le premier jour des règles, d'éviter les deux jours où c'est vraiment plus abondant, et de venir après. Ça m'arrive aussi d'en reposer un autre plus proche pendant les règles quand le col est plus perméable.

Sinon les autres difficultés ce sont les malaises vagaux. Ça arrive. Ça m'est déjà arrivé comme à tout le monde je pense, comme à tous les gynécos. Bon ça nous fait peur quand même. Bon on sait qu'ils en reviennent toujours mais c'est impressionnant. Comme on a une table qui penche, on fait avec mais ce n'est pas trop sympathique. Alors effectivement chez les patientes dites « vagales », ça m'est déjà arrivé qu'une patiente fasse facilement des malaises vagaux et ne me l'ait pas dit avant et après elle me dit : « ah bah si quand je vais dans les foules je fais un malaise vagal » alors là « vous auriez pu peut-être me le dire avant » enfin bref et puis voilà ! Le malaise vagal, c'est parfois imparable. Quand elles savent, moi je ne les pousse pas parce que je suis toute seule. Donc vraiment quand elles sont vagales, je préfère les envoyer à mes confrères en clinique car ils ont du monde. Parce que sinon je les allonge

sur ma table d'écho, j'attends et ma consultation est bouleversée. Mais ça c'est le principal écueil. On ne peut pas le poser, on ne peut pas le poser.

Voilà... sinon on peut s'apercevoir aussi à posteriori qu'on est passé à travers l'utérus : la perforation utérine, ça ça arrive aussi. Après, ça on le voit. Moi je les revois systématiquement après leurs prochaines règles. Je fais l'écho et puis bon, ça arrive aussi malheureusement. Pour ne pas le nommer, avant le Mirena®, on avait un tube inserteur qui était un peu … je le trouvais très cisaillant à l'extrémité. Bon en l'occurrence c'était une patiente qui avait eu des jumeaux... bref ça arrive à tout le monde aussi.

Et on ne s'en rend pas forcément compte à la pose ?

À la pose : ah non. Parce que parfois, je pense aussi, si on l'a implanté un petit peu profond dans le muscle, on a quand même des contractions et il y a une sorte d'appel péritonéal qui fait que s'il est fiché un tout petit peu dans le muscle, avec les contractions de douleurs, ou de je ne sais pas quoi, ça le happe et on se retrouve avec un stérilet dans le péritoine. Tant que ça ne nous est jamais arrivé on dit : oh non moi jamais ! Mais en fait on le pose comme d'habitude et on se retrouve avec un couac. De toute façon, chez les gens qui posent des stérilets, ça doit arriver au moins une fois dans sa vie. Ce sont les aléas.

Sinon, d'autres difficultés... qu'est-ce que vous voyez comme autres difficultés ?

Ça reste un geste qui reste angoissant malgré l'expérience ?

Alors moi c'est le malaise vagal qui reste toujours en arrière-pensée : j'ai une patiente chez qui ça a été un peu long de la remettre d'aplomb et je dois dire que c'est toujours stressant, ça c'est sûr. C'est pour ça que les patientes qui le savent, qui sont vagales, je ne les pose pas parce que je suis toute seule. Et puis même avant, j'étais associée avec une autre collègue, on était toujours en alternance, on était rarement toutes les deux. A deux, on peut toujours s'épauler. Ça reste quand même, même si on sait que ça se termine rarement de façon fatale, c'est quand même un stress de la pose de stérilet. Voilà, mais sinon il faut être zen sinon on ne les poserait plus. (Rires). On est toujours un peu perturbé au moment où on vient d'en vivre un. Il y a parfois des patientes chez qui jamais on n'aurait supposé, et d'ailleurs je ne me méfie pas plus des patientes qui en ont peur, les patientes qui en ont peur, souvent ça se passe bien. Alors que les patientes qui y vont comme ça peur de rien, c'est parfois elles chez qui ça se ne passe pas bien. Enfin voilà. On essaie toujours de faire le meilleur choix, pour tel ou tel utérus.

Est-ce que c'est pour vous un bon moyen de contraception ?

Ah oui ! Oui ! Hormis la nulligeste, je pense que c'est un excellent moyen de contraception. Je pense que c'est très bien. Et puis on a quand même différentes sortes : on peut adapter un stérilet à une patiente. Et puis si on a un stérilet qui saigne beaucoup, parce que c'est quand même ça entre guillemets le côté non pratique du stérilet en dehors du Mirena®. Mais parfois quand les jeunes femmes ont eu beaucoup d'acné, moi je ne pose pas. Parce que si à 30 ans elles revivent la situation des 17ans (rires), ça ne va pas non plus. C'est vrai qu'on pose beaucoup de Mirena®. Alors dans les petits utérus, ils viennent de sortir le petit Mirena®, je ne l'ai pas encore posé, mais rien que de regarder la façon de le poser, ça me pose déjà plein de questions, parce que le système de pose n'est pas simple.

Et il y a un gynéco qui m'a dit qu'ils allaient être aussi appliqués aux Mirena®.

Oh c'est pas vrai !? Oh non j'en veux pas ! (rires) parce qu'en fait, ils ont eu le malheur de

changer l'UT 380®, ils se posaient tout seuls, mais ils viennent de changer, ils ont mis un système de … euh... rigole..., flûte ! Vous voyez ce que je veux dire ? Une rigole, un creux ! Et la première fois je sors mon système de pose et je me dis mais qu'est-ce qu'ils ont fait là ! Et puis en plus quand vous le posez, vous sortez le papier... mais qu'est-ce que c'est que ce travail. Non mais franchement, il était simple à poser et ils compliquent les affaires. Donc s'ils changent aussi le Mirena®, j'ai intérêt à m'exercer ! Oh j'espère pas ! Parce qu'en fait c'est pareil hein, quand on est installée depuis 25 ans, il y a toute une gestuelle dont on a l'habitude, alors dès qu'on est en train de bouleverser le truc. Là, la dame est venue nous le montrer mais si vous ne le posez pas vous ne la savez pas encore la technique. Moi je regarde ça et je me dis mince qu'est-ce qu'elle m'a expliqué déjà ? Je ne sais plus, je ne m'en rappelle plus. Franchement pour l'instant je n'en ai pas encore posé et je crois qu'il faut que je revoie la dame pour qu'elle me remontre.

D'autres choses ?

Non, c'est bon !

Et bien merci beaucoup !

6. GynécologueEgy6

Numéro d'anonymat : Egy6
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots ? Gynécologie médicale ou obstétricale ?

Les deux, j'ai une formation où j'ai travaillé pendant longtemps dans une maternité, j'ai un diplôme de gynéco médicale mais j'ai été formée en pratique dans une maternité et je fais pas mal de suivi de grossesses aussi, et puis échographie en gynécologie et en obstétrique.

Et vous êtes installée depuis combien de temps ?

(Rires) Une vingtaine, au moins.

Combien de stérilets posez-vous en moyenne dans votre activité ?

Je ne travaille pas à plein temps, donc euh... par jour, je ne sais pas, peut-être un par jour.

Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

C'est une demande qui augmente chez les patientes très jeunes parce qu'avant on n'en posait pas du tout chez les nullipares et maintenant cela arrive qu'elles demandent.

Et vous en posez chez les nullipares ? Ça ne vous pose pas de problèmes particuliers ?

Non, ça se passe bien. Mais on les prévient toujours avant des éventuels effets secondaires, de la tolérance etc. Donc il faut vraiment qu'elles en aient envie en toute connaissance de cause. Qu'elles soient motivées.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ? Par exemple est-ce que vous utilisez du matériel à usage unique ou que vous stérilisez ? Quels modèles utilisez-vous ?

Là où je travaille, on a des spéculums à usage unique. Après pour ce qui est des pinces, on a encore des pinces stérilisables.

Donc ce n'est pas des Pozzi en plastique !

Non, je ne les aime pas trop celles-là. Je peux les utiliser mais je les trouve grosses donc du coup je préfère prendre les métalliques qu'on stérilise.

Oui parce que du coup c'est une difficulté rencontrée par les médecins traitants car tous ne possèdent pas du matériel de stérilisation.

Ah oui, ah d'accord. Elles sont un peu grosses quand même ces pinces de Pozzi, elles sont traumatiques. Je confirme.

Quels modèles préférez-vous poser ?

On ne pose pas toujours le même quand même. Le Mirena® se pose quand même facilement mais je sais que la pose va bientôt changer et puis sinon ceux au cuivre, les MLCU®, Gyné T, Nova T® et voilà.

Quel antiseptique utilisez-vous ?

Celui que j'ai sous la main, Cytéal® ou Bétadine® gynécologique.

Est-ce que vous proposez des antalgiques avant la pose ?

Non mais du Spasfon®, quasiment systématiquement, deux comprimés une heure avant la pose.

Et après ?

Non,

Faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ?

Chez les jeunes : *Chlamydiae*. Voilà.

Les échographies ?

Non pas pour la pose. Mais contrôle de la pose, oui. L'échographie n'est pas systématique, non. Même si j'en fais beaucoup, je n'en fais pas systématiquement pour ça. Ça dépend du contexte. Si l'utérus est vraiment hypotrophique, je fais quand même une écho avant. Si je crains des fibromes, un utérus fibromateux, j'en fais avant aussi. Et voilà, ça dépend du contexte.

Avez-vous des difficultés dans la pose des stérilets ? Qu'elles soient techniques, psychologiques...

Non. Non... je n'ai pas de … ça se passe bien.

Est-ce que vous avez de temps en temps des spasmes du col par exemple ?

Des spasmes du col ? Oui ça peut arriver. C'est pour ça que j'aime bien toujours le Spasfon® avant. Je ne sais pas si ça rassure autant la patiente que moi mais du coup ça se passe bien. S'il est spasmé, et ben je mets l'hystéromètre le temps que ça passe un petit peu et après c'est bon. Ça fait la voie quoi.

Des malaises ?

Des malaises ? C'est très très rare. Je ne peux pas dire que ça ne me soit pas arrivé ; c'est arrivé surtout en fin de matinée quand elles n'ont pas déjeuné. C'est associé avec un malaise hypoglycémique. Sinon non, dans la mesure où on en a parlé avant, qu'elles savent que ça fait un petit peu mal, elles arrivent en étant un petit peu préparées. Et du coup je trouve que j'ai assez peu de malaises. Quasiment pas. Mais j'en ai un en mémoire quand même mais sinon ça se passe bien.

D'autres difficultés ? Ou des remarques sur des stérilets moins pratiques à utiliser ?

J'aime moins ceux qui ont un guide un peu plus gros forcément. Mais même le Mirena® qui a un guide un peu plus gros, ça se pose bien quand même. C'est l'UT que j'aime moins des fois.

Vous avez déjà eu l'occasion de poser le nouveau Jaydess® ?

Non, j'ai essayé avec le placebo mais je ne l'ai pas posé encore.

Les applicateurs vont être appliqués aux Mirena®.

Oui je sais mais je pense que ça devrait aller quand même. Il faut qu'on se lance. Un pas en avant, deux pas en arrière... (Rires) J'ai retenu ça ! Après ça devrait être bon.

Ce sont les laboratoires qui viennent vous voir pour vous tenir au courant de toutes les nouveautés ?

Oui, ils nous montrent les nouveaux modèles et puis ils nous font répéter la manœuvre, c'est pour ça que je n'appréhende pas trop. C'est assez simple, ça devrait aller.

D'autres choses à dire sur le sujet ?

…

Votre vision du stérilet : est-ce que vous trouvez que c'est un bon moyen de contraception ? Quel que soit l'âge ?

Bah oui, c'est un bon moyen de contraception mais classiquement plutôt après une première grossesse quand même. Et entre les grossesses quand les femmes commencent à être un peu surmenées dans leur emploi du temps et qu'elles oublient la pilule. A ce moment-là, c'est bien. En préménopause aussi, quand les règles deviennent hémorragiques, ça fait du bien aussi.

Et du coup quand vous le mettez en préménopause, quand savez-vous quand la femme est vraiment en ménopause ?

Statistiquement on sait à quel âge ça se passe. Donc si vous mettez le dernier à 45 ans, voilà : ça soulagera dans les 5 dernières années. A peu près.

D'autres remarques ?

J'ai eu une appréhension il y a quelque temps à poser chez les toutes jeunes, chez les nullipares. Je trouve que des fois le col ne s'y prête pas, que le col n'est pas mature, il est tout petit et dans ce cas-là, vraiment je ne le pose pas. Mais si vraiment il est assez gros, assez mature entre guillemets, ça ne pose pas de problème. On fait toujours au moins une recherche de *Chlamydiae*. Et puis sinon, je pense qu'on fait toutes un peu pareil, on met des ovules désinfectants avant la pose aussi.

Ah non, on ne m'en avait pas encore parlé.

Genre Polygynax®, avant la pose quelques jours. C'est la recette qu'on ne dit pas (rires) mais je suis persuadée que mes collègues doivent faire pareil. Et il y a la période de pose dont on n'a pas parlé. Moi je les pose dans les dix premiers jours du cycle à partir du premier jour des règles donc voilà, elles n'ont pas la place d'en prendre beaucoup mais en gros au coucher deux ou trois avant la pose.

Combien de temps prévoyez-vous pour une pose de stérilet ?

Comme une consultation normale. Moi je prends vingt minutes. Je sais que j'ai des collègues qui prennent tous les quarts d'heure, mais bon.

Quand ça se passe bien.

Oui (rire) voilà ! Quand ça se passe bien. Si vraiment il y a un malaise, là on prend du retard, forcément.

7. Gynécologue Egy7

Numéro d'anonymat : Egy7
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots ?

Trente ans d'installation, gynéco médicale et obstétrique, les deux.

Combien posez-vous de stérilets en moyenne par semaine ?

En moyenne, je ne sais pas, une dizaine à peu près.

Est-ce une demande qui augmente de la part de vos patientes ?

Euh oui à priori il y a une petite augmentation et surtout chez les patientes jeunes.

Est-ce que vous en posez chez les nullipares ?

Oui ça m'arrive, et maintenant plus qu'à une époque. C'est une tendance qui augmente chez les nullipares de poser des stérilets.

D'accord. Quels stérilets posez-vous préférentiellement ?

Euh...Il y a beaucoup de stérilets hormonaux et sinon une autre sorte au cuivre. Grosso modo deux sortes. Mirena® ou Jaydess® et puis préférentiellement un Mona lisa ou UT 380®, taille normale ou short en fonction du statut de la femme.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ? Faites-vous toujours une hystérométrie ? Utilisez-vous un échographe ?

Euh alors je pose les stérilets essentiellement, quand c'est une pose pour la première fois dans la période qui suit les règles. Je ne pose pas les stérilets pendant les règles parce que ça me perturbe (rires) donc voilà, après c'est une question d'habitude. Donc pas pendant les règles mais en première partie de cycle de toute façon. Je pose ici au cabinet. Bon, désinfection classique, pas d'hystérométrie, et je pose le stérilet directement en prenant le col avec... je ne prends pas de pince de Pozzi, je prends une pince de Museux, c'est un peu moins traumatisant qu'une pince de Pozzi, qui perce un peu moins le col, et qui pince le col en superficie.

Donnez-vous des médicaments anti-douleurs avant la pose ?

Je donne juste, ce n'est même pas un anti-douleur, je donne un anti-spasmodique, un Spasfon® 180, non 160 pardon, le petit Spasfon® une heure avant la pose et puis souvent elles continuent la boîte sur deux jours, il reste cinq comprimés dans la boîte.

Et faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ?

Pas à titre systématique. Pas d'écho, pas de prélèvements systématiques. Après en fonction des femmes ça peut. Échographie rarement.

Avez-vous des difficultés dans la pose des stérilets ? Difficultés au sens large, qu'elles soient

techniques, psychologiques, etc.

A priori pas trop de difficultés. Techniques, pas énormément. Parfois quelques-uns, quand l'utérus est rétroversé c'est un petit peu plus compliqué. Quand on fait une pose et dépose de stérilet le même jour, type Mirena®, comme il y a des progestatifs, il y a un col un petit peu sténosé ce n'est pas forcément facile, on a un petit peu plus de mal. Sur un stérilet classique au cuivre, enlever remettre ça va tout bien. Un Mirena®, c'est un diamètre et un diamètre d'inserteur un tout petit peu plus large et comme c'est un col comme en deuxième partie du cycle à cause de l'imprégnation hormonale et ben c'est des cols un petit peu plus spasmés donc on a plus de difficultés à franchir le col. Bon après grosso modo on n'a pas trop d'incidents. Ça m'est arrivé quelques fois de passer directement hors de la cavité utérine, ça m'arrive une fois tous les cinq ans. Chaque fois que ça m'est arrivé, ça ne m'est jamais arrivé sur un utérus cicatriciel, c'est arrivé sur des utérus intacts. Ce n'est pas prévisible oui, mais bon ça après il faut bien tirer sur l'utérus pour bien le verticaliser, pour qu'il soit dans le bon axe par rapport au col. Et puis chez une multipare le segment inférieur est toujours un petit peu plus fragile donc on peut passer à travers. En plus si c'est un Mirena® on doit un petit peu forcer, on peut être dans le ventre directement. Ça arrive régulièrement mais ce qui faut c'est s'en apercevoir.

Et quand justement ça a un peu de mal à passer le col, est-ce qu'il y a des techniques ?

La technique, c'est de prendre un petit dilatateur, pour les Mirena®, les labos en donnent : des petits tuteurs qui permettent de dilater le col. Après si vraiment on a un col très récalcitrant, on peut donner à la femme avant de poser un stérilet, y en a qui donnent un comprimé de Prostaglandines, de Cytotec®, pour que le col soit théoriquement un petit peu plus entrouvert. Ça m'arrive quelques fois dans l'année de donner un comprimé de Cytotec®.

Et ça marche bien ?

Oh on donne un comprimé de Cytotec® par voie orale une heure avant, moi je trouve que ça marche bien...Alors est-ce que c'est psychologique ? En tout cas ça m'a permis quelquefois de poser des stérilets alors que ce n'était pas évident.

Est-ce que ça vous arrive de reporter une pose parce que le col est trop sténosé ?

Ça m'arrive oui et c'est souvent dans le cadre d'une dépose-repose de Mirena®. Après je pourrais très bien enlever le Mirena® et dire à la dame vous revenez après vos prochaines règles. Je pourrais si j'avais besoin pour vivre (rires). Après moi je n'ai jamais eu trop de difficultés. En fait les difficultés de pose, il faut être bien installé, voir bien le col, avoir une femme qui est bien détendue. A la limite s'il y en a une qui stresse comme je ne sais pas quoi, il vaut mieux lui dire bon bah stop, je ne pose pas le stérilet aujourd'hui, je le poserai demain, revenez avec un comprimé de Léxomil. J'ai aussi régulièrement deux fois par an une femme qui fait un malaise vagal après une pose de stérilet et qui se retrouve avec 6 de tension pendant un quart d'heure. Ça m'arrive deux fois par an à peu près.

D'accord. Et dernière chose, quelle est votre vision du stérilet, est-ce un bon moyen de contraception ? Le proposez-vous facilement ? Avez-vous des réticences ?

Oh bah oui c'est un bon moyen de contraception, c'est quand même assez fiable, c'est aussi dans l'air du temps où on pose un truc, c'est cinq ans et après on n'a plus besoin de s'en occuper. Et puis avec un Mirena® il n'y a plus de règles et la plupart des femmes ça les embête

et finalement si elles peuvent ne plus en avoir, ce n'est pas plus mal. Donc cinq ans, plus de règles, c'est bien. Après c'est hormonal, donc il y a beaucoup de choses qui se disent sur les stérilets hormonaux. Il y a quand même et c'est connu maintenant, les labos en parlent, des kystes de l'ovaire avec des risques de kystes hémorragiques avec Mirena®. Normalement Jaydess® c'est trois fois moins d'hormones donc il devrait en avoir moins. Il y a eu aussi des campagnes Mirena® cancer du sein. Donc c'est sûr que les femmes qui ont un cancer du sein et un Mirena®, on nous demande de l'enlever parce que ce sont des hormones. Après, on ne connaît pas la genèse du cancer du sein, c'est difficile de dire que c'est à cause des hormones mais à priori il vaut mieux ne plus prendre d'hormones à ce moment-là. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait plus de cancers du sein chez les femmes qui ont un Mirena® que les femmes qui n'ont pas de Mirena®. Tout ce genre de statistiques, ça ne sort jamais trop.

Avez-vous d'autres remarques ?

Non, à priori ça ne pose pas trop de soucis. Les difficultés de pose, c'est sur les indications. Il faut savoir dire non des fois. Une femme qui a un tout petit col ou qui a un utérus très rétroversé et fixé, ben on ne pourra jamais poser le stérilet quoi qu'on fasse et même si on tire dessus. On ne va pas prendre de risques majeurs, donc il faut savoir se limiter mais sinon ça ne pose pas trop de problèmes.

8. Gynécologue Egy8

Numéro d'anonymat : Egy8
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots ? Dire si vous faites de la gynéco med ou les deux, etc.

Très bien. Je suis le Dr …, je suis gynéco obstétricien, je travaille dans un cabinet médical et je travaille dans une clinique où je fais un petit peu de chirurgie. Je travaillais avant à l'hôpital à temps partiel parce que j'étais praticien hospitalier et je faisais de l'obstétrique, mais là je viens d'arrêter pour une raison tout à fait personnelle et pour le moment je ne fais plus rien, je ne fais que mon cabinet. Voilà ! Vous voulez mon âge ? Ma taille ? (rires)

Non ! (rires) Mais votre date d'installation !

Ma date d'installation ? 1986. Je suis un vieux schnock.

Combien de stérilets posez-vous en moyenne ?

En moyenne ? Euh, j'en sais rien, ça dépend … aujourd'hui, j'en ai posé deux.

Est-ce que c'est une demande qui augmente ?

Ah oui, énormément. Et surtout maintenant chez les nullipares. Les jeunes femmes viennent me voir maintenant parce qu'elles ne veulent plus de pilule etc. tac tac tac. Mme Touraine nous a fait beaucoup de tort. Et ça fera un petit peu des dégâts.

Et ce sont elles qui viennent vous voir pour ce motif ?

Tout à fait. Tout à fait.

Et qu'est-ce que vous leur répondez ?

Que si c'était ma fille, je n'en poserais pas, mais que s'il faut, j'en pose parce que je suis là mais il faut me faire ça ça ça et je les informe et je leur fais signer un papier.

D'accord, et qui stipule quoi ?

Qui stipule que je leur ai fait une information complète, que je leur donne, si vous voulez, les éléments cliniques qui moi me paraissent importants : si elles ont une aménorrhée, une hémorragie, des pertes anormales, qu'elles doivent prendre leur température. Je leur explique si elles n'ont pas de règles ce qu'est une grossesse extra-utérine. Parce que j'ai un de mes collègues qui a posé un stérilet chez une jeune femme comme ça, et puis 18 ans grossesse extra ! C'est cher payé. Voilà. C'est tout ce que je dirais à tous ces gens. Bon un jour j'étais à un cours et le mec nous a fait tout un truc là-dessus et je lui ai dit : au fait, si c'était votre fille, vous lui poseriez ? Pas de réponse. D'accord ? Donc vous voyez... voilà c'est tout. Donc je me couvre, parce que de toute façon, on aura toujours tort. Dans une expertise, vous avez toujours tort, sauf si vous leur montrez qu'elles ont signé, que vous les avez informées et qu'on n'a pas de problèmes.

Et concernant le protocole de pose d'un stérilet, pouvez-vous le préciser un petit peu, dire si vous utilisez du matériel à usage unique ou du matériel que vous stérilisez.

J'utilise du matériel que je euh... Alors : j'utilise du matériel que je stérilise (pince de Pozzi). L'hystéromètre, c'est toujours du jetable. Et après, ben c'est tout. Les gens me téléphonent pendant leurs règles, elle téléphonent à ma secrétaire et on pose ça en fin de règles et puis comme une pose de stérilet : j'examine avant, je désinfecte, je fais mon hystérométrie, je pose, je regarde si je n'ai pas de problème, j'examine après et je fais une écho.

Toujours ?

Toujours, et j'enregistre la photo. Donc j'ai toujours ma longueur entre le stérilet et le truc et je montre aux gens. Et je contrôle les ovaires. Vous voyez, en même temps je contrôle, tac tac tac.

Donc vous la faites toujours après ? Pas avant ?

Bien sûr, avant ce n'est pas la peine, je les examine. Mais je la fais après et je montre aux gens. Voilà.

D'accord. Est-ce que vous prémédiquez ?

Jamais. Aucun intérêt. J'avais lu qu'il y a des gens qui faisaient du Cytotec® pff. Je trouve que c'est un peu compliqué et … bon j'en ai qui tombent dans le pommes, comme d'hab, mais bon il y a des totoches partout. Et je suis très baratineur, je leur parle de la pluie, du beau temps, de leurs vacances. Je pense que c'est aussi bien. Mais je les connais bien et quand je vois que je sens que je vais avoir un truc, je les prends en dernier comme ça si elles veulent aller voir mon tapis persan, no problem. D'accord ? Et puis on reste tranquille et ça se passe très très bien. Mais généralement elles ont toujours un gramme de Doliprane avant. Voilà, c'est tout ce que je fais.

D'accord. Et faites-vous des bilans complémentaires avant la pose ?

Uniquement chez les nullipares. Mais toutes les autres je les connais par cœur. Donc je n'ai pas besoin de bilan. Je sais qu'elles ont accouché, je les connais. Et puis je suis un mec un peu spécial je fais une écho systématique, pelvienne, chez tout le monde, gratos, en fin de consult. Pour moi ma consultation, c'est un examen plus une écho pelvienne. Comme ça je suis tranquille. Je vous expliquerai sans être enregistré pourquoi. En plus, j'ai fait beaucoup de thyroïdes donc je fais en plus une écho thyroïdienne, je trouve plein plein de choses, ça évite aux gens d'aller se faire opérer pour des conneries ou d'aller au CHU pour des conneries. Et puis je fais une écho des seins parce que je trouve que c'est quand même très intéressant en plus d'un examen clinique. Voilà, c'est ça une consultation pour moi. Donc voilà, chez les multipares je n'en ai pas besoin, je les connais par cœur. Je n'ai pas besoin de faire autre chose. Chez les autres, chez les nulligestes, je fais systématiquement une recherche de *Chlamydiae* sur urine, je fais une écho avant pour voir si elles n'ont pas de liquide péritonéal autour, je les examine bien, et c'est tout. Voilà. J'aurais dû faire autre chose ?

Non non. Mais c'est très variable en fonction des pratiques...

Oh je ne fais pas de crase, de globules blancs, de choses comme ça, pas de VS, pas de PCR. Moi je trouve que *Chlamydiae* sur urine premier jet, c'est top.

Et sur prélèvement ? Ce n'est pas aussi...

Oh ça reviendrait au même, c'est vrai... c'est vrai... oh bah tiens, vous voyez c'est un peu bête, c'est parce que j'ai une habitude de faire toujours comme ça, mais je pourrais faire sur prélèvement. Bah tiens vous me donnez une bonne idée.

((Interruption))

Et maintenant on va peut-être parler de la difficulté de la pose de stérilet. Je pense aux difficultés au sens large, qu'elles soient psychologiques de la part de vos patientes ou de vous-même, techniques, financières.

Psychologiques : en définitive, ce sont elles qui viennent et qui me le demandent, je n'impose rien, donc si vous voulez, il faut savoir ce qu'on veut. Mais j'informe bien, j'ai des bouquins, je montre, j'explique où c'est, en quoi c'est fait et tout et tout. Pécuniaire ? Je trouve que ça coûte encore moins cher qu'une pilule parce qu'elles sont archi remboursées. Techniques ? C'est vrai que des fois il faut faire attention : tout dépend de la position du stérilet, euh de l'utérus. Si vous avez affaire à un utérus rétroversé, là c'est vrai que c'est assez technique donc au lieu de prendre la berge antérieure, vous prenez la berge postérieure et vous tirez bien et ça doit s'arranger. Mais des fois ça arrive que. Dans ma vie, c'est arrivé une fois que je ne puisse pas poser de stérilet et je n'ai pas cherché à aller plus. Après, l'avantage que j'ai peut-être par rapport à un Généraliste qui en pose, c'est que quand je pose, je vois. Mais il arrive des fois que vous passiez à travers un utérus. Et donc si vous voulez, ça se sent. Vous le voyez si vous avez dépassé votre hystérométrie mais même en ayant fait une hystérométrie, même moi je me suis fait avoir une fois. Il y a des douleurs, il y a des saignements, des choses comme ça mais ce n'est pas aussi évident que ça. Donc voilà, ça je trouve que c'est le problème et je fais donc hyper gaffe et j'essaie de faire attention. Mais ça m'est déjà arrivé de percer, hein, ne vous inquiétez pas, je ne suis pas... Ça s'est assez bien passé une fois que j'ai fait une coelio rapido. Parce qu'elle avait mal, mais elle ne saignait pas. Les deux autres fois, j'ai dû les récupérer par caelio. Et une fois je l'ai récupéré après 3 ou 4 mois, mais elle savait qu'il avait migré, qu'il n'était pas là et tout et tout.

Mais donc en général, comme vous faites une échographie après la pose, vous le savez donc tout de suite.

Tout de suite, c'est pour ça que je suis très cool. Et voilà. Mais j'explique bien. Et puis c'est tout. Et puis je retéléphone : quand je ne suis pas sûr, je retéléphone le lendemain pour leur demander comment ça se passe et elles peuvent me rappeler. Voilà. Mais hormis ça, c'est assez simple, on n'est pas Zeus.

Parfois pour passer les cols, c'est un peu compliqué : est-ce qu'il y a des méthodes ?

Il ne faut jamais forcer, jamais forcer. Il faut prendre l'hystéromètre le plus gros que l'on a et puis si jamais on a un petit doute, ça peut arriver mais là ça devient un petit peu plus compliqué, il faut avoir des bougies. Donc là on ne le repose pas tout de suite. Et il faut faire attention parce que des fois on peut créer euh... on peut être complètement à côté de l'axe et dans ce cas-là, on peut créer un trajet, un néo trajet qui n'a rien à voir. Mais ça fait mal généralement. Donc quand ça fait mal, ce n'est pas normal. Et puis je vous dis, si vous posez ça en fin de règles, je pense qu'on ne se fait pas trop couillonner. C'est encore un petit peu ouvert. A mon avis. Il y a des gens qui posent en dehors des règles mais moi je ne trouve pas ça bien parce qu'après on ne sait plus sur quelle muqueuse on pose, on ne sait pas si elle est

enceinte, pas enceinte, on ne sait jamais trop avec les gens. Bon moi je suis tranquille, quand je ne sais pas, je fais une écho. Comme ça je suis pénard. Donc dire que ça ne m'est jamais arrivé, je serais le roi des couillons parce que ça m'est déjà arrivé, mais j'ai plus de facilités que tout le monde parce que j'ai un appareil d'écho derrière. Et je suis assez bon en écho donc on arrive assez vite à voir.

Et les fils vous les coupez à combien ?

Les fils je les coupe à combien ? Je les coupe à 1 cm. Et je les recoupe après. Mais des fois quand elles ne me disent rien, et ben je les laisse. D'accord ? Et puis 1cm ce n'est pas court, c'est déjà bien, ils épousent la berge de telle sorte qu'elles n'aient jamais de problème. C'est surtout dans les utérus rétroversés que des fois le mec il a l'impression que ça le pique mais c'est un peu comme dans la pub, vous savez, où le couillon téléphone au gars d'en face : ta femme qu'est-ce qu'elle a comme machine à laver ? Une brandt. Je pense que si les mecs discutaient un peu moins, ils auraient moins de sensations. (Rires) Tandis que quand vous avez un utérus antéversé, j'ai toujours du mal à comprendre comment ils arrivent à se blesser, parce qu'il y en a qui se blessent. Mais bon, il y a aussi les emmerdeurs. Et il y a aussi les pervers. Voilà. 1 cm moi je trouve que c'est bien. Et de temps en temps elles me demandent de les recouper. Mais quand je les recoupe et que je suis dans la partie un petit peu dans le col, je les préviens toujours que pour les retirer après des fois c'est coton. Dans ce cas-là je prends une Novak. Et avec la Novak, tac tac tac, pas d'anesthésie, rien, terminé ! Et je ne suis pas une brute, ça ne fait pas mal, il faut être très doux. Une Novak, c'est comme un hystéromètre.

Et c'est quoi la différence avec une pince de Therum ?

Il y a des gens qui ont des pinces spéciales. Une Novak c'est un truc comme ça (dessine), et l'extrémité elle est comme ça et quand vous le sentez parce que ça se sent, tuc vous le retirez, et c'est fini.

D'accord. Et les malaises, est-ce que c'est fréquent ?

Oh ça arrive mais bon vous avez le profil, la chieuse. Et il y a les celles qui arrivent déjà à reculons, donc dans ce cas-là... et puis ça arrive : mais c'est quand même pas très très fréquent. Et puis je vous dis, on discute. Et pour moi à mon avis, le baratin, ça vaut une anesthésie. Donc je raconte sa vie, je raconte ma vie, je la fais parler, je lui parle de son dernier voyage et tout et tout, de ses gosses, et je trouve que ça passe très bien.

Et quand vous devez en retirer un et en remettre un nouveau, le faites-vous le même jour ?

Le même jour.

Ça ne favorise pas les spasmes du col ?

Aucun. Aucunement. Et puis attendez, je ne vais pas les faire revenir, je n'ai pas que ça à foutre, je suis secteur 2, je suis un peu plus cher. Et puis je trouve que c'est sympa pour elle, parce que vous ne courez pas trop après, la consultation gynéco je connais peu de femmes qui viennent pour le plaisir donc il faut essayer d'être discret et rapide. Voilà, on fait une fois et puis c'est bon.

Et on n'a pas encore parlé du modèle : quel modèle posez-vous ?

Mirena®. Moi 99% sont des Mirena®. Je veux avoir la paix. Et puis après je pose des Gynelle®, à un moment j'avais des DU, et puis qu'est-ce que je pose d'autres ? Et puis maintenant j'aimerais bien poser le nouveau.

Vous en avez déjà eu l'occasion ?

Aucune ! Parce que c'est en deuxième intention, ce n'est pas en première intention. Hein, vous avez vu ça comme moi ?

On m'en a plus parlé comme la version short du Mirena®.

Je suis d'accord, mais s'ils lisent bien la pub, c'est posé en 2ème intention. Donc si vous voulez je pense qu'il faut faire un short d'abord et puis une fois qu'elle s'est rendue compte qu'elle nage dans le sang, après le poser. Alors je ne sais pas moi, je viens juste d'en recevoir, je ne les ai pas encore regardés. Ça a l'air rigolo à poser. Et puis le mec il m'a bien vendu ça comme de la deuxième intention. Mais bon je vais regarder, et je vais écrire un truc à mon syndicat en leur disant que si je pose en première intention, ça pose problème ou pas ? Je ne sais pas mais je me couvre.

Et leurs applicateurs sont un peu différents par rapport aux Mirena®.

Oui, c'est tout bête. Ah oui, non ça n'a rien à voir. Vous avez vu : vous poussez vous êtes bien et puis « tchak tchak tchak », vous retirez dans l'autre sens et ça y est, il est posé. C'est génial ! Ce n'est pas compliqué !

Est-ce que vous faites la technique de la torpille ?

Qu'est-ce que vous appelez la torpille ?

(…) c'est quand on propulse le DIU jusque dans le fond utérin.

Alors, je fais mon hystéromètrie, je le reporte sur mon truc, je le pose et je fais moins 1 cm dans mon repère, et quand j'arrive, je déplisse et je pousse alors si c'est ça votre torpille... Ça revient un peu au même et je vais vous dire, chacun se démerde. Ce n'est pas très compliqué. Mais c'est vrai que dans le Jaydess®, il faut se mettre à distance du fond utérin. Mais je n'aime pas trop vadrouiller derrière l'isthme. Je pense qu'il faut le mettre dans la partie la plus large et le pousser. Donc si vous le mettez un peu trop derrière l'isthme, et ben je pense que quand vous êtes comme ça (montre avec ses mains), comment il va se déplisser ? Et puis quand vous les mettez bien, des fois les stérilets, vous ne le voyez qu'à l'écho que ça ne va pas : vous êtes bien dans la cavité mais ce n'est pas comme d'habitude et quand vous les retirez, au lieu d'avoir un T, vous avez celui-là qui est contre ici (montre une écho et un stérilet). Ce n'est pas toujours des T qu'on retire, c'est marrant, des fois ce sont des N, vous voyez ce que je veux dire ? Des fois on se dit que la pose est géniale, mais des fois ce n'est pas terrible. Et alors il faut le faire de profil (montre une écho), vous voyez bien le stérilet qui est là, je le mets toujours à une distance de vingt-cinq, et après je change, je me mets en antéro postérieur, je pars de mon col, je remonte et je vois mon T et je vois si mon T est bien fait ou pas. Bon ça c'est pour m'amuser, je fais encore de la gynéco pour m'amuser. D'accord ? Et je faisais de l'obstétrique pour m'amuser. Mais j'ai eu une deux trois expertises et là on ne s'amuse plus du tout.

On a fait le tour de tout ?

Oh bah je pense ! Merci beaucoup !

Avec plaisir !

9. Gynécologue Egy9

Numéro d'anonymat : Egy9
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis Gynécologue installée depuis trente ans, au départ j'étais Gynécologue obstétricien, maintenant je ne fais pratiquement plus que de la gynéco médicale.

En étant le plus précis possible, pouvez-vous décrire votre protocole de pose d'un DIU ?

J'essaie déjà de la mettre en confiance, de bien l'installer bien au bord de la table : si elle est trop loin, elle n'écarte pas assez bien ses jambes et on n'arrive pas à mettre le spéculum. Avant je les ai examinées, mais je les connais donc je sais si l'utérus est anteversé, rétrofléchi etc. Parce que je l'ai vue une fois avant, pour lui donner toutes les informations. Je ne pose jamais un stérilet comme ça en première intention. Je lui explique les différents stérilets, comment ça va se passer, etc. On fait déjà une séance de préparation. Ensuite, une fois bien installée, je veux surtout bien voir le col, bien écarter le spéculum, bien désinfecter. Je pose toujours une pince de Pozzi sur le col pour bien l'étirer et mettre l'utérus dans l'axe. Je fais toujours une hystérométrie, d'autres n'en font pas, mais moi je le fais : ça permet de bien voir dans quel sens va l'utérus, de faire lâcher tout doucement l'orifice interne, et bien sûr de connaître mon hystérométrie. Ensuite je pose mon stérilet en fonction du type de stérilet.

Utilisez-vous des kits à usage unique ou du matériel que vous stérilisez ?

Les hystéromètres sont à usage unique, sinon le reste je stérilise.

Quel modèle de DIU posez-vous préférentiellement ?

Comme je vous le disais, j'ai choisi le modèle avec la patiente en consultation préalable. Si elle ne souhaite plus de règles, c'est le stérilet à la progestérone. Il y a des personnes qui sont « anti absence de règles », donc je leur explique que le stérilet au cuivre peut leur convenir mais je les informe que leurs règles peuvent être plus abondantes. Mais c'est vrai que 90% des modèles sont à la progestérone. Sauf chez les nullipares où maintenant on a Jaydess®, le petit modèle Mirena®, mais c'est vrai que c'est encore le short, l'UT short que j'utilise le plus chez les « petites cocotes ».

Faites-vous un bilan complémentaire avant la pose d'un stérilet ?

Non. En dehors de mon examen clinique. Alors il est bien évident que si elle me dit « on m'a raconté que peut-être j'avais une malformation »... mais en règle générale je les connais les patientes. Je sais si elles ont un fibrome, je sais si elles ont une anomalie utérine et il n'y a pas de bilan à faire.

Antibioprophylaxie ?

Surtout pas. (Rires). Surtout pas. On désinfecte bien le col avant la pose de stérilet, on utilise deux cotons, je fais deux passages mais voilà. Je fais le col et quand je retire mon coton, hop je termine le long du vagin. Et après je remets un coton, bien sur l'orifice externe et « zoup » en sens inverse.

Quel antiseptique utilisez-vous ?

Ben en ce moment j'ai du Biaseptyl, ça ne pique pas. Mais ça peut être n'importe quoi, pourvu qu'il ne pique pas.

Quel antalgique proposez-vous avant ou pendant la pose ?

Du Spasfon®, une bonne demi-heure avant, du lyoc, à 160. Après, pour les petites cocotes qui ont mal, je leur dis de rajouter un Ibuprofène, comme ça … C'est pareil, je les connais, je vois bien, celles à qui j'ai déjà posé un stérilet, ça va bien, un Spasfon® suffit. Sinon, un Ibuprofène avant, ça ne peut leur faire que du bien.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la pose des stérilets ?

Ah oui ! (rires) oui ! Il y a des personnes, avant de leur poser le stérilet, elles sont déjà debout sur la table, on se dit que ça ne va pas aller là (rires). Et puis bien sûr, parfois on n'arrive pas à franchir l'orifice, interne surtout. Parfois, on enfile l'hystéromètre et on se dit : « mais où je suis là ? Ça raccroche, c'est étroit, est-ce que je dois aller plus loin ? ». On a peur de perforer l'utérus. Quand j'ai un doute, j'arrête. Dans ce cas-là, je revois la patiente. « Écoutez, aujourd'hui, je ne vous le pose pas ». Si elles n'ont pas leurs règles ce jour-là, ça arrive qu'elles n'aient pas leurs règles, « je vous revois pendant vos règles ». Je les revois dans de meilleures conditions, avec souvent du Spasfon® et de l'Ibuprofène. Quand je vois que ça coince, je n'insiste pas.

Il n'y a pas de méthode particulière pour lutter contre les spasmes du col ?

Il n'y a rien à faire. Alors il y en a qui utilisent du Cytotec®, mais ça n'a pas du tout l'AMM. Un comprimé de Cytotec® quelques heures avant, c'est un truc qu'on utilisait avant mais c'est interdit maintenant. Et le risque s'il est pris trop tôt le Cytotec®, c'est que « pop », le stérilet ressorte immédiatement. Donc voilà. Mais oui, c'était efficace. Ça relâche le col. Mais ce n'est plus autorisé. Il y en a pas mal qui le font encore.

D'autres difficultés ?

Ça peut être des douleurs. Ensuite ça peut être le malaise, le malaise vagal, la crise d'épilepsie. C'est toujours sympa quand on est toute seule avec la patiente.

Ça vous est déjà arrivé ?

Oui. … Et le malaise vagal, il y a le petit malaise vagal, et puis il y a le gros malaise vagal, qui peut durer... ça m'est arrivé d'appeler les pompiers, où pendant deux heures la patiente n'avait toujours pas repris connaissance. J'ai toujours un peu d'atropine... Ça m'est déjà arrivé d'avoir la patiente allongée deux heures dans le cabinet.

Ou alors des douleurs épouvantables : on se dit « qu'est-ce qu'on fait ? On le retire tout de suite? Non il est bien en place, on va le laisser car ça a été galère pour le mettre, si on le retire, est-ce que je pourrai le remettre ? ». Ça c'est notre hantise le malaise vagal, le gros malaise vagal où on prend une tension, et c'est tout juste si on y arrive.

Est-ce que cela arrive souvent ?

Ce n'est pas exceptionnel. Et quand c'est une jeune fille, je leur dis toujours de venir

accompagnée. Je veux qu'il y ait quelqu'un dans la salle d'attente, un ami, n'importe qui, qui la ramène chez elle. Il est hors de question qu'elle ressorte dans la rue toute seule.

Combien de temps prévoyez-vous dans le temps de consultation ?

Un quart d'heure, une consultation classique. Quand ça va bien, il y en a pour deux secondes de poser un stérilet.

Quand vous devez changer un stérilet, le faites-vous en un temps ?

Ah oui. Toujours, toujours. Parce qu'il est hors de question de les laisser sans contraception, ne serait-ce qu'une journée. Et puis ça ne prend pas plus de temps, on l'enlève un quart de seconde et puis la pose.

Est-ce que ça ne favorise pas les spasmes de le reposer en un temps ?

Non. C'est très délicat la dépose, c'est rare que ça fasse mal au retrait. Je mets très peu de Gynelle® à cause du retrait. C'est super facile à poser, facile à retirer mais ça fait mal, quand ça se replie dans l'autre sens. J'en mets très très peu. Uniquement quand la patiente a eu un T avant et qu'il s'est expulsé par exemple, là je dis qu'on va changer de modèle, et qu'en prenant un autre modèle ça va aller mieux.

Ou alors elle vient avec son stérilet parce qu'elle l'a acheté il y a dix ans et puis elle me dit voilà j'ai celui-là (rires) et là je dis : bon allez ! Ou alors elle a toujours eu ce modèle, et là je ne vais pas faire la chochotte, je vais mettre le même. C'est tout. C'est exceptionnel que je pose le Gynelle®.

Vous les revoyez combien de temps après la pose ?

Six semaines puis tous les six mois.

Vous ne faites pas d'échographie pour vérifier le bon positionnement ?

Non. Parce que je suis bien sûre de moi si j'ai bien fait mon hystérométrie, que je l'ai posé facilement, que je suis arrivée à la bonne hauteur, que je sais comment j'ai coupé mon fil, que c'est noté dans le dossier et que je l'ai dit à la patiente, je sais que six semaines après je dois retrouver mon fil à 1,5cm ou à 2cm. Et effectivement, si je retrouve le fil à 3-4cm, je me dis qu'il est descendu. Et j'ai pas d'échographe ici. C'est sûr que ceux qui ont un échographe, mettent la sonde et vérifient. Quand on en n'a pas, on n'a pas besoin d'échographie pour être sûr qu'il est bien en place.

D'autres choses ?

Rien de particulier... Un stérilet, … on a des séries parfois. Je ne sais pas combien de stérilets je pose par semaine, dix, vingt, j'en sais rien. En règle générale ça va bien et parfois on a des séries où ça coince, où la patiente a fait un malaise, ou parfois on n'arrive pas à le retirer, car les fils s'entortillent... Alors là il faut y aller avec la pince de Therum**.** Si ça va bien du premier coup, c'est génial sinon parfois on essaie pendant un quart d'heure, la patiente sur la table commence un peu à gigoter et parfois il faut se dire j'arrête sinon je perfore mon utérus. Il y a des retraits avec absence de fils qui sont parfois « coton ».

Et dans ce cas-là vous les envoyez à la maternité ?

Oh en règle générale, on y arrive ! Et puis sinon je les fais revenir. En trente ans il y en a peut-être quatre que j'ai fait retirer sous anesthésie générale parce que vraiment c'était trop dangereux de les enlever au cabinet. Parfois on a des petits coups de chaud.

Ça reste un geste qui est angoissant ?

OUI.

Malgré l'expérience ?

Ah oui … oui oui... quand même. Si une fois vous avez eu un pépin, un gros malaise, je vous dis, j'ai déjà eu deux crises d'épilepsie. Une fois la dame avait accouché trois mois avant, je l'ai posé, je me suis demandée si je n'avais pas perforé l'utérus parce que je la connaissais, elle avait une hystérométrie à 7cm et là j'en avais une à 12cm. J'ai dit stop on arrête, j'ai expliqué à la patiente et voilà. Et quand il vous est arrivé deux, trois pépins comme ça, après vous vous dites : j'espère que ça va bien se passer. Alors que j'en ai posé je ne sais pas combien dans ma vie. Tout peut arriver ! Tout.

Même si en règle générale, les complications sont rares ?

C'est rare, oui. Mais vous n'avez pas envie que ça vous arrive une fois. (Rires)

Dernière question, est-ce que vous êtes sollicitée par les laboratoires pour les stérilets ?

Il y a eu. Il y a encore le laboratoire du Mirena® que je reçois, car ils me donnent des hystéromètres, car les hystéromètres ne sont pas avec l'appareil. C'est un peu bête.

Est-ce une demande qui est croissante de la part de vos patientes ?

Les stérilets ? Avec l'histoire de la pilule il y a plusieurs mois, oui. Il y a de plus en plus de demandes chez les nullipares et on est moins frileux pour les mettre, bien entendu.

10. GynécologueEgy10

Numéro d'anonymat : Egy10
Entretien enregistré et retranscrit.

Pouvez-vous vous présenter en deux mots ?

Je suis strictement gynéco médicale, installée depuis 83.

Quel est votre protocole de pose d'un stérilet ? Quel modèle posez-vous ?

Protocole de pose d'un stérilet... Et bien déjà, profil de la patiente. Il faut déjà qu'il y ait une demande. Enfin, ce n'est pas impératif qu'il y ait une demande, mais enfin, les demandes sont étudiées. Si moi j'estime, dans le parcours, et par rapport au reste, qu'un stérilet serait une bonne idée ou mieux adapté comme moyen de contraception, c'est moi qui propose. Donc voilà, une fois qu'on a décidé qu'on se lance dans cette aventure, localement, j'essaie d'être à jour avec le frottis parce qu'après s'il y a un fil et qu'il faut traiter, c'est plus compliqué. On essaie d'avoir un col sain. Une bactério, impérativement. Parce qu'avant de poser un premier stérilet, je fais systématiquement faire une hystérographie. Vraiment systématiquement. Ce qui fait que ça résout le choix du modèle : le modèle est choisi en fonction de l'hystéro. Ça c'est impératif, et je n'en déroge pas parce que je n'ai qu'à me féliciter de ce type de comportement. Après il y a des formes d'utérus qui sont très différentes les unes des autres, avec des modèles de stérilets au cuivre qui sont beaucoup mieux adaptés que d'autres. Et ça élimine des douleurs, des saignements, des rejets, etc. Donc à la limite, si qui que ce soit qui pose un stérilet, fait une hystéro avant, il y a déjà 80% du problème qui est résolu. Bon. Euh, … donc, le choix du stérilet, c'est ça. Après le choix entre stérilet au cuivre et stérilet à la progestérone, il faut expliquer à la patiente les inconvénients et les avantages de chacun, et c'est elle qui choisit. Maintenant avec pratiquement tous les modèles, on a des short, donc voilà. Il n'y a pas de contre-indications à poser des stérilets chez les nullipares sauf qu'elles ont parfois des vies de couple un peu abracadabrantesques, et si elles ne sont pas dans une logique de couple stable, le risque de maladie transmissible sexuellement est plus à risque. Bon ça ce sont des explications, c'est important, il faut qu'elles sachent et qu'elles prennent leurs responsabilités. Et après techniquement la pose, et bien c'est 35 ans d'expérience. Un stérilet et un col qui ne posent pas de problème, n'importe quel abruti peut poser un stérilet, mais quand c'est difficile, c'est difficile. Donc, il faut être un peu … un peu... je crois qu'il ne faut pas avoir peur. Mais ça, pas peur, on l'acquiert avec l'expérience. Sinon on a vite peur. Et quand ce n'est vraiment pas possible,... c'est pas souvent, enfin, pas souvent pour moi quoi. Maintenant, quand on a fait une hystérographie avant, et qu'on a fait une hystéro dans de bonnes conditions, c'est à dire un col pas trop sténosé techniquement, ça aussi ça aide après à anticiper les poses difficiles, par rapport au col, à la longueur du col, à la direction du col, la souplesse et la dilatation du col. Je le pose systématiquement pendant les règles sauf pendant les suites de couches quand elles sont sous contraception, et voilà. Mais ça aide aussi, parce que physiologiquement, il y a un relâchement et que de toute façon, ça saigne, donc on peut y aller et on est sûr qu'elle n'est pas enceinte. Alors c'est vrai que j'oublie le test de grossesse, mais moi je ne le demande pas systématiquement parce que je les pose pendant les règles. Donc ça élimine le risque de grossesse, mais ça fait partie du bilan systématique avant de le poser. Je ne sais pas comment vous expliquer l'expérience, ça ne s'explique pas l'expérience.

Combien en posez-vous par semaine ?

Allez, un ou deux par jour ! Donc, voilà. Entre trente et quarante par mois, quelque chose comme ça, à mon avis.

Est-ce que vous prémédiquez avant la pose ?

Non, jamais. Alors si elles veulent se prémédiquer, elles se prémédiquent ! Mais je peux vous dire qu'il n'y a rien qui prémédique. Alors, de temps en temps, je mets des œstrogènes et du Cytotec® chez des patientes qui sont vraiment très sténosées ou atrophiques mais bon...

C'est rare ?

Une fois tous les trois ans...

Et le Cytotec®, vous le mettez en ovule ?

En comprimé local.

Et ça marche bien ?

Oui, mais il ne faut pas le faire systématiquement parce que ça n'a pas un gros intérêt. Les femmes qui ont un col un peu déhiscent, elles n'ont pas besoin de Cytotec®. C'est vraiment les têtes d'épingles ou alors qu'on ne le voit pas à la limite. Mais comme moi en même temps, je les pose pendant les règles, même quand il ne se voit pas bien, avec les règles, il se voit déjà mieux. C'est clair. Bon c'est des petits trucs mais ça aide beaucoup. Il y a des patientes je leur dis : « venez impérativement pendant vos règles, parce que j'en ai besoin. Pas uniquement parce que c'est mieux, mais parce que j'en ai besoin. » Il y des patientes, on ne voit même pas l'orifice externe. Bon bah allez-y avec votre stérilet. Bon après il y a la pose de la pince sur la lèvre antérieure, sur la lèvre postérieure en fonction de ce qu'on désire récupérer en redressement sur les utérus très rétroversés ou très anteversés. Et je fais une hystérométrie, plus pour dilater que pour avoir la longueur de l'utérus.

Le matériel que vous utilisez est-il à usage unique ?

Oui.

D'accord, parce qu'on m'a rapporté que les pinces de Pozzi dans les kits à usage unique ne sont pas très pratiques ?

Oui, c'est de la dînette. C'est n'importe quoi. Mais bon, quand on a pris l'habitude... Elles ne sont pas pratiques et elles sont grosses. Alors quand on a des vagins qui sont compliants et des cols de bonne taille, on peut utiliser du matériel comme ça sans difficultés particulières. Mais c'est toujours dans les situations difficiles, que ce matériel, ce n'est même pas la peine, parce que ou on n'a pas la place, ou c'est très délabrant, ou elles prennent beaucoup de place et on ne voit même plus l'orifice. Donc dans ces conditions-là, j'utilise une Pozzi qui est stérilisée.

Donc ce n'est pas systématique et en règle générale, vous vous contentez du matériel à usage unique ?

Oui.

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la pose des stérilets ? Difficultés au sens large : techniques, psychologiques etc. ?

Psychologiques : c'est en amont que le boulot est fait. C'est pas le jour de la pose. Les difficultés techniques au moment de la pose euh quand j'ai tout fait en amont de la pose, je n'en ai pas. Ou alors c'est exceptionnel. Alors si, s'il y a des difficultés, c'est quand le col est vraiment bombé, que l'orifice est sur un col bombé et que ça glisse quoiqu'on fasse même avec une pince : le stérilet ne pénétrera pas. Même l'hystéromètre glisse. Alors il faut mettre deux Pozzi, une devant, une derrière et il faut encadrer le col comme ça. Il faut vraiment cibler... Alors euh, il faut dix doigts qui savent fonctionner. Presque on a besoin des pieds même. Non, les difficultés, c'est plus au retrait du précédent, quand il ne veut plus sortir, ou quand il n'y a plus de fils. Là je les attends les sages-femmes... Parce que ça... Voilà ! Ça c'est difficile.

Vous les coupez à combien les fils ?

2,5 à peu près systématique. Sauf que moi j'ai beau les couper à 2,5, ça se balade. Il y a des patientes chez qui les fils remontent. Des patientes qui se retrouvent avec un fil coupé (il est forcément coupé) : quand on ne le revoit pas, c'est pas qu'il est dans le canal cervical. De temps en temps il est recoupé ou coupé court et ça c'est emmerdant, mais c'est quand il est complètement retourné voire que le stérilet s'est déplacé que c'est compliqué. Alors avec les stérilets au cuivre c'est relativement facile avec une Novak, parce qu'on l'entend. Mais avec un stérilet à la progestérone, vous ne sentez rien et vous n'entendez rien.

Qu'est-ce qu'on entend ?

Le bruit du cuivre de la Novak sur le cuivre, c'est comme ça qu'on le repère. Bon alors, il ne faut pas se vanter de ce genre de choses-là, mais c'est exceptionnel, je crois que ça a dû m'arriver cinq fois dans ma carrière, de devoir le faire à l'hôpital. Mais il faut vraiment ne pas avoir peur. Il faut garder la main très souple. Si vous voulez garder votre main très souple, c'est très contractant dans le dos. Parce qu'il faut euh... c'est physique. Et puis il faut mettre la patiente en confiance parce que quand vous êtes là à ramoner pendant un quart d'heure vingt minutes, c'est presque un curetage que vous faites. Il faut accompagner ça. Alors maintenant, si vous n'avez pas envie, ou si vous ne savez pas faire, il ne faut surtout pas essayer hein. Je sais bien que quand il n'y aura plus de Gynécologues pour le faire, y compris les sages-femmes et les Généralistes, ça finira à l'hôpital. Parce que médico-légalement c'est une grosse responsabilité : on peut foirer, on peut infecter, on peut faire plein de conneries... je connais plein de Gynécologues qui ne se lancent pas dans le retrait de stérilet sans fils. Parce que la pose ça va ! Mais il faut assumer le retrait derrière. Voilà. Si vous me demandez les difficultés de la pose, si vous faites bien les choses en amont, je vous dis, n'importe qui peut poser un stérilet, du moment que vous avez une notion anatomique, ce n'est pas le problème. Par contre le retrait des stérilets difficiles, ça ce n'est pas n'importe qui qui peut le faire, ça c'est une certitude. Voilà. Vous n'aurez pas que des patientes à qui il faut poser, vous aurez bien un jour des patientes chez qui il faudra retirer puis poser.

D'autres questions ?

Oui. Quand vous devez changer un stérilet, le faites-vous en un temps ?

Oui, systématiquement.

Ça ne pose pas plus de problèmes de pose ?

Ah non, bien au contraire. Bien au contraire ! Vous avez le retrait, vous avez déjà la patiente qui est décontractée, qui se laisse bien faire, ce n'est pas la peine de lui faire le merdier deux fois ! Elles ont déjà la trouille, et du retrait, et de la pose. Et vous avez déjà une espèce de dilatation cervicale physiologique au retrait et « bam bam » c'est bon.

Dernière question : que pensez-vous du stérilet comme moyen de contraception ? Est-ce un bon moyen de contraception ?

Oui. Moi je suis très stérilet. Très. À 80% mes patientes après trente-cinq ans sont sous stérilet. Je les encourage quand elles ont la demande.

Et chez les nullipares ?

Bah... ça c'est contraint et forcé parce qu'elles demandent, mais ce n'est pas moi qui propose. Mais elles demandent de plus en plus. Les médias, maintenant, vous lisez que c'est normal, qu'elles y ont droit, qu'il faut etc. Et puis nous, on se démerde avec ça.

Est-ce une demande qui est croissante ?

Oui. Et puis aussi du fait de la polémique sur les pilules, il y a eu un espèce de boum de la demande de stérilets parce qu'elles ont peur de tout. Elles ont peur des pilules, certaines ne veulent pas arrêter de fumer, bon. Je ne suis pas favorable moi à me décarcasser pour les mettre dans un danger quand elles ne veulent pas en supprimer un autre. Il y a plus de risque de fumer que de se faire poser un stérilet mais si elles ne prennent pas conscience qu'il faut arrêter de fumer, ça devient un peu compliqué nous d'assumer toujours et de balayer derrière. Bon c'est un peu simple mais j'ai l'impression que c'est ça. Mais j'ai aussi des patientes qui entrent dans les clous chez les nullipares. Le protocole est le même. J'ai eu un Généraliste qui m'a téléphoné il n'y a pas longtemps parce que j'avais prescrit une hystérographie chez une nullipare pour poser un stérilet et il s'offusquait que je demande une hystérographie : je lui ai dit : non mais attendez, occupez-vous déjà de vos fesses. C'est à fortiori une nullipare ! Elle n'a pas fait la preuve d'un utérus physiologique. Quel est le Gynécologue abruti qui ira poser un stérilet quel qu'il soit chez une nullipare sans vérifier qu'elle n'a pas un utérus à problèmes ? Ça ne se défend pas sur le plan médico-légal.

Avez-vous un échographe ?

Non. Pas au cabinet. Mais l'écho ne sert à rien ! Strictement à rien. L'écho va vous dire si l'utérus est rétroversé, antéversé. Vous n'avez qu'à l'examiner, vous le saurez. Alors, je demande une écho dans les cas particuliers, dans les cas extrêmement difficiles où je ne suis pas sûre de moi quand je l'ai posé. Mais elle ne vous dépistera pas, à moins d'avoir une vraie énorme malformation, ce n'est pas suffisant. Et l'hystéro dit tellement plus de choses que je ne vais pas me priver d'hystéro. Bon après ça arrive quelque fois que je demande une écho de contrôle pour la position. Quand on sait les poser, on sait qu'on les a posés comme il faut.

Très bien, je vous remercie.

Je vous en prie

VU

NANCY, le **7/09/2015**
Le Président de Thèse

Professeur P. JUDLIN

NANCY, le **18/11/2015**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9007

NANCY, **le 23 novembre 2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

UNIVERSITÉ DE LORRAINE 2015 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Justine CLOCHEY

En 2015

DIFFICULTES ET STRATEGIES MISES EN PLACE LORS DE LA POSE D'UN DIU

Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN, Président,
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN, Juge
M. Denis EVRARD, Docteur en Médecine, Juge,
Et
Mme Elisabeth STEYER, Docteur en Médecine, Directrice de thèse.

NOM : CLOCHEY Prénom : Justine

RESUME DE LA THESE

DIFFICULTES ET STRATEGIES MISES EN PLACE LORS DE LA POSE D'UN DIU
Etude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine.

La contraception est une mission du Généraliste qui peut être amené à poser des DIU. Le DIU est une méthode contraceptive efficace qui reste cependant sous-utilisée en France. L'objectif de cette étude était d'explorer les difficultés liées à la pose de DIU en médecine ambulatoire.
Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés entre juillet 2014 et janvier 2015 en Lorraine, incluant un groupe de Médecins Généralistes ayant une activité de pose régulière de DIU, et un groupe de Gynécologues ayant une activité strictement ambulatoire. Les données ont été enregistrées, retranscrites puis anonymisées.
Dix Gynécologues et huit Généralistes ont été inclus. Il a été montré que la demande de DIU est actuellement en augmentation, et particulièrement chez la nullipare malgré les réticences de certains praticiens en raison des complications infectieuses. Les difficultés recensées étaient techniques (spasmes, malaises, douleur), psychologiques (appréhension du praticien, appréhension et questions éthiques chez la patiente), financières et médicolégales.
La réticence chez la nullipare n'était pas toujours justifiée. Certaines stratégies telles que l'usage de Misoprostol, la prémédication, n'étaient pas toujours adaptées. Les complications sont rares mais avaient un impact psychologique important. Soutenir la formation dans ce domaine permettrait de gérer ces difficultés et d'encourager la pose de DIU par le Généraliste lorsque le nombre de Gynécologues exerçant en ambulatoire tend à diminuer.
Malgré les difficultés, la pose de DIU est un enjeu pour le Généraliste dans la prise en charge globale du parcours contraceptif de ses patientes.

DIFFICULTIES AND STRATEGIES IMPLEMENTED DURING THE INSTALLATION OF AN IUD.
Qualitative study with GP doctors and Gynecologists in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2015

MOTS CLEFS :

DIU, Stérilet, médecine générale, médecine ambulatoire, gynécologie ambulatoire, contraception, pratique de soins.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex