



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-theses-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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Alice De VERBIZIER

Le 13 avril 2011

**DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN MEDECINE
GENERALE EN LORRAINE**

Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs
influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN	Président
M. le Professeur Serge BRIANÇON	Juge
M. le Professeur Marc KLEIN	Juge
M. le Docteur Jean-Jacques ANTOINE	Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études paramédicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER
Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN
Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER
Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas Lecompte – Professeur Pierre Bordigoni
Professeur Jean-François Stoltz – Professeur Pierre Feugier

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François Guillemin – Professeur Thierry Conroy
Professeur Didier Peiffert – Professeur Frédéric Marchal

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert Faure – Professeur Marie-Christine Béné

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe Jonveaux – Professeur Bruno Leheup

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude Meistelman – Professeur Hervé Bouaziz
Professeur Paul-Michel Mertes – Professeur Gérard Audibert

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain Gérard - Professeur Pierre-Édouard Bollaert
Professeur Bruno Lévy – Professeur Sébastien Gibot

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick Netter – Professeur Pierre Gillet

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François Paille – Professeur Gérard Gay – Professeur Faiez Zannad
Professeur Patrick Rossignol

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard Barroche – Professeur Hervé Vespi gnani
Professeur Xavier Ducrocq – Professeur Marc Debouverie

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude Marchal – Professeur Jean Auque
Professeur Thierry Civit

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre Kahn – Professeur Raymond Schwan

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel Sibertin-Blanc – Professeur Bernard Kabuth

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean Paysant

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle Chary-Valckenaere – Professeur Damien Loeuille

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel Mole - Professeur Didier Mainard
Professeur François Sirveaux – Professeur Laurent Galois

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc Schmutz – Professeur Annick Barbaud

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François Dap – Professeur Gilles Dautel

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeuse Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====
PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

=====
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de Thèse.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils,

C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la santé et de Prévention

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger
notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'Endocrinologie et Maladie métaboliques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de Thèse.

Nous vous exprimons notre profond respect et toute notre gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR,

Monsieur le docteur Jean-Jacques ANTOINE

Médecin généraliste

Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité, votre spontanéité et votre gentillesse.

Merci aussi pour l'image active et engagée de la médecine générale que vous m'avez inculquée.

Nous remercions Madame le Docteur Fabienne Empereur qui nous a guidée tout au long de notre travail.

Merci au Docteur Paoli de l'Institut des statistiques des professionnels de santé libéraux (ISPL) et au Docteur Rémi Unvois de l'ancienne Union régionale des Médecins libéraux (URML) pour leur contribution à la requête concernant la pose des DIU en Lorraine.

Merci aux nombreux médecins qui ont participé à notre étude et grâce auxquels l'élaboration de ce travail a pu être possible.

Merci à mes parents pour leur soutien tout au long de ces longues années d'études et celles d'avant, pour leur patience et leur amour.

Merci à ma petite sœur Charlotte, bonne chance pour ton bac!

Merci à mon frère Jacques qui a su me soutenir et m'aider à de multiples reprises. Bonne chance pour l'ECN !

Merci à Vincent qui m'a supportée, encouragée et chouchoutée pendant ces derniers mois.

Merci à ma grand-mère Yaya pour sa fantaisie et pour son aide précieuse au début de l'enquête.

Merci à Grand-papa pour ses encouragements.

Merci aux Matous pour leur générosité.

Une pensée aux membres de ma famille qui n'ont pu venir et ceux qui nous ont quittés.

Merci à Kénora, Pierre et Nadine pour les superbes escapades que nous avons faites ensemble : lé bon!

Merci à Zabou et Benoit, Ganou et Pascal, Ségo et Fabrice, Anaïs et Maxime, Marion et Xavier, Gaëlle, Marie Brahima et Naima, Adeline Romain et Cécile, Sandra, Guillaume et Sylvie pour leurs constantes gentillesse et bonne humeur.

Merci à tous ceux qui m'ont fait aimer ce métier, m'ont encouragé et soutenu pendant mes études. Je pense aux différents professionnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'aux patients qui m'ont marquée.

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

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION	22
PREMIERE PARTIE	25
I. LA POPULATION FEMININE FRANÇAISE ET SON SUIVI GYNECOLOGIQUE	26
1) Données épidémiologiques	26
2) Les femmes et leur contraception en France	26
a) Une couverture contraceptive quasi-généralisée	26
b) Les moyens contraceptifs choisis en France	27
3) Les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesses (IVG)	28
a) Un taux stable depuis 30 ans	28
b) Augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée	28
4) Pourquoi le maintien du nombre important de grossesses non voulues ?	29
a) La contraception d'urgence : sous utilisée ?	30
b) Les échecs de la contraception : responsable de la moitié des IVG	31
II. LES INTERVENANTS SUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES	33
1) Les gynécologues : un déficit d'effectif à venir	33
2) Les médecins généralistes en France et en Lorraine	34
3) Autres intervenants sur le suivi gynécologique des femmes	35
a) Les sages-femmes	35
b) Les centres de planification familiale et les structures de Protection Maternelle et Infantile	35
c) Les pharmaciens et les infirmiers concernant la contraception d'urgence	36

III. LES MEDECINS GENERALISTES : SOLLICITES EN MATIERE DE GYNECOLOGIE? 38

- 1) Le suivi gynécologique des femmes est réalisé par un médecin généraliste dans un tiers des cas 38
- 2) Quels actes de gynécologie sont réalisés par les médecins généralistes ? 38
- 3) Particularité de prescription en matière de contraception des médecins généralistes 39
- 4) Compétence des généralistes en gynécologie médicale 40
 - a) Selon les patientes : reconnaissance mineure, mais atouts logistiques 40
 - b) En pratique quelle est la formation en gynécologie des médecins généralistes ? 40

IV. LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) 42

A. Rappels à propos des DIU 42

- 1) Les différents types de DIU actuels 42
 - a) Les DIU au cuivre 42
 - b) Le DIU hormonal au lévonogestrel (LNG) 43
- 2) Indications d'utilisation des DIU 43
- 3) Les contre-indications : moins restrictives 44
- 4) Les DIU : une des méthodes contraceptives des plus efficaces en pratique 46
- 5) Diminution des contraintes légales 47
- 6) Les effets indésirables 47
 - a) Ménorragies et métrorragies 47
 - b) Douleurs et dysménorrhées 48
 - c) Effets indésirables de nature hormonale 48
- 7) Les complications 49
 - a) Les complications immédiates 49
 - b) Les complications tardives 50
 - 1. Infectieuses 50
 - 2. Aucun risque de stérilité démontré 51
 - 3. Grossesse extra-utérine : risque moins élevé que sans contraception 51
 - 4. Perforation de l'utérus et migration de DIU 52
 - 5. Expulsion de DIU 52

6. Cancer de l'endomètre: effet protecteur des DIU au cuivre	52
8) Grossesse intra-utérine et échecs de DIU	53
9) Modalités de pose et de suivi	54
10) Responsabilité professionnelle	54
B. <u>Les DIU en Lorraine : données de l'ISPL</u>	57

DEUXIEME PARTIE **58**

I. METHODES **59**

1) Type de l'étude	59
2) Population étudiée et mode de recrutement	59
3) Déroulement de l'enquête	59
4) Questionnaire	59
a) Première partie : profil des médecins généralistes	60
b) Seconde partie : pratique de la gynécologie	60
c) Troisième partie : pratique concernant les DIU	60
5) Saisie des questionnaires et analyse des données	61

II. RESULTATS **62**

1) Participation à l'étude	62
2) Profil des médecins généralistes	62
a) Genre, âge et ancienneté d'exercice	62
b) Situation géographique	64
1. Département et type d'exercice	64
2. Proximité d'un gynécologue libéral ou publique	64
c) La formation continue en gynécologie	66
d) Pratique d'une activité salariée annexe	67
3) Concernant la pratique de gynécologie	68
a) Proportion de médecins réalisant des actes de gynécologie	68
b) Type d'actes de gynécologie réalisés	68
c) Raisons évoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique de gynécologie	69
4) La pratique des médecins généralistes vis-à-vis des DIU	70
a) Pourcentage des médecins prescripteurs de DIU	70
b) Les types de DIU prescrits	70
c) Le nombre de DIU prescrits en 2009	70

d) Prescription dans des cas particuliers	71
e) La pose de DIU	72
1. Proportion de médecins posant des DIU	72
2. Comment ont-ils appris à les poser ?	72
3. Les modalités de pose et difficultés rencontrées	73
f) Connaissance sur la cotation	73
g) Le retrait de DIU	74
5) Facteurs influençant la prescription de DIU	75
a) Caractéristiques socioprofessionnelles	75
b) Formation en gynécologie actuelle et activité annexe	76
c) Pratique de la gynécologie	77
6) Facteurs influençant la pose de DIU	78
a) Caractéristiques socioprofessionnelles	78
b) Formation en gynécologie actuelle et activité annexe	79
7) Questions à réponses libres	79

III. DISCUSSION **80**

1) Qualité du questionnaire et des réponses	80
2) Profil de la population étudiée	80
3) Pratique de la gynécologie médicale par les médecins généralistes	81
4) La pratique des médecins généralistes concernant les DIU	83
a) La prescription de DIU	83
1. Quantité de DIU prescrits	83
2. Connaissance à propos des DIU	83
b) La pose de DIU	85
1. Effectif de médecins posant des DIU	85
2. Modalités de pose et moyens d'apprentissage	85
3. Les effets indésirables, complications et difficultés rencontrées	86
c) Les facteurs influençant la prescription de DIU	86
d) Les facteurs influençant la pose de DIU	87
e) Facteurs cités par les médecins participants	87
1. « Je ne prescrit pas de DIU car je n'en pose pas »	87
2. Rôle particulier du gynécologue jugé plus compétent	88
3. Le défaut de formation, de sensibilisation des médecins généralistes	89
4. Notion d'évolution de la demande, souvent insuffisante.	91
5. Redéfinir le rôle du médecin généraliste.	92

6. Manque de temps, difficulté d'organisation d'une consultation de gynécologie.	93
7. Contraintes matérielles	95
8. Risque médico-légal, problème de responsabilité professionnelle.	96
9. Raisons personnelles : pas d'intérêt, homme.	97
CONCLUSION	98
LISTE DES ILLUSTRATIONS	101
ANNEXES	102
BIBLIOGRAPHIE	120

GLOSSAIRE des ABREVIATIONS

- ADELI : Automatisation d'édition de listes (répertoire automatisé des professions médicales et paramédicales)
- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- AGOF : Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- BVA : Brulé Ville et Associé, Institut d'études de marché et d'opinion
- ANAES : Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- CNGOF : Collège National des gynécologues et Obstétriciens français
- CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- COCON : Cohorte contraception (Inserm U 569)
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- EPILULE : réseau national épidémiologique à propos de la contraception, géré par MG France, financé par FAQSV, en 2005.
- FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- FMC : Formation médicale continue
- FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie
- EPPM : Etude permanente de la prescription médicale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital patient santé territoire
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IMAP : Groupe consultatif médical international
- INED : Institut National d'Etudes Démographique
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IPPF : *International Planned Parenthood Federation*
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- ISPL : Institut des Statistiques des Professionnels de Santé Libéraux
- MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
- MG France : Syndicat de Médecine Générale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- PMI : Protection maternelle et infantile
- SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
- SIGMED : Système d'information et de gestion des médecins
- SFMG : Société française de médecine générale
- TIPS : tarif interministériel des produits de santé
- URML : Union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

En France, malgré la large diffusion de la contraception, les nombres de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) restent élevés. Deux tiers des IVG surviennent sous contraception (9). Il existe donc une inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et les conditions de vie au quotidien (12).

La contraception orale est prescrite dans la plupart des cas et les dispositifs intra-utérins (DIU) n'arrivent qu'en 2^{ème} voire 3^{ème} position (6). Pourtant ceux-ci étant une contraception de longue durée d'action, ils ont l'avantage d'éviter les problèmes d'observance, permettant ainsi d'obtenir une meilleure efficacité contraceptive en pratique : d'après l'OMS, le DIU est responsable de 0,8‰ grossesses contre 6 à 8‰ pour la contraception orale dans la 1^{ère} année d'utilisation (annexe 3). L'INPES écrit dans le dossier de presse intitulé « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (16), qu'« il semble que les médecins privilégient la prescription des méthodes qu'ils jugent très efficaces » alors qu'elles ne sont pas forcément adaptées aux attentes et modes de vie des patientes, et déplore l'existence de cette « norme » contraceptive consistant à prescrire les DIU en tant que contraception d'arrêt. Par ailleurs on constate une évolution des contre-indications à l'utilisation de DIU. En effet la Haute autorité de santé (HAS), dans ses recommandations « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004 (14) (15), souligne que les DIU peuvent désormais être proposés aux femmes nullipares même en première intention.

En France, la gynécologie médicale ne couvre que 15% de la population féminine. Elle peut être pratiquée aussi par les gynécologues-obstétriciens selon leur plan de carrière. Dans de nombreux pays d'Europe, la gynécologie de base est assurée par les généralistes, sans que la santé publique semble en souffrir (32). Le contexte épidémiologique actuel est tel que les

médecins généralistes devront pratiquer de plus en plus de consultations de gynécologie, en particulier concernant la contraception. L'accès au DIU doit être facilité en particulier par une meilleure connaissance de son utilisation par les médecins généralistes (2).

L'objectif principal de notre travail est de mettre en évidence les facteurs influençant la prescription et la pose de DIU par les médecins généralistes en Lorraine.

Dans la première partie, nous ferons d'abord des rappels à propos de la population féminine française, de son suivi gynécologique, de sa contraception, des interruptions volontaires de grossesses et des grossesses non désirées. Puis nous évoquerons les différents intervenants sur le suivi gynécologique des femmes. Un chapitre concernera particulièrement les médecins généralistes et leur intervention dans ce domaine. Ensuite nous rappellerons certains éléments à propos des dispositifs intra-utérins.

La seconde partie est consacrée à l'étude réalisée auprès de médecins généralistes en Lorraine à propos des dispositifs intra-utérins.

PREMIERE PARTIE

I. LA POPULATION FEMININE FRANÇAISE ET SON SUIVI GYNECOLOGIQUE

1) Données épidémiologiques (1) (2)

Selon les sources INSEE du 1^{er} janvier 2010, la France compte 33,3 millions de femmes, dont 19 millions ont entre 20 et 64 ans.

En 2009, il y a eu 821 000 naissances en France. L'indicateur conjoncturel de fécondité est d'environ de deux enfants par femme, l'un des plus élevé d'Europe.

On constate un changement dans les comportements de fécondité avec notamment des taux de fécondité diminuant chez les femmes de moins de 30 ans et augmentant chez celles de plus de 30 ans. L'âge au premier accouchement continue d'augmenter : en 2008, celui des femmes est de 29,7 ans. La part des enfants nés de mères âgées de 35 ans ou plus progresse et atteint 22 % en France. L'âge moyen du premier rapport sexuel est stable à 17,5 ans.

En Lorraine, on compte près de 1,2 millions de femmes dont 44% en Moselle, 30% en Meurthe et Moselle, 16% dans les Vosges et 8% en Meuse d'après les résultats du recensement de l'INSEE de 2007 (2). L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,79 en Lorraine, la Meurthe-et-Moselle ayant un des plus faibles de France. Par contre cet indicateur devient plus élevé dans ce département chez les femmes de plus de 35 ans, le plus élevé de la région et plus élevé qu'en France. Ceci étant la conséquence de maternités tardives plus nombreuses.

2) Les femmes et leur contraception en France

a) Une couverture contraceptive quasi-généralisée

En 40 ans les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion dans la population, ainsi qu'une médicalisation importante. D'après l'étude COCON (3) (4), en 2000,

moins de 3% des femmes de 18 à 44 ans sexuellement actives n'utilisaient pas de méthode contraceptive. La majorité des Françaises ont donc accès à une des formes de contraception, sans préjuger de l'utilisation régulière ni de l'efficacité de ces méthodes. Le profil des femmes n'utilisant aucune contraception semble spécifique : il s'agit plus souvent de femmes âgées de plus de 24 ans, ouvrières et ne bénéficiant pas de mutuelle.

b) Les moyens contraceptifs choisis en France

La contraception en France est fortement médicalisée : pilules contraceptives et dispositifs intra-utérins (DIU) représentent jusqu'à 83% des moyens contraceptifs utilisés (5). D'après l'enquête BVA-INPES (6) publiée en mars 2007, la pilule est le contraceptif le plus utilisé (58%), devant le préservatif (28%) et les DIU (21%). Cette tendance se retrouvait également dans l'étude COCON (3) en 2003 mais avec la nuance que l'utilisation du préservatif en tant que contraceptif exclusif ne représentait que 7,5% des méthodes, les autres méthodes barrières et les méthodes naturelles représentaient 3,4% et la stérilisation à 4,5%. L'utilisation des implants sous-cutanés contraceptifs n'était pas étudiée. Les nouveaux types de contraception hormonale (patch et anneau contraceptifs) n'apparaissent pas non plus dans l'étude COCON du fait de leur commercialisation après 2004. Ces méthodes visant en particulier à simplifier l'observance se développent progressivement d'après l'étude de marché de la contraception en France (5), mais restent d'accès limité du fait de leur coût et de leur non remboursement.

D'après l'article rédigé par l'équipe de l'étude COCON (3), le choix des méthodes de contraception dépend de plus en plus de la position dans le cycle de vie. L'emploi de la pilule a augmenté à tous les âges et s'est globalement répandu au détriment des DIU. La diffusion de la pilule, comme le recul des DIU n'ont pas touché de la même façon tous les groupes d'âges.

En une vingtaine d'années, la pilule a ralenti sa progression chez les femmes de 35 à 39 ans, tandis que le recours aux DIU s'est stabilisé au-dessus de 35 ans et a reculé fortement entre 25 et 34 ans. Le retard de l'âge à la maternité et la prescription des DIU en tant que contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaité a été atteint) pourraient expliquer une part de cette double évolution. L'augmentation de l'emploi de la pilule chez les 40-44 ans, sans baisse du recours au DIU, est également constatée. Il reflète peut-être, selon l'article, l'accroissement de l'offre de contraception hormonale (implant, anneau vaginal, patch contraceptif...).

3) Les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesses (IVG)

a) Un taux stable d'IVG depuis 30 ans

D'après le rapport de l'IGAS (7) d'octobre 2009 sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées, de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et de la contraception dont d'urgence, près de 40% des femmes ont recours à une IVG au cours de leur vie malgré une quasi généralisation de la contraception. Le taux de recours à l'avortement est stable depuis trente ans et augmente chez les mineures.

Le rapport de la DREES en 2007 (8) permet de constater que près des deux tiers des IVG ont lieu chez des femmes de moins de 30 ans.

b) Augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée

On estime à 360 000 le nombre de grossesses non désirées, aboutissant ainsi à environ 210 000 IVG. Une grossesse sur cinq serait non désirée. Un tiers des grossesses serait non

prévu. En cas de grossesse non désirée, les femmes recourent plus fréquemment à une IVG aujourd'hui qu'auparavant (6 grossesses non prévues sur 10 se soldaient par une IVG en 2000 contre 4 sur 10 en 1975) (9).

Ce constat s'inscrit dans l'évolution du statut des femmes (augmentation de la scolarisation et de l'activité professionnelle) et traduit leurs difficultés à assurer sur le long terme la « maîtrise parfaite » de leur fécondité (3) (9). Cela explique en partie la stabilité des taux d'IVG dans le temps. « Il n'existe pas de femmes à risque de grossesse mais davantage des moments de vulnérabilité dans leur trajectoire de vie ». Le recours à l'IVG concerne toutes les femmes, sans rapport avec leur âge ou leur catégorie sociale. D'après les articles de l'équipe COCON (3) (9), il existe également une « norme sociale du bon moment pour être mère » et cette norme s'est renforcée. Le « bon moment pour être mère » nécessite d'avoir une relation stable, un logement, une situation professionnelle pour soi et son conjoint, or les études sont de plus en plus longues. Ces raisons expliquent en partie le recul de l'âge moyen au moment de la naissance du premier enfant et que les femmes recourent plus fréquemment à une IVG en cas de grossesse non désirée qu'auparavant, notamment chez les plus jeunes.

D'après le rapport de l'IGAS de 2009 (10), les femmes ayant recours à l'IVG ont souvent déjà utilisé une contraception au cours de leur vie, mais les pratiques contraceptives des femmes ayant eu plusieurs IVG semblent plus fréquemment intermittentes voire inexistantes et leurs connaissances sur les procédures à suivre en cas d'oubli de la pilule ou sur la contraception d'urgence sont faibles.

4) Pourquoi le maintien du nombre important de grossesses non voulues ?

D'après le rapport de l'IGAS (7), pour une part assez faible, il peut s'agir de femmes ne pratiquant aucune contraception. Le défaut de connaissance des femmes sur le fonctionnement des méthodes contraceptives, la notion de risque de grossesse et la contraception d'urgence, a un impact sur le taux de grossesses non prévues. Les méthodes contraceptives sont également mal adaptées. Les méthodes traditionnelles, souvent moins efficaces, continuent d'être employées, jusqu'à 16% des femmes, et davantage encore dans certains groupes (artisans et commerçantes).

a) La contraception d'urgence (CU) : sous-utilisée?

D'après l'OMS (11), la contraception d'urgence (CU) peut faire appel au DIU au cuivre, à la contraception d'urgence hormonale (lévonogestrel - Norlevo®) et depuis 2009, à un modulateur sélectif du récepteur de la progestérone, l'Ulipristal au nom commercial d'EllaOne®. Les trois raisons principales amenant à l'usage d'une contraception d'urgence sont un problème de préservatif, un oubli de pilule ou un rapport non protégé.

Selon la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la CU s'est très fortement développée depuis 1999, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale. Mais d'après le rapport de l'IGAS d'octobre 2009 (10), la CU hormonale est encore peu utilisée par les femmes : 8 à 10% des femmes en France déclaraient avoir utilisé une CU au cours de leur vie et parmi les femmes se présentant pour une IVG seules 3 à 9% auraient pensé à l'utiliser pour éviter cette grossesse. Cela peut s'expliquer par le manque de connaissance ou d'information sur la CU, particulièrement important dans certains groupes de populations telles que les adolescentes, les femmes plus âgées et les populations en situation de précarité.

b) Les échecs de la contraception : responsables de la moitié des IVG

Plus des deux tiers des IVG surviennent chez des femmes qui utilisent une contraception : le recours à l'IVG est lié dans près d'un cas sur deux à un échec de la contraception. Selon l'étude BVA-INPES (6) parue en 2007, une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois. Les échecs de contraception (oubli de pilule, rupture de préservatifs...) seraient plus fréquents chez les jeunes, chez les femmes célibataires et chez les femmes n'ayant pas de relation régulière. En annexe 1 est détaillée la situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG d'après l'enquête COCON et en annexe 2 sont représentées les principales raisons évoquées devant cet échec de contraception (4). Ainsi outre les 28% de femmes sans contraception alors, 23% prenaient une pilule contraceptive, 38% utilisaient préservatifs ou méthodes naturelles, 7% avaient un DIU. Parmi les échecs de la contraception orale, deux tiers sont dus à des oublis, mais on peut aussi citer la responsabilité du médecin de part des interactions médicamenteuses éventuelles, et celle des pharmaciens parfois (administration de millepertuis par exemple) (35). Concernant les DIU, un tiers des échecs sont dû à des expulsions, et concernant les préservatifs et méthodes locales et naturelles il s'agit principalement d'un mésusage ou non usage. Certes l'efficacité d'un DIU est indépendante de la volonté de la femme, mais les échecs du préservatif, de la pilule ou des méthodes naturelles sont manifestement liées à des erreurs d'utilisation dues en particulier à de nombreuses lacunes dans l'information des femmes (12). Les motifs les plus fréquemment évoqués par ces femmes sont le caractère imprévu de la relation sexuelle ainsi que l'absence de notion de « risque de grossesse », 64% des Français considèrent à tort qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse durant le cycle de la femme. Ces constats témoignent d'une « mauvaise gestion » de la contraception au quotidien.

L'OMS (13) a diffusé un tableau des efficacités optimales (emploi parfait, théorique) et en pratique (emploi typique) des différents moyens contraceptifs (annexe 3). Ainsi il apparaît que les méthodes en pratique les plus efficaces sont les implants de progestatifs (type Nexplanon® et anciennement l'Implanon®), le DIU hormonal, les stérilisations masculine (vasectomie) et féminine (ligature des trompes et Essure®), et les DIU au cuivre (respectivement 0,1% et 0,8% de femmes enceintes la première année d'utilisation sous DIU hormonal et DIU au cuivre). Les pilules, patchs et anneaux contraceptifs ont une efficacité qui passe de 0,3% d'échecs théoriques à 8% d'échecs en pratique.

Au total on constate donc une diffusion toujours accrue de la pilule contraceptive tandis que les DIU sont de plus en plus prescrits comme contraception d'arrêt, comme si les normes médicales de prescription s'étaient renforcées. Pourtant la Haute autorité de santé (HAS), dans ses recommandations « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004 (14) (15), souligne que les DIU peuvent être proposés aux femmes nullipares. L'INPES écrit d'ailleurs dans son dossier de presse intitulé « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (16), qu'« il semble que les médecins privilégient la prescription des méthodes qu'ils jugent très efficaces alors que ces méthodes peuvent ne pas être adaptées aux attentes et au mode de vie des femmes et des couples. En conséquence elles sont moins bien utilisées et donc moins efficaces. Du fait de l'existence de cette «norme», d'autres méthodes ont été insuffisamment proposées aux femmes et aux couples ». Aussi au cours de la consultation, les médecins doivent s'assurer que les femmes ont un niveau de connaissances suffisant sur la contraception, proposer une méthode la mieux adaptée à leur style de vie, et engager la patiente dans son choix. Plus les médecins impliquent les femmes dans le choix de la méthode de contraception, plus celles-ci en sont satisfaites et moins elles connaissent d'échecs.

II. LES INTERVENANTS SUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES

1) Les gynécologues : un déficit d'effectif à venir

Actuellement, environ 6800 gynécologues exercent en France dont près de 1750 gynécologues médicaux, installés essentiellement en milieu urbain. On estime qu'il y a actuellement 1 gynécologue médical pour 3700 femmes (17). La moyenne d'âge des gynécologues actuels en exercice est supérieure à celle de l'ensemble des spécialistes (53 ans contre 51 ans), et il est estimé que d'ici à 2020, il y aura un départ en retraite de plus de 60% d'entre eux (18). L'arrêt de la formation spécifique à la gynécologie médicale de 1984 à 2003 et les cessations d'activité laissent présager à partir de 2010 une accélération de la carence d'effectif avec moins de 120 gynécologues pour 30 millions de femmes à l'horizon 2020 soit un gynécologue pour 250 000 femmes. Cette diminution importante de l'effectif des gynécologues ne semble pas être comblée par l'augmentation annoncée du nombre de postes d'internes.

En Lorraine, au 1^{er} janvier 2008, selon la source ADELI (17), on comptait 112 gynécologues-obstétriciens et 86 gynécologues médicaux dont 78 en libéral. Près de 60% d'entre eux ont plus de 55 ans.

La densité des obstétriciens est plus faible en Lorraine (31 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) qu'en France et celle des gynécologues médicaux (15 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) est similaire à la moyenne nationale.

Réinstaurée en 2003, la spécialité de gynécologie médicale a une existence qui reste débattue et n'est d'ailleurs pas reconnue sur le plan européen (19) (20). En France, d'après la loi d'août 2004 (21) relative à la réforme de l'Assurance Maladie, elle est une spécialité d'accès libre et direct pour les actes suivants « les examens cliniques périodiques, comprenant des actes de dépistage, conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute

autorité de santé (HAS), la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ».

Pour l'instant, le nombre de gynécologues se consacrant à la santé des femmes n'est pas en baisse, du fait des transferts d'activité, notamment de l'obstétrique.

2) Les médecins généralistes en France et en Lorraine

Au 1^{er} janvier 2009, selon la source ADELI (18) (19), la France comptait 75 204 médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecin. La densité était de 160 médecins généralistes pour 100 000 habitants avec d'importantes inégalités territoriales. Comme les autres professions médicales, la population de médecins généralistes vieillit avec un âge moyen des médecins en activité de 51 ans. Parmi les nouveaux inscrits, 22% effectuent des remplacements et 10% s'installent en libéral. D'après l'Observatoire National des professions de santé (ONDPS), seuls 40% des jeunes diplômés de médecine générale exercent effectivement les soins primaires ambulatoires au terme de leur cursus (22).

En Lorraine, au 1^{er} janvier 2008, selon la source ADELI (18), on comptait 3607 médecins généralistes, dont 2428 libéraux et près d'un tiers de femmes. Soit une densité de 104 médecins pour 100 000 habitants. Quoi qu'il en soit, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé dans la région mais paradoxalement le manque de médecins est vivement ressenti (22).

Malgré le nombre important de médecins et un appareil de formation développé (700 internes en formation environ), la densité médicale globale (généralistes et spécialistes confondus) est plus faible en Lorraine qu'au plan national. En effet la Lorraine se place au 15^{ème} rang des régions françaises, situation assez défavorable au même titre que les régions allant de la Normandie à la Franche-Comté (22).

3) Autres intervenants sur le suivi gynécologique des femmes

a) Les Sages-femmes

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie, encadrées par la loi et un ensemble de dispositions réglementaires, dont le code de déontologie.

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) (23) souligne que les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une IVG depuis la loi du 9 août 2004. L'article 86 de la loi HPST (26) prévoit l'extension des missions des sages-femmes, « la sage-femme peut proposer un frottis cervico-utérin [...] réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve [...] d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Le Conseil Constitutionnel censure la pratique des IVG médicamenteuses par les sages-femmes ». Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant selon l'article L5134-1 de la loi n°2009-879 de juillet 2009 du Code de santé publique. Il est précisé qu'elles peuvent prescrire et poser les dispositifs intra-utérins (24).

b) Les centres de planification familiale et les structures de Protection Maternelle et Infantile

Dans le cadre des Centres de Planification, les structures de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont, entre autres, un rôle d'information concernant la régulation des naissances et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et par ailleurs des actions de formation destinées aux professionnels et aux personnes relais dans leur ensemble (25). Ces structures dépendent des Conseil Généraux.

c) Les pharmaciens et les infirmiers concernant la contraception d'urgence

Selon l'article 38 de la loi HPST (26), l'expérimentation de délivrance d'une contraception par le pharmacien d'officine est censurée par le Conseil Constitutionnel. Par contre les pharmaciens ont un devoir d'information en particulier dans le cadre de la contraception d'urgence hormonale, le Lévonorgestrel 1,5mg (Norlevo®), qui peut être délivré sans prescription médicale en particulier auprès des mineures qui ont droit à une dispensation anonyme et gratuite.

Quant aux infirmiers, en milieu scolaire, ils sont autorisés à administrer le Lévonorgestrel 1,5mg dans le cadre de la contraception d'urgence, à titre exceptionnel, selon un protocole fixé par décret, quand un médecin ou un centre de planification et d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible.

Le vieillissement de la profession, le départ massif des médecins impliquent une problématique de renouvellement des générations et une réorganisation du système de santé actuel. Pour garantir un accès aux soins pour l'ensemble de la population lorraine et française, il sera nécessaire de revaloriser la profession de médecin généraliste libéral et d'organiser de manière différente l'offre médicale sur le territoire, notamment en regroupant les professionnels (19) (22).

La gynécologie médicale ne couvre que 15% de la population féminine. Elle peut être pratiquée aussi par les gynécologues-obstétriciens selon leur plan de carrière. Mais il est donc impératif que la prise en charge de ces besoins de santé publique soit réalisée par des médecins généralistes qui seuls actuellement assurent la totalité de la couverture de la population française. De plus la formation ciblée pour les médecins généralistes et les sages femmes doit permettre la couverture de la population féminine aussi bien dans les zones non privilégiées que dans les rares régions dotées de gynécologues médicaux.

Il convient aussi de souligner que l'activité des centres de planification et d'éducation familiale participe à la prise en charge de femmes en situation difficile.

III. LES MEDECINS GENERALISTES : SOLLICITES EN MATIERE DE GYNECOLOGIE?

1) Le suivi gynécologique des femmes est réalisé par un médecin généraliste dans un tiers des cas

D'après le sondage de l'Institut BVA (27) en 2008, on constate un suivi gynécologique très répandu à 85% de l'ensemble des femmes. Malgré cela les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (65 ans et plus) sont les moins suivies : respectivement 69% et 72%. Le suivi gynécologique est légèrement plus répandu chez les femmes issues d'un milieu socio-économique plus favorisé.

D'après le rapport EPILULE (12), le suivi gynécologique est assuré principalement par un gynécologue (57% des cas) et dans 39% des cas par le médecin généraliste.

2) Quels actes de gynécologie sont réalisés par les médecins généralistes?

En 1999, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an. Ce chiffre augmente avec l'âge de la patiente. Selon la base de données de l'étude permanente de la prescription médicale (EPPM) et de l'Observatoire THALES, contraception et ménopause représentent plus de 80% des actes gynécologiques dispensés par le médecin généraliste. Plus du tiers (35%) des actes gynécologiques est lié à la prise en charge de la contraception (28).

Selon une étude réalisée en 2002 évaluant l'activité de gynécologie des généralistes bretons (29), le motif de consultation de gynécologie le plus fréquemment cité est également la contraception. L'étude EPILULE (12) réalisée en 2005 a permis entre autre d'apprécier l'activité de gynécologie médicale des médecins généralistes en France. Ainsi un tiers des

médecins interrogés pratiquait des suivis gynécologiques, 2/5 pratiquaient des suivis de contraception, 9/10 réalisaient des frottis cervico-vaginaux et un tiers posait des DIU.

3) Particularité de prescription en matière de contraception des médecins généralistes

La place des médecins généralistes dans la prescription et le suivi de la contraception est aussi importante que celle des gynécologues, et ils sont plus souvent sollicités en cas de problème de contraception. D'après le rapport EPILULE (12), le suivi de la contraception est réalisé pour 1/3 des femmes par leur médecin traitant uniquement et 10% conjointement avec un gynécologue.

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de pilule œstro-progestative et de contraception d'urgence hormonale (annexe 4). Les gynécologues sont les principaux prescripteurs de pilules micro-progestatives, d'implants contraceptifs et de DIU.

D'après l'Observatoire régional de la santé de la région PACA (30), nombreux sont les médecins généralistes qui n'abordent pas les questions liées à la contraception spontanément avec leurs patientes, ne se sentent pas à l'aise ou prescrivent systématiquement la contraception orale sans engager la femme dans ce choix. Par ailleurs, près d'un tiers des médecins n'aborderait jamais la question de la contraception d'urgence de manière spontanée. D'après l'étude EPILULE (12), la moitié déclarait s'enquérir des oublis de contraception orale, et un tiers seulement rappelait la conduite à tenir en cas d'oubli.

4) Compétence des généralistes en gynécologie médicale

a) Selon les patientes : reconnaissance mineure, mais atouts logistiques

Dans de nombreux pays d'Europe, la gynécologie de base est assurée par les généralistes, sans que la santé publique semble en souffrir (31).

Le sondage de l'Institut BVA de 2008 (27) permet de préciser que, parmi les femmes suivies par leur médecin généraliste, 41% déclarent que c'est avant tout par choix personnel. De nombreuses femmes invoquent des raisons pratiques liées au déficit de gynécologues en France : des délais de rendez-vous trop longs (27%) et une absence de gynécologue à proximité (13%). Parmi les femmes qui sont habituellement suivies par un gynécologue, une sur quatre consultera son médecin traitant en cas d'urgence, en raison de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous en urgence avec son gynécologue ou de la distance pour se rendre chez celui-ci.

Pourtant seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique. Cette reconnaissance de compétences des médecins généralistes reste minoritaire même auprès des femmes suivies par un médecin généraliste (42%).

b) En pratique quelle est la formation en gynécologie des médecins généralistes?

En France, depuis 1999, les résidents ont l'obligation d'effectuer un stage en gynécologie, ou plus exactement dans un pôle mère-enfant. De plus le Ministère de l'Education nationale a créé un diplôme universitaire de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique à l'usage des médecins généralistes, 2000 médecins actuellement

formés et 500 inscriptions par an (20). Il existe également des formations médicales continues (FMC) de gynécologie chaque année. Ceci devrait permettre une amélioration des connaissances sur le plan gynécologique des médecins généralistes et favoriser une collaboration multidisciplinaire à visée préventive et de dépistage de masse (contraception, cancers), et idéalement pour la prise en charge des IVG médicales et le suivi des grossesses eutociques en collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. La féminisation importante du corps médical pourrait se traduire par un plus grand intérêt des médecins pour la gynécologie.

Au final, la contraception faisant partie des soins primaires, le médecin généraliste a une place prépondérante, en particulier dans l'information et le choix d'une méthode contraceptive afin d'améliorer l'observance et l'efficacité du traitement contraceptif. L'information, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé en particulier des médecins généralistes dans ce domaine sont donc indispensables.

IV. LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)

A. Rappels à propos des DIU

Les dispositifs intra-utérins ou stérilets sont une méthode de contraception de longue durée réversible à l'arrêt, très efficace. Il s'agit de la 1^{ère} méthode contraceptive utilisée dans le monde. En France, il s'agit de la seconde (3) voire de la troisième (6) selon les études.

1) Les différents types de DIU actuels

a) Les DIU au cuivre (14)

Les DIU au cuivre sont des dispositifs médicaux de classe III. Leurs dossiers sont évalués par la commission d'évaluation des produits et prestations de l'HAS en vue de leur inscription sur la liste des produits et des prestations remboursables par la sécurité sociale. Les DIU au cuivre sont remboursés à 65% du TIPS (tarif interministériel des produits de santé) c'est-à-dire 27,44€.

Les DIU en cuivre actuels, dits de 3^{ème} génération présentent une surface cuivrique radio-opaque importante ($> 250 \text{ mm}^2$), la quantité minimale de cuivre nécessaire efficace est estimée à 120 mm^2 . Les DIU au cuivre agissent principalement sur la fécondation. En effet la présence de ce corps étranger dans la cavité utérine entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre nuisant au transport des spermatozoïdes. Les ions cuivre ont également un effet direct sur la mobilité des spermatozoïdes, affectant la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale. L'ovulation n'est pas affectée.

b) Le DIU hormonal au lévonogestrel (LNG) (14)

Il s'agit d'un DIU ou système intra-utérin (SIU) qui libère de façon continue un progestatif, le lévonogestrel (LNG). Il est inscrit en tant que médicament et donc bénéficie d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) et d'une validation par l'AFSSAPS. Ce DIU n'entre donc pas dans le champ du TIPS et est remboursable à 65% de son tarif de vente, c'est-à-dire 81,60 € (le prix public étant de 125,37 € pour les tarifs en vigueur depuis 2007).

En France, il s'agit du Miréna®. Il s'agit d'un dispositif en polyéthylène en forme de T comporte un réservoir cylindrique qui contient le LNG. Il ne suscite qu'une faible réaction de type corps étranger mais entraîne des modifications endométriales et une atrophie glandulaire. La glaire cervicale s'épaissit, créant une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être inhibée ou perturbée chez certaines femmes.

Les différents types de DIU disponibles en France ainsi que leurs particularités respectives figurent en annexe 5 (32) (33) (34) (35).

L'assurance maladie prévoit des honoraires de pose et de changement de DIU à 38,40€. Le retrait du DIU n'est pas côté (36).

2) Indications d'utilisation des DIU (13) (14).

Les indications des DIU au cuivre sont la contraception intra-utérine usuelle et la contraception d'urgence dans un délai inférieur à 120 heures après un rapport non protégé.

Le Miréna® a pour indications la contraception intra-utérine et le traitement des ménorragies fonctionnelles.

3) Les contre-indications : moins restrictives

La Haute autorité de santé (HAS) décrit dans ses « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004 (14), les contre-indications absolues suivantes :

- Suspicion de grossesse
- Infection génitale haute et/ou infection sexuellement transmissible en cours ou datant de moins de 3 mois ou récurrente, tuberculose génito-urinaire avérée, infection puerpérale en post-partum et immédiatement après un avortement septique.
- Toute anomalie utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine, fibrome sous-muqueux (42)
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne (risque accru de perforation compte tenu de l'exigence des curetages)
- Hypersensibilité à l'un des composants du dispositif en particulier au cuivre.
- Cancer du col utérin et de l'endomètre et saignements vaginaux/génitaux inexplicables

L'OMS (37) a défini des critères de décisions à la pose de DIU, similaires à ceux de la HAS qui s'en inspire, mais plus détaillés. Chaque situation est classée en contre-indication formelle (catégorie 4) ou relative : soit les risques l'emportent généralement sur les avantages (catégories 3), soit les avantages l'emportent généralement sur les risques (catégories 2) (annexe 11).

L'OMS (13) indique également comme contre-indications les situations suivantes :

- Entre 48 heures et 4 semaines post-partum
- Cancer de l'ovaire (DIU à retirer lors du traitement)
- Risque accru de maladies sexuellement transmissibles

Les DIU au cuivre ne sont plus contre-indiqués en cas de maladie de Wilson, l'absorption de cuivre à partir du DIU étant décrite comme inférieure à la dose quotidiennement apportée par l'alimentation.

Les contre-indications du DIU hormonal au LNG combinent la quasi-totalité des contre-indications des DIU au cuivre (hormis hypersensibilité au cuivre) et celles d'une contraception progestative prolongée. Ainsi les contre-indications spécifiques des DIU au LNG sont d'après l'OMS (14) :

- Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire actuelle
- Cancer du sein actuel ou en rémission depuis moins de 5 ans
- Migraine avec symptômes neurologiques
- Cardiopathie ischémique actuelle
- Affections hépatiques (hépatites, cirrhose décompensée, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes)

La nulliparité ne fait plus partie des contre-indications. L'ANAES (14) précise effectivement que « la parité n'est un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives » mais « les projets d'enfants à venir doivent cependant être discutés avec la consultante ». Une condition préalable à la pose d'un DIU doit être respectée néanmoins : une dimension utérine suffisante, soit une hystérométrie d'au moins 6 cm. Si les dimensions utérines sont trop restreintes, le DIU se trouvera en partie dans l'endocol, provoquant des contractions utérines ou une expulsion du dispositif (38).

Le DIU au cuivre est également utilisable chez les adolescentes mais son utilisation est limitée compte tenu du risque potentiellement plus élevé de maladie inflammatoire pelvienne lié à la prévalence plus élevée des IST à cet âge, des difficultés d'insertion liées à la nulliparité, de leur fragilité cervicale utérine, du risque d'expulsion plus important et de la sensation de corps étranger parfois décrite.

Le DIU au LNG 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, mastodynies et aménorrhées (14).

4) Les DIU : une des méthodes contraceptives des plus efficaces en pratique

L'OMS (39) (annexe 3) rapporte un taux de grossesses à 1 an de 0,6% en utilisation préventive optimale, ce chiffre étant comparable avec les indices de Pearl avancés dans les AMM.

La pose de DIU au cuivre dans le cadre d'une contraception d'urgence est très efficace avec un taux d'échec de 0,1 à 0,2%, quel que soit le moment du cycle (41).

Les échecs de contraception des DIU au cuivre aboutissent en moyenne à environ 0,6 grossesses pour 100 femmes utilisatrices lors de la première année d'utilisation (14). Ceux des DIU au LNG sont responsables de 0,1 grossesse sur 100 femmes utilisatrices lors de la première année d'utilisation.

Ainsi il apparaît que ces deux types de DIU font parties des méthodes contraceptives les plus efficaces (39).

5) Diminution des contraintes légales (43)

En France selon le Code de Santé publique « les contraceptifs intra-utérins [...] ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale [...] (art. L.5134-11). Les sages-femmes ne sont pas autorisées à prescrire des DIU. « L'insertion d'un DIU ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé ». Il n'existe pas sur le plan réglementaire de contraintes d'équipement spécifiques pour le médecin qui pose des DIU. Effectivement l'obligation, par l'arrêté du 2 avril 1972, de disposer d'une installation technique particulière a été abrogée par la circulaire n°8113 du 29 avril 1981. Ce texte encore en vigueur précise que « l'évolution des connaissances des praticiens en matière de contraception est telle que la pose de DIU est aujourd'hui un acte médical qui ne nécessite plus d'obligation de règles particulières ». S'il n'existe plus d'obligation lors de la pose du DIU, notamment concernant la possession d'un matériel de réanimation et d'oxygénation, une bonne installation ainsi qu'une technique précise restent indispensables.

6) Les effets indésirables (38) (41) (13) (14)

a) Ménorragies et métrorragies

Chez les femmes ayant un DIU au cuivre, les saignements menstruels sont souvent plus abondants jusqu'à 65% par comparaison à celles n'en utilisant pas. Ce phénomène diminue progressivement avec le temps mais peut être responsable d'un taux d'abandon pouvant atteindre 20% après 5 ans d'utilisation. Ils sont parfois à l'origine de douleurs menstruelles.

Avec un DIU au LNG, une nette diminution du volume sanguin menstruel et une irrégularité des saignements sont constatées, allant jusqu'à l'aménorrhée pour 35% des femmes après 2 ans d'utilisation. L'irrégularité du flux des saignements et leur fréquence diminuent lors des premiers mois de traitement. Le taux d'abandon pour ces problèmes de saignements atteint 14% après 5 ans d'utilisation et 4 à 15% des femmes ont abandonné ce mode de contraception dans les douze mois suivant la pose.

Chez une femme sous anticoagulants, ils n'augmentent le volume des règles que dans un quart des cas. Le DIU hormonal est alors plus indiqué du fait qu'il diminue le flux menstruel (45).

b) Douleurs et dysménorrhées

Jusqu'à 6% des utilisatrices au cuivre ou au LNG abandonnent le traitement après cinq ans en raison de douleurs. Ces douleurs peuvent être liées à des contractions dues à la présence du DIU. Il faut toutefois éliminer l'éventualité d'une infection, d'une migration du DIU, d'une grossesse ou de kystes fonctionnels ovariens douloureux. Par contre les utilisatrices de DIU au LNG ont une amélioration significative des dysménorrhées.

c) Effets indésirables de nature hormonale

Le DIU au LNG peut entraîner des effets hormonaux systémiques même si la dose quotidienne de LNG résorbée par voie systémique est extrêmement faible. On peut observer des mastodynies, de l'acnée, des céphalées, des troubles de l'humeur. Des kystes fonctionnels ovariens apparaissent également dans 12 à 30% des cas au cours des premiers mois suivant l'insertion. Ils sont habituellement asymptomatiques, mesurent 3 à 4,5 cm de diamètre et se résolvent spontanément en 3 à 4 mois. Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement médical ni de les ponctionner (46).

7) Les complications

Les taux de complications avec le DIU sont les mêmes chez les femmes nullipares et chez celles ayant déjà enfanté (38). D'après l'HAS (14), l'expérience du praticien a une implication significative dans la survenue de ces complications.

a) Les complications immédiates

Ce sont principalement les difficultés d'insertion (en particulier sur rétroversion utérine, col dystrophique), des douleurs, saignements ou malaise vagal au moment de la pose. Ces complications sont rares, rapportées globalement dans moins de 1,5% des cas (41).

L'administration d'antalgiques avant la pose semble d'usage, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé. L'analgésique de base suggéré est l'ibuprofène, à raison de 400 mg 1 heure avant l'intervention afin de diminuer les crampes associées à la présence d'un corps étranger dans l'utérus (contractions utérines plus intenses de quelques minutes à quelques heures après l'insertion et parfois inconfort léger durant quelques jours). Un bloc para-cervical permet, chez certaines femmes, une insertion moins douloureuse du dispositif, tout en diminuant les douleurs d'origine cervicale (38).

D'après l'HAS (14), l'expérience du praticien a une implication significative dans la survenue de ces complications.

b) Les complications tardives (14) (41) (43)

1. Infectieuses

Les infections (endométrite, salpingite, pelvipéritonite) représentent la complication la plus grave de la contraception intra-utérine, pouvant entraîner un risque de stérilité tubaire ultérieure. L'incidence est de 1,54 pour 1000 insertions par an pour les DIU au cuivre. Le taux de retrait des DIU pour infection pelvienne après douze mois d'utilisation varie de 0,1 à 2,5 pour 100 femmes.

Les complications infectieuses sont davantage liées au mode de vie sexuelle de l'utilisatrice qu'au DIU lui-même. Elles ne semblent pas plus fréquentes chez les nullipares.

Le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue étant essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion, surtout en cas d'infection à *Chlamydia Trachomatis* asymptomatique préexistante.

Environ 75% des infections à *C.Trachomatis* sont asymptomatiques chez les femmes, et non traitées, environ 10% d'entre elles deviennent ensuite symptomatiques. La guérison est souvent obtenue sans avoir à retirer le DIU (13).

L'insertion doit être réalisée en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses et après évaluation du risque infectieux. L'interrogatoire et l'examen clinique incitent parfois à dépister une infection à *C. trachomatis*, voire d'autres infections sexuellement transmissibles. Ces infections justifient un traitement éventuel avant la pose. Les femmes doivent être averties que les DIU ne protègent pas des IST. L'antibioprophylaxie en relation avec la pose d'un DIU n'ayant pas montré son efficacité, elle n'est pas recommandée, sauf en cas de prévention d'endocardite bactérienne chez la femme à risque (39).

Le port de masque lors de la pose est crucial afin d'éviter les contaminations par *Streptocoque pyogenes* A que le poseur détient au niveau naso-buccal (40).

2. Aucun risque de stérilité démontré (41) (43)

Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares. Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception suite au retrait du DIU sont plus élevés que pour l'utilisation des seules méthodes barrières mais semblent comparables à ceux observés pour la contraception orale, y compris chez les nullipares.

3. Grossesse extra-utérine (GEU) : risque moins élevé que sans contraception

L'OMS (37) (39) mentionne que le risque de GEU est extrêmement faible vu la grande efficacité des DIU. L'incidence de GEU chez les utilisatrices de DIU est de l'ordre de 0,02 pour 100 femmes par an alors qu'elle varie de 0,3 à 0,5 pour 100 femmes pour les femmes n'utilisant aucune contraception.

Rappelons que plus de 60% des GEU sont dues aux facteurs tabac et infection à *Chlamydiae Trachomatis*. Les autres facteurs sont l'âge tardif de procréation et le port de DIU. L'étude de l'INSERM étudiant l'évolution des causes de GEU de 1992 à 2002 en Auvergne (47), sépare ainsi deux grands type de GEU : les GEU dues à des « défaillances de la reproduction » qui ont progressé de 17,1% depuis 1992 - en particulier à cause de la réapparition des infections à *Chlamydiae Trachomatis* et au tabagisme des femmes en âge de procréer, et les GEU dues à une « défaillance de la contraception », dont à 75% des DIU qui ont reculé de près de 30% depuis 1992.

Toutefois, lors d'une grossesse sous DIU, la probabilité relative d'une GEU est augmentée (environ une grossesse sur 20) (14). La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives. Parmi les facteurs pronostiques accessibles au médecin avant la

pose, les antécédents de GEU et de chirurgie tubaire sont associés au risque de GEU chez les femmes ayant un DIU(14).

4. Perforation de l'utérus et migration de DIU

Les perforations utérines lors de la pose d'un dispositif utérin sont rares : entre 0,6 et 16 pour 1 000 insertions. Le risque de perforation est plus élevé quand la pose est effectuée au cours des 4 à 6 semaines après un accouchement ou une IVG. L'emploi du DIU n'est donc pas recommandé dans les 48 heures à 4 semaines après l'accouchement à moins que des méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou acceptables (14). La migration de DIU est exceptionnelle.

5. Expulsion de DIU

D'après l'HAS (14), le risque d'expulsion varie de 1 à 7% en fonction des études, des DIU et du groupe de femmes étudiées et surviennent en général les 3 premiers mois après l'insertion. Ainsi une expulsion du dispositif survient chez 5 à 10% environ des femmes dans les 5 ans suivant la pose. L'expulsion récidive dans 30 % des cas (41). D'après l'OMS (39), le taux d'expulsion est plus élevé en post-partum de l'ordre de 10%, en raison de l'involution progressive particulièrement dans les 48 premières heures. Après IVG, les taux d'expulsion sont les mêmes qu'en utilisation courante.

6. Cancer de l'endomètre : effet protecteur des DIU au cuivre

D'après la méta-analyse réalisée de 1960 à 2006 (48) a permis de constater que l'incidence de cancer de l'endomètre est plus faible chez les femmes ayant eu une contraception par DIU au cuivre. Le mécanisme exact n'est pas connu mais les auteurs

avancent un lien probable entre l'inflammation et l'abrasion chroniques provoquées par le DIU.

8) Grossesse intra-utérine et échecs de DIU

Les rares grossesses intra-utérines survenant malgré un DIU sont à haut risque de fausse couche. Environ 50 à 60 % des grossesses avortent spontanément si l'on ne retire pas le DIU. Si le DIU est accessible, il est préférable de le retirer car, laissé en place durant la grossesse, il augmenterait le risque infectieux et de prématurité. Seul, un quart de ces grossesses aboutissent à une naissance vivante si le dispositif est laissé en place, versus environ 90 % en cas de retrait (13).

L'étude rétrospective de 2006 de THONNEAU et al. (45) concernant 260 femmes comparées à 651 cas contrôles dégage les facteurs de risques d'échec de DIU suivants :

- l'âge : diminution significative du risque d'échec chez les femmes de plus de 35 ans, en rapport avec la diminution de fertilité.

- superficie de cuivre : l'efficacité augmente avec la surface de cuivre.

- antécédent d'expulsion de DIU (risque relatif ajusté d'âge de 3.31). Néanmoins, une expulsion précédente n'est pas une contre-indication pour un nouveau DIU, à condition que ces femmes aient un suivi médical et échographique.

- disproportion entre la taille du DIU et la cavité utérine : augmente les taux plus de grossesses sous DIU et d'expulsions. Aussi les utérus de petite taille, une malformation légère ou une malposition mènent également à une diminution significative de l'efficacité du fait de l'augmentation du risque d'expulsion dans ces conditions.

Aucune relation significative n'a été mise en évidence entre échec de DIU et antécédents de polypes, fibrome sauf les sous-muqueux, fausse couche ou de grossesse sous DIU.

Aucune relation n'a été observée entre échec de DIU et utilisation d'anti-inflammatoires ou de tout autre médicament pris par les femmes interrogées.

9) Modalités de pose et de suivi

Les différentes étapes de pose sont détaillées en particulier dans le revue Prescrire (44) (annexe 7), mais il est conseillé de se rapporter aux notices des différents DIU que l'on souhaite poser. Quant aux précautions d'hygiène, elles font partie des recommandations de l'HAS sur « l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical » (49) (annexe 8).

Un examen de contrôle est recommandé de quatre à cinq semaines après l'insertion et tous les ans par la suite (13). Un DIU doit être bien supporté après deux cycles. La patiente doit être avertie du très faible risque de grossesse intra- ou extra-utérine, de la surveillance régulière des fils, leur disparition pouvant traduire l'expulsion, de la possibilité d'effets indésirables dont douleurs, leucorrhées ou métrorragies persistantes, de la non protection vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles.

D'après les monographies du Vidal® (34), la durée maximale conseillée durant laquelle le dispositif peut être laissé dans la cavité utérine est de 5 ans. Notons que le DIU au cuivre TT380® est efficace 10 ans.

10) Responsabilité professionnelle

La loi Kouchner du 04/03/2002 oblige les médecins à avoir une assurance en responsabilité civile professionnelle. Un article d'une juriste pour la MACSF fait le point sur les responsabilités engagées par le médecin lors de la pose d'un DIU (50).

« La pose d'un DIU peut être responsable, par ses complications, de plaintes en responsabilité qui incitent à une certaine prudence. Comme tout acte médical, le médecin doit

informer la patiente des risques liés à la pose d'un stérilet et lui laisser un délai de réflexion. Un livret explicatif est généralement remis afin de compléter l'information orale. Il devra s'assurer de l'absence de contre-indication et informer la patiente des risques (...) [et effets secondaires]. Le caractère exceptionnel de la perforation utérine par un DIU ne dispense pas le médecin de son obligation d'information, s'agissant d'un risque connu et classique. Le médecin peut être responsable, compte tenu de la façon dont il a posé le DIU, de la migration du stérilet, de la perforation utérine, de douleurs, d'une grossesse intempestive et d'une intervention chirurgicale pour retrait du stérilet. Dans la grande majorité des situations, la migration se fait lors de la pose, qu'elle soit le fait d'un geste technique inadéquat, ou d'un aléa lié par exemple à des modifications anatomiques théoriquement imprévisibles de l'utérus. Dans ces situations, la responsabilité du médecin est en général retenue, pour maladresse ou imprudence, car le renforcement des précautions doit permettre d'apprécier le caractère licite de l'indication, et le degré de risque.

La responsabilité ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception.

Les DIU peuvent migrer après leur implantation intra-utérine. Cela peut se faire par une perforation de la paroi utérine, sans qu'il y ait eu forcément de faute médicale. La complication est donc à considérer comme un aléa thérapeutique».

En conclusion, le DIU en tant que contraceptif de longue durée d'action, est une des méthodes contraceptives les plus efficaces en pratique. Les contre-indications sont précises et chaque type de DIU a ses particularités et ses avantages. Les DIU au cuivre peuvent être particulièrement utilisés chez les femmes ayant des intolérance ou contre-indications à l'emploi de contraceptions hormonales. Ils peuvent être aussi employés en tant que contraception d'urgence. Le DIU hormonal est quant à lui particulièrement indiqué en cas de ménorragies fonctionnelles. Les DIU ne sont plus contre-indiqués chez les nullipares et l'Anaes engage même les médecins à les proposer dans cette population. Effectivement rappelons que près de deux tiers des IVG, donc de nombreuses grossesses non désirées surviennent avant 30 ans.

Les patientes doivent être informées de la survenue d'effets indésirables et de complications éventuelles. La survenue de complication est en partie liée à la bonne indication et à l'expérience du médecin. Si les contraintes légales d'installation et de matériel se sont assouplies, une formation pratique adaptée du médecin, une bonne installation ainsi qu'une technique précise restent donc indispensables.

B. Les DIU en Lorraine : données de l'ISPL

Nous avons effectué une requête auprès de l'Institut des statistiques des professionnels de santé libéraux (ISPL) afin de caractériser la pose de DIU en Lorraine. Rappelons que l'ISPL a un rôle de Transmission de Données aux Unions adhérentes (TDU). Nous avons contacté cet institut par le biais du Docteur Unvois, Président de l'ancienne Union régionale des Médecins libéraux (URML) Lorraine, devenue Union régionale des Professionnels de Santé (URPS). Nous avons demandé de déterminer la quantité de DIU posés en 2009 en Lorraine et par département (Moselle, Meurthe et Moselle, Vosges, Meuse), ainsi que les spécialités médicales qui effectuent ce geste. Les données de cotation des actes de la CCAM ont été utilisées, à savoir JKLD001 pour *Pose d'un dispositif intra-utérin* et; JKKD001 pour *Changement d'un dispositif intra-utérin*.

La requête a permis de quantifier les poses et changements de DIU selon les départements en Lorraine (tableau 1).

Tableau 1 : Pose de DIU selon la spécialité médicale et les départements en Lorraine en 2009.

	Nombre total de poses (changement de DIU+ Pose de DIU)							
	Gyn. obstétriciens		Gyn. médicaux		Méd. généralistes		Total	
Départements	N	%	N	%	N	%	N	%
Moselle	4117	61	2405	36	203	3	6725	49
M&M	2232	58	1525	40	83	2	3840	28
Vosges	1272	56	962	42	35	1	2269	17
Meuse	823	93	51	6	11	1	885	6
Lorraine	8444	63	4943	37	332	2	13719	100

N : effectif

Gyn. : Gynécologues; Méd. : médecins; M&M : Meurthe et Moselle

Nous constatons en particulier que les médecins généralistes contribuent à la pose de 2% des DIU, ce qui correspond à 332 poses en 2009. Pourquoi si peu de médecins généralistes s'intéressent-ils à ce genre de contraception et réalisent ce geste ? Nous allons tenter d'y répondre dans la seconde partie.

DEUXIEME PARTIE

I. METHODES

1) Type de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive consistant en une enquête postale par questionnaire permettant de recueillir les connaissances, les attitudes et la pratique de la prescription et de la pose de DIU par les médecins généralistes.

2) Population étudiée et mode de recrutement

Le questionnaire a été adressé par voie postale à 298 médecins généralistes exerçant en libéral en Lorraine. Ils ont été sélectionnés par tirage au sort à partir de la liste des médecins généralistes inscrits dans les pages jaunes successivement dans chaque département de Lorraine. Ont été exclus de l'enquête les médecins à orientation particulière quand cela était précisé.

Au final 101 questionnaires ont été envoyés en Meurthe et Moselle, 97 en Moselle, 51 dans les Vosges et 49 en Meuse.

3) Déroulement de l'enquête

Un courrier comprenant une lettre explicative (annexe 9) et un questionnaire a été adressé par voie postale à chaque médecin sélectionné, accompagnés d'une enveloppe préaffranchie pour la réponse. L'enquête a été envoyée le 14 mars 2010. Seules les réponses reçues avant le 15 avril 2010 ont été prises en compte. Il n'y a pas eu de relance.

4) Questionnaire

Le questionnaire est composé de 30 questions à réponses fermées, et 2 questions ouvertes.

Il est présenté en annexe 10.

a) Première partie : profil des médecins généralistes

La première partie (questions 1 à 12) concerne le profil personnel et professionnel des médecins généralistes : sexe, âge, type d'exercice, présence d'un cabinet de gynécologie/centre de planification/centre hospitalier disposant d'un service de gynécologie-obstétrique sur leur lieu d'exercice, formation médicale continue et, si oui, sous quelle forme, formation diplômante en gynécologie, et éventuelle activité salariée annexe.

b) Seconde partie : pratique de la gynécologie

La seconde partie (questions 13 à 14) concerne la pratique d'actes gynécologiques en général. La question 14 amène les raisons d'une limite ou d'une pratique d'actes gynécologiques, avec commentaires possibles.

c) Troisième partie : pratique concernant les DIU

La dernière partie (questions 15 à 32) concerne les dispositifs intra-utérins : prescription, type prescrit, chez les nullipares, en contraception d'urgence, et dans le traitement des métrorragies, la pratique de la pose et où/comment les médecins l'ont acquise, le matériel utilisé, la pratique de prémédication et d'anesthésie locale, les difficultés de pose retrouvées, les complications éventuelles, la pratique du retrait de stérilet et les raisons du retrait.

Les questions 16 et 29 sont à réponses libres, choix fait afin de mettre en évidence les difficultés ressenties par les médecins généralistes qui ne prescrivent et/ou ne posent pas de DIU.

5) Saisie des questionnaires et analyse des données

La saisie des questionnaires a été réalisée à l'aide du logiciel Epi data 3.1.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels SAS et Excel.

L'analyse descriptive des données est suivie d'une analyse bivariée comparant les médecins prescripteurs aux non prescripteurs de DIU puis les médecins poseurs au non poseurs de DIU dans un second temps. Nous utilisons le test du χ^2 avec un risque α de 5%.

La conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, l'analyse statistique ont été réalisées avec l'aide de Madame le Docteur Fabienne Empereur du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

II. LES RESULTATS

1) Participation à l'étude

Sur 298 questionnaires envoyés, nous avons eu 180 réponses.

Le taux de réponses par département est représenté dans le tableau 1 suivant :

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de réponses au questionnaire par département.

Département	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses (%)
Meurthe et Moselle	101	56	55
Meuse	49	31	63
Moselle	97	58	60
Vosges	51	35	69
Total	298	180	60

2) Profil des médecins généralistes

a) Genre, âge et ancienneté d'exercice

La population étudiée est composée à 67% d'hommes. La moyenne d'âge des médecins répondant est de 52 ans, avec un écart type de 8, les âges étant répartis entre 30 et 66 ans. Les résultats sont représentés dans le tableau 2 suivant.

Tableau 2 : Répartition du genre et des âges de la population étudiée, moyennes d'âges respectives.

	Nombre	Pourcentage (%)	Moyenne d'âge (ans)	Ecart type	NR	<i>d'après l'INSEE, en Lorraine, 2009</i>	
						<i>Pourcentage</i>	<i>Moyenne d'âge</i>
Hommes	121	67	54	7	2	64	-
Femmes	59	33	47	9	0	36	-
Total	180	100	52	8	2	100	51

NR : nombre de médecins n'ayant pas précisés leur âge.

Référence bibliographique : Source INSEE, en Lorraine, 2009 (18)

Les classes d'âge des médecins généralistes sont représentées ci-dessous :

Tableau 3 : Classes d'âge des médecins généralistes répondants.

Classes d'âge (ans)	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)	<i>d'après l'INSEE, en Lorraine, 2009</i>
			Pourcentage de médecins (%)
< 45	30	17	-
[45-55]	73	40	-
> 55	65	36	41
Non répondu	12	7	-
Total	180	100	100

Référence bibliographique : Source INSEE, en Lorraine, 2009 (18)

L'ancienneté de l'exercice, d'après l'année de soutenance de thèse est en moyenne de 23 ans, les résultats sont représentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Ancienneté d'exercice, depuis l'année de soutenance de thèse, des médecins répondants.

Ancienneté de l'exercice	Moyenne (ans)	Ecart-type (ans)
Total	23	9
Nombre de médecins		Proportion de médecins concernés (%) (n=180)
>20ans	107	60
10-19ans	41	23
<10 ans	19	10
Non précisé	13	7

b) Situation géographique

1. Département et type d'exercice

Les médecins répondants exercent à 31% en Meurthe et Moselle, 32% en Moselle, 19% dans les Vosges et 17% en Meuse.

Le milieu d'exercice est représenté par la figure 1 ci-dessous :

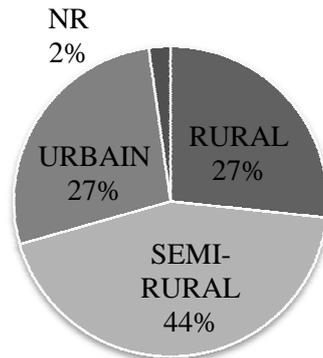


Figure 1 : Milieu d'exercice des médecins répondants.

Le type d'exercice selon le département est représenté par la figure 2 ci-dessous :

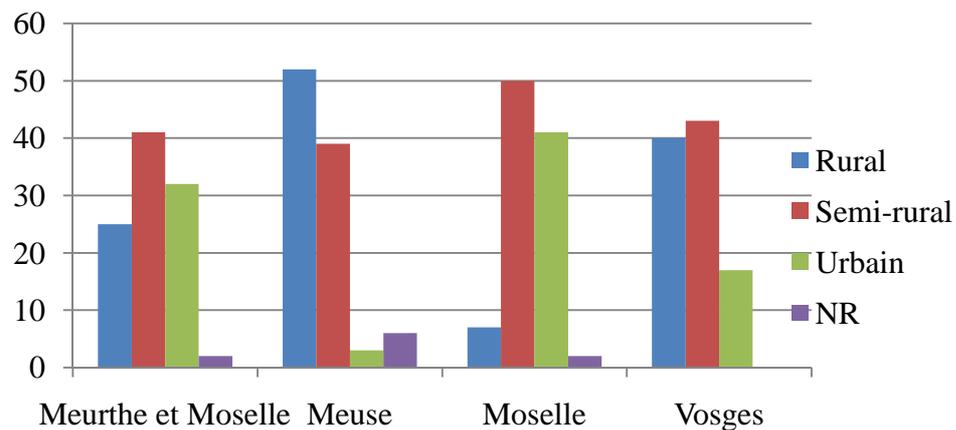


Figure 2 : Type d'exercice selon le département.

2. Proximité d'un gynécologue libéral ou publique

84% des médecins décrivent leur cabinet comme étant à proximité d'un gynécologue, d'une PMI, ou d'une maternité. 1% n'a pas répondu à cette réponse.

La distance par rapport à un gynécologue libéral ou publique est en moyenne de 11,2Km. Elle varie entre moins de 1Km et 72 Km. Nous avons pu créer 4 classes de distances kilométriques représentées dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Distance séparant le médecin généraliste du gynécologue selon le département d'exercice.

Répartition des médecins selon la distance les séparant d'un gynécologue libéral ou publique (n=180)												
Distance (Km)	< 10		[10-29]		[30-49]		>49		NR		Total	
Départements	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
M&M	33	(60)	19	(34)	3	(5)	0	(0)	1	(1)	56	(100)
Meuse	5	(16)	20	(64)	3	(10)	2	(7)	1	(3)	31	(100)
Moselle	41	(72)	15	(26)	2	(3)	0	(0)	0	(0)	58	(100)
Vosges	16	(44)	14	(41)	5	(15)	0	(0)	0	(0)	35	(100)
Lorraine	97	(54)	67	(37)	12	(7)	2	(1)	2	(1)	180	(100)

M&M correspond à la Meurthe et Moselle

N : effectif; % pourcentage; NR : non réponse.

En grisé apparaissent les proportions les plus élevées de médecins selon la distance par rapport à un gynécologue, par département et en Lorraine.

Nous pouvons constater des distances plus importantes en Meuse et dans les Vosges.

c) La formation continue en gynécologie

46 médecins soit 26% des participants (n=180) déclarent suivre actuellement une formation sur le thème de la gynécologie, la plupart en consultant des revues et des périodiques. 5 médecins n'ont pas répondu. Les réponses ne sont pas exclusives. Les résultats apparaissent dans le tableau 6 suivant.

Tableau 6 : Nombre de médecins participants suivant actuellement une formation continue en gynécologie, et suivant ou ayant suivi une formation diplômante en gynécologie (n=180).

	Nombre de médecins
Formation continue en gynécologie	46
Revue/périodiques	29
FMC	4
Congrès	4
Assister à des consultations de gynécologie	1
Internet	1
Préparation d'enseignement,	1
Séminaires	1
Stage de 6 mois en gynécologie	1
Stage à la maternité.	1
Non précisé	1
Formation diplômante de gynécologie actuelle ou passée	5

d) Pratique d'une activité salariée annexe

38 médecins soit 21% des médecins participants (n=180) exercent une activité salariée annexe. Ces activités sont, comme indiquées dans le tableau ci-dessous, très variées.

Tableau 7 : Nombre de médecins généralistes participant exerçant une activité salariée annexe, et type d'activité exercée.

Nombre de médecins	
Activité salariée annexe	38
Vacations hospitalières	17
Coordinateurs d'EHPAD	8
PMI	3
Maison d'accueil spécialisée	2
Régime minier	2
Centre de Santé	1
Crèche	1
IMT	1
SMUR	1
SESSAD	1
Centre de détention	1
Médecine préventive	1
Sécurité sociale	1

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PMI : Protection maternelle et infantile

IMT : Institut médico-thérapeutique

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domiciles

3) Concernant la pratique de la gynécologie

a) Proportion de médecins réalisant des actes de gynécologie

93% des médecins répondants déclarent être amenés à réaliser des actes de gynécologie. Un médecin n'a pas répondu.

b) Types d'actes de gynécologie réalisés

Tableau 8 : Les actes de gynécologie réalisés par les médecins participants

Types d'actes de gynécologie réalisés*	Répartition des médecins généralistes (n=180)	
	Effectif	%
Initiation de prescription de contraception	160	89
Palpation mammaire	160	89
Frottis cervico-vaginal	104	58
Suivis de grossesse	81	45
Non réponse	12	7

% : pourcentage.

*Les réponses ne sont pas exclusives.

Parmi ceux qui réalisent des suivis de grossesse, certains ont spécifié ne suivre que le premier trimestre. Parmi les médecins qui disent ne pas suivre de grossesse certains ont précisé se limiter au diagnostic initial ou au premier trimestre.

c) Raisons évoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique de gynécologie

44 médecins ont précisé pourquoi ils ne pratiquaient pas ou peu les actes de gynécologie. La question comportait une possibilité de commentaires libre. Les réponses sont non exclusives.

Tableau 9 : Motifs limitant la pratique de la gynécologie par les médecins participants.

Raisons avancées par les médecins	Nombre de fois cité* (n=44)
Manque de demande	22
Manque de formation ou de pratique	14
Manque de temps ou l'aspect chronophage de ces actes ou de la formation les concernant	6
Adresse à un gynécologue	3
Adresse les patientes à un collègue médecin généraliste pratiquant de la gynécologie	2
Perte de clientèle : « les spécialistes ont pris notre place » ou ont « captés » les patientes	4
Pas d'intérêt particulier pour la gynécologie	2
Pas de suivi de grossesse : sages femmes sont à proximité de leur cabinet ou pour raisons médico-légales	2
Pas concernés du fait de leur clientèle âgée ou de leur exercice plutôt hospitalier.	2

* Réponses non exclusives.

4) Pratique des médecins généralistes vis-à-vis des DIU

a) Effectif des médecins prescripteurs de DIU

22,8%, soit 41 médecins sur 180 déclarent prescrire des DIU.

b) Les types de DIU prescrits

Les médecins prescrivent en majorité soit les 2 types de DIU, soit exclusivement les DIU hormonaux.

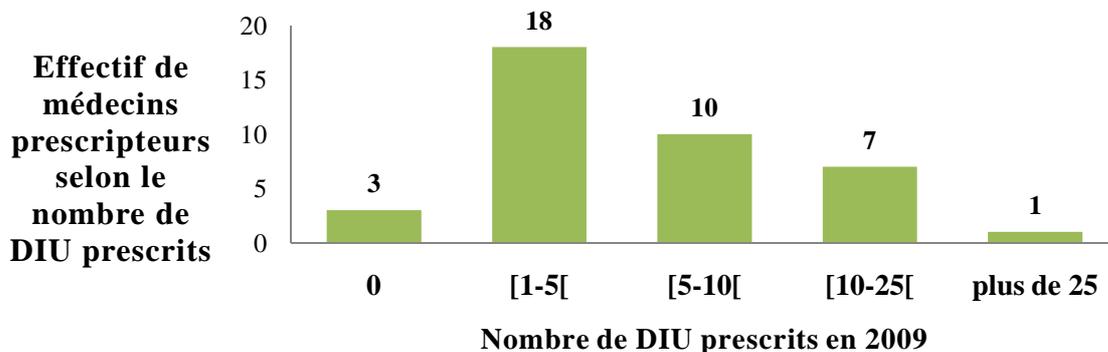
Tableau 10 : Types de DIU prescrits par les participants.

Type de DIU prescrit	Répartition des médecins prescripteurs de DIU (n=41)	
	Effectif	Pourcentage
Les 2 types de DIU (cuivre et hormonal)	20	50
DIU hormonaux exclusivement	17	41
DIU au cuivre exclusivement	3	7
Non précisé	1	2

c) Le nombre de DIU prescrits en 2009

Le nombre moyen de DIU prescrits est de 5 en 2009 selon l'estimation des médecins interrogés, allant de 0 à 25 DIU prescrits.

Figure 3 : Répartition des médecins généralistes selon la quantité de DIU qu'ils estiment avoir prescrits en 2009 (n=41).



d) Prescription de DIU dans des cas particuliers

Tableau 11 : Prescription de DIU dans les cas particuliers de nulliparité, métrorragies fonctionnelles et contraception d'urgence ; proportion de médecins parmi les prescripteurs de DIU (n= 41).

Situations de prescription de DIU	Répartition des médecins prescripteurs de DIU (n=41)	
	Effectif	Pourcentage
Chez une nullipare		
En 1 ^{ère} intention	3	7
En 2 ^{ème} intention	15	37
Jamais	22	54
Miréna® en traitement de ménorragies fonctionnelles	19	46
DIU au cuivre en tant que contraception d'urgence	3	7
NR	1	2

Concernant la prescription de DIU chez la patiente nullipare, les médecins évoquent en premier lieu leur crainte d'un risque infectieux, puis la notion d'une contre-indication théorique, le risque de stérilité et d'autre part l'existence d'« alternatives tels que le Nuvaring® ».

Le Nuvaring® est un anneau contraceptif œstroprogestatif, inséré pour une durée de 3 semaines en intravaginal, non remboursé par la sécurité sociale.

e) La pose de DIU

1. Proportion de médecins posant des DIU

Sur les 42 médecins prescripteurs de DIU, seuls 15 d'entre eux les posent, soit 36% des médecins prescripteurs et 8% des participants. Parmi ces 15 médecins il y a 10 hommes et 5 femmes.

2. Comment ont-ils appris à les poser ?

Les 15 médecins qui posent des DIU ont précisé par quels moyens ils ont appris ce geste.

Tableau 12 : Moyens d'apprentissage de la pose de DIU suivis par les 15 médecins généralistes poseurs de DIU.

Moyen d'apprentissage de la pose de DIU	Nombre de médecins poseurs de DIU concernés
Confrère	5
Stage hospitalier	4
FMC	2
Confrère et FMC	1
Confrère et stage hospitalier	1
Stage à la maternité et FMC	1
A vu poser puis s'est « auto-formé »	1
Total	15

Parmi les 6 médecins suivant ou ayant suivi la formation de DU de gynécologie, seuls 2 pratiquent la pose de DIU. Les quatre autres n'en posent pas par manque de temps ou parce que leur formation est en cours.

3. Les modalités de pose et difficultés rencontrées

Les modalités de poses sont variables, et les difficultés d'insertion ont été rencontrées par la plupart des médecins posant des DIU. Les effets secondaires constatés au décours de la pose de DIU sont rares à types de douleurs pelviennes. L'ensemble des résultats est représenté dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13 : Modalité de poses et difficultés rencontrées par les 15 médecins participants poseurs de DIU.

Nombre de médecins parmi les 15 médecins poseurs de DIU	
Matériel utilisé*	
Matériel stérile (autoclave)	10
Kits à usage unique	8
Les 2 types	2
Prémédication	
Jamais	5
Parfois	7
Systématiquement	3
Anesthésie locale	
Jamais	13
Parfois	2
Complications à l'insertion*	
« col non dilaté » ou « dystrophique » ou « manque d'expérience » ou « impossibilité d'insertion »	11
Malaise vagues	7
	4
Effets secondaires constatés	2
	(douleurs pelviennes)

*Réponses non exclusives.

f) Connaissance sur la cotation

10% des 180 médecins répondants connaissent les cotations de la mise en place et du changement de DIU.

g) Le retrait de DIU

47 médecins soit 26% des médecins répondants savent et pratiquent le retrait de DIU. 3 médecins n'ont pas répondu.

Tableau 14 : Motifs de retrait de DIU cités par les 47 médecins effectuant des retraits de DIU.

Motifs de retrait (réponses non exclusives)	Répartition des médecins retirant des DIU (n=47)	
	Effectif	Pourcentage
Changement de contraception	36	77
Désir de grossesse	36	77
Ménopause	22	47
Survenue de complications	20	43
Renouvellement de DIU	15	31

Tableau 15 : Complications ayant motivées le retrait de DIU par les médecins généralistes effectuant des retraits de DIU.

Complications ayant motivées le retrait de DIU	Nombre de médecins citant la complication ayant motivée le retrait de DIU
Infections	11
Infections sans précision	8
Vaginites à répétitions	1
Suspicion de salpingite	1
Endométrite	1
Douleurs persistantes	3
Déplacement de DIU	1
Contexte de phlébite	1
Hémorragie sans précision	1
Intolérance	1
Echec : Grossesse en cours	1

5) Facteurs influençant la prescription de DIU

Nous réalisons une analyse bivariée comparant les médecins prescripteurs aux non prescripteurs de DIU. Nous utilisons le test du χ^2 avec un risque α de 5%. Nous sélectionnons les résultats significatifs à savoir ceux où le degré de significativité p est inférieur à 0,05.

a) Caractéristiques socioprofessionnelles

Tableau 16 : Influence des caractéristiques socioprofessionnelles sur la prescription de DIU.

	Prescripteurs		Non prescripteurs		P
	N	%	N	%	
Sexe					
Homme	20	17	99	83	0,0051
Femme	21	36	38	64	
Age					
<45 ans	10	24	31	76	NS
[45-55 ans]	21	29	52	71	
>55 ans	10	16	54	84	
Ancienneté d'exercice					
<10 ans	5	26	14	74	NS
[10-19 ans]	11	27	30	73	
>19ans	24	22	83	78	
Type d'exercice					
Rural	7	15	41	85	NS
Semi-rural	18	23	61	77	
Urbain	16	33	32	67	
Département d'exercice					
M&M	16	29	40	71	NS
Meuse	5	17	25	83	
Moselle	13	23	44	77	
Vosges	7	20	28	80	
Proximité d'un gynécologue					
Oui	33	22	118	78	NS
Non	8	31	18	69	
Distance du gynécologue le plus proche					
<10 km	24	25	72	75	NS
[10-29 Km]	12	18	55	82	
[30-49 Km]	4	33	8	67	
>49 km	1	50	1	50	

M&M correspond à la Meurthe et Moselle ; p : degré de significativité, selon le calcul du χ^2

pour un risque α à 5% ; N : effectif ; NR : non répondu; NS non Significatif.

Parmi les caractéristiques socioprofessionnelles, la seule qui semble avoir une influence significative sur le fait de prescrire des DIU est le sexe du médecin. Les femmes sont de plus grandes prescriptrices de DIU que leurs collègues masculins.

b) Formation en gynécologie actuelle et activité annexe

Tableau 17 : Influence de la formation en gynécologie et des activités salariées annexes sur la prescription de DIU.

	Prescripteurs		Non prescripteurs		p
	N	%	N	%	
Suivi actuel d'une formation continue en gynécologie					
Oui	20	43	26	57	0,0001
Non	20	16	108	84	
Suivi de FMC					
Oui	16	46	19	54	NS
Non	3	33	6	67	
Consultation de revues					
Oui	13	45	16	55	NS
Non	6	43	8	57	
Participation à des congrès					
Oui	2	50	2	50	NS
Non	17	44	22	56	
Formation diplômante en gynécologie					
Oui	6	100	0	0	<0,0001
Non	34	20	135	80	
Activité salariée annexe					
Oui	6	16	31	83	NS
Non	34	24	104	76	
En Centre de planning familial					
Oui	1	50	1	50	NS
Non	5	14	31	86	
En PMI					
Oui	0	-	0	-	NS
Non	6	16	32	84	
A l'Hôpital					
Oui	3	18	14	82	NS
Non	3	14	18	86	

N : effectif

Il apparaît que le suivi actuel d'une formation continue en gynécologie ainsi que d'une formation diplômante en gynécologie motivent la prescription de DIU. Le type de formation suivie n'influence pas de manière significative la prescription. Dans notre étude l'exercice en

PMI et en centre de planning familial n'influe pas de manière significative, mais à savoir que l'effectif de médecins concernés était minime.

c) Pratique de la gynécologie

Tableau 18 : Influence de la pratique de la gynécologie sur la prescription de DIU.

	Prescripteurs		Non prescripteurs		p
	N	%	N	%	
Pratique de la gynécologie					
Oui	41	25	125	75	0,0497
Non	0	0	12	100	
Réalisation de frottis cervico-vaginaux					
Oui	36	35	67	65	<0,0001
Non	5	8	58	92	
Initiation de prescription de contraception					
Oui	41	26	118	74	NS
Non	0	0	7	100	
Palpation mammaire					
Oui	41	26	119	74	NS
Non	0	0	6	100	
Suivi de grossesse					
Oui	34	43	46	57	<0,0001
Non	7	8	79	92	

N : effectif

On peut constater évidemment que la pratique d'actes de gynécologie, de frottis cervico-vaginaux et de suivi de grossesse sont significativement plus élevés dans le groupe des prescripteurs de DIU.

6) Facteurs influençant la pose de DIU

Nous réalisons une analyse bivariée comparant les médecins poseurs aux non poseurs de DIU.

Nous utilisons le test du χ^2 avec un risque α de 5%. Nous sélectionnons les résultats significatifs à savoir ceux où le degré de significativité p est inférieur à 0,05. Notons que l'effectif total de ces 2 groupes est de 41, c'est-à-dire égal au nombre total des médecins prescripteurs de DIU.

a) Caractéristiques socioprofessionnelles

Tableau 19 : Influence des caractéristiques socioprofessionnelles sur la pose de DIU.

	Poseurs		Non poseurs		P
	N	%	N	%	
Sexe					
Homme	10	50	10	50	NS
Femme	5	24	16	76	
Age					
<45 ans	1	10	9	90	NS
[45-55 ans]	10	48	11	52	
>55 ans	4	40	6	60	
Ancienneté d'exercice					
<10 ans	0	0	5	100	0,0224
[10-19 ans]	2	18	9	82	
>19ans	13	54	11	46	
Type d'exercice					
Rural	2	29	5	71	NS
Semi-rural	4	22	14	78	
Urbain	9	56	7	44	
Département d'exercice					
M&M	5	31	11	69	NS
Meuse	1	20	4	80	
Moselle	7	54	6	46	
Vosges	2	28	5	72	
Proximité d'un gynécologue					
Oui	10	30	23	70	NS
Non	5	63	3	37	
Distance du gynécologue le plus proche					
<10 km	10	42	14	58	NS
[10-29 Km]	3	25	9	75	
[30-49 Km]	1	25	3	75	
>49 km	1	100	0	0	

N : effectif

Parmi les caractéristiques socioprofessionnelles, la seule qui semble avoir une influence significative sur le fait de poser des DIU est l'ancienneté d'exercice. Plus les médecins exercent depuis longtemps plus ils posent les DIU qu'ils prescrivent.

b) Formation en gynécologie actuelle et activité annexe

Tableau 20 : Pose de DIU et Formation en gynécologie actuelle et activité annexe.

	Poseurs		Non poseurs		p
	N	%	N	%	
Suivi actuel d'une formation continue en gynécologie					
Oui	7	35	13	65	NS
Non	8	40	12	60	
Formation diplômante en gynécologie					
Oui	3	50	3	50	NS
Non	12	35	22	65	
Activité salariée annexe					
Oui	4	67	2	33	NS
Non	11	32	23	67	

N : effectif

Il n'apparaît pas de facteur concernant la formation continue suivie en gynécologie et une activité salariée annexe influençant significativement la pose de DIU sous réserve de petits effectifs.

7) Questions à réponses libres

Les réponses détaillées aux questions suivantes : « Pourquoi les médecins généralistes ne prescrivent-ils pas de DIU ? » et « Pourquoi les médecins généralistes ne posent-ils pas de DIU ? » ont été placées en annexe 11. Nous reviendrons sur les différents motifs avancés par les médecins lors de notre discussion.

III. DISCUSSION

1) Qualité du questionnaire et des réponses

Nous nous sommes aperçue des limites de notre questionnaire dans sa forme et son contenu. Nous avons privilégié des questions fermées afin de faciliter les réponses et leur analyse. Bien que testées préalablement, il semble que certaines questions soient ambiguës. Plusieurs médecins n'ont pas répondu à la partie « profil », trois d'entre eux ont trouvé d'ailleurs ces questions trop personnelles avec atteinte à l'anonymat promis et dû lors de l'interprétation des réponses.

Quant aux questions à réponses libres, l'interprétation est délicate du fait de réponses très concises consistant souvent en quelques mots. Si l'on souhaitait les approfondir il aurait été préférable de réaliser une réelle étude qualitative avec entretiens semi-dirigés.

2) Profil de la population étudiée

La participation à l'étude est satisfaisante avec 60% de réponses au total.

L'échantillon de l'étude est représentatif avec une composition assez similaire à celle du niveau régional : 35,9% de femmes contre 35% en Lorraine d'après les sources ADELI (17).

La moyenne d'âge des participants est de 52 ans, la moyenne d'âge selon la source ADELI (17) étant de 51 ans.

Le type d'exercice est le plus fréquemment semi-rural. Toutefois en Meuse et dans les Vosges l'exercice rural est tout aussi important. La distance séparant les médecins généralistes d'un gynécologue libéral ou public est en moyenne de 11,2 Km mais peut atteindre plus de 30 Km, en particulier en Meuse et dans les Vosges.

3) Pratique de la gynécologie médicale par les médecins généralistes

L'évaluation de la pratique de la gynécologie a été limitée à certains actes : contraception, palpation mammaire, frottis cervico-vaginaux et suivi de grossesse, excluant en particulier les prises en charges de la ménopause, des infections sexuellement transmissibles et des urgences gynécologiques et pathologies obstétricales.

Nous n'avons pas demandé le nombre d'actes réalisés quotidiennement et nous n'avons pas non plus l'estimation de la part d'actes de gynécologie des répondants car il ne s'agissait pas de l'objet de notre étude. Une femme médecin décrit spontanément que « suite à l'obtention d'un DIU de gynécologie », la « pratique de la gynécologie médicale couvre environ 80% de [ses] actes ». Son activité s'étant « tout naturellement orientée » dans ce sens « compte tenu de la difficulté parfois d'obtenir des rendez-vous auprès des confrères obstétriciens et du départ en retraite des gynécologues médicaux ». D'après l'Observatoire de la SFMG en 2005 (51), la consultation de gynécologie arrivait en 15^{ème} position et représentait 3,8% des consultations de médecine générale, avec toutefois des disparités importantes selon les médecins et les régions.

Dans notre étude, 89% des médecins sont sollicités lors de l'initiation d'une contraception. 40% des médecins de l'étude EPILULE (12) de 2005 réalisaient le suivi de contraception. Nous n'avons pas cette donnée dans notre enquête. Concernant les frottis cervico-vaginaux, 58% des médecins de notre étude en réalisent, contre 90% dans l'étude EPILULE.

Les médecins qui ont précisé les facteurs limitant leur pratique de la gynécologie, ont principalement cité le manque de demande. Ensuite sont évoqués le manque de pratique et le manque de formation lié au manque de demande en particulier.

Ce manque de demande peut être dû à la proximité et la disponibilité des gynécologues, à la patientèle non concernée (anciens mineurs, âgées...), et/ou bien à l'ignorance des patientes

concernant les compétences de leur médecin traitant dans ce domaine, d'autant plus si ce dernier n'aborde pas le sujet (27).

Nous reviendrons ultérieurement sur le problème du manque de formation.

L'aspect chronophage est cité en troisième position que ce soit le temps nécessaire à la formation ou à la réalisation des actes de gynécologie.

Une minorité des médecins se sent flouée de cette part d'activité par les gynécologues : « les spécialistes ont pris notre place » et « nos patientes ont été captées par les gynécos » et regrettent que la demande diminue. Une autre minorité convient ne pas avoir d'intérêt particulier dans ce domaine ou ne pas « être à l'aise ».

Dans l'étude de DIAS (52) en Ile-de-France, 60% des médecins estiment leur activité en gynécologie faible ou nulle pour les mêmes raisons citées précédemment. Sont notées également un frein financier et des contraintes médico-légales. Ainsi les médecins relataient un découragement d'ordre financier avec demande de revalorisation des actes de gynécologie du fait du temps plus important nécessaire à leur réalisation.

D'après une étude de LEVASSEUR concernant l'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne réalisée en 2002 (29), « les obstacles à l'activité de gynécologie en médecine générale sont de natures différentes : certains tiennent aux médecins eux-mêmes (compétence insuffisante, peu d'intérêt pour cette spécialité) ou à leurs conditions de travail (gestion de plusieurs motifs de consultations de façon simultanée), d'autres relèvent des représentations que se font les femmes (ou les médecins eux-mêmes) de ces examens (réticences ou manque de confiance dans leurs capacités pour effectuer ces actes)». Les difficultés ressenties sont les mêmes quelles que soient les variables prises en compte (âge, année d'installation, activité..) mais les femmes médecins s'opposent en premier à la gestion de plusieurs motifs de consultation tandis que les médecins hommes aux réticences des patientes.

4) La pratique des médecins généralistes concernant les DIU

a) La prescription de DIU

1. Quantité de DIU prescrits

Dans notre étude près de 23% des médecins sont amenés à prescrire des DIU. Nous n'atteignons pas le taux retrouvé dans l'étude canadienne de STUBB (53) où 82% des médecins prescrivaient des DIU.

Le nombre moyen de DIU prescrit est de 5 en 2009. Un médecin en a prescrit et posé plus de 20 mais il décrit son activité comme ayant un « profil un peu particulier » « compte tenu de la difficulté parfois d'obtenir des rendez-vous auprès des confrères obstétriciens et du départ en retraite des gynécologues médicaux ».

2. Connaissance à propos des DIU

Le type de DIU prescrit est en grande partie le DIU hormonal. Un médecin précise : « Je pose tous les Miréna, je ne pose pas les DIU chez les nullipares, je pose les DIU au cuivre si renouvellement seulement ». Cette tendance se retrouve au niveau national. Pourtant l'ANAES préconise de ne le prescrire en première intention seulement si un bénéfice complémentaire est attendu (diminution des métrorragies, des dysménorrhées) (14) (15).

La notion que le DIU n'est pas contre-indiqué chez les nullipares n'est pas connue de la plupart des médecins. La crainte d'une complication infectieuse arrive en premier lieu alors que, comme nous l'avons écrit précédemment, l'incidence est de 1,54 pour 1000 insertions par an pour les DIU au cuivre. Ces complications, davantage liées au mode de vie sexuelle de l'utilisatrice qu'au DIU lui-même, ne semblent d'ailleurs pas plus fréquentes chez les nullipares (14) (38) (43). Le risque de stérilité est évoqué une fois, alors qu'aucun risque n'a été démontré, y compris chez les nullipares (43).

L'utilisation du DIU au cuivre comme contraception d'urgence reste exceptionnelle, seuls trois médecins ont eu l'occasion d'en prescrire dans ce contexte. Dans l'étude canadienne 67% des répondants ne les recommandaient pas dans ce cas.

La possibilité de prescrire le DIU hormonal en cas de ménorragies fonctionnelles est connue de près de la moitié des médecins prescripteurs de DIU.

L'étude canadienne de STUBB en 2008 (53) concernant l'opinion des médecins généralistes à propos des DIU, et la conformité de celle-ci par rapport aux référentiels, met en évidence une erreur de perception des risques encourus sous DIU. On constate un écart entre la perception qu'ont les médecins généralistes des risques et indications des stérilets et les véritables risques et indications décrits dans les directives de pratique reconnues. « Même si les directives confirment la sécurité des DIU, plus de 60% des répondants estimaient à tort que les maladies inflammatoires pelviennes et les grossesses ectopiques constituaient des risques majeurs ». La plupart des répondants ne recommandent pas les DIU pour les nullipares. Même avec une efficacité semblable à celle de la ligature tubaire, jusqu'à 47% des répondants pensaient toujours que l'échec de la contraception par DIU était un risque important. Enfin, malgré la recommandation du DIU hormonal comme traitement des ménorragies fonctionnelles et des dysménorrhées, près de la moitié des médecins signalait comme risque important les saignements accrus ou douloureux.

Par ailleurs parmi les freins à la prescription et à la pose des DIU apparaissent à plusieurs reprises la notion d'une exigence matérielle légale « matériel de réanimation » « oxygène », bien qu'il ne s'agisse plus d'une obligation légale depuis 1981.

Les cotations d'actes en rapport avec les DIU ne sont par ailleurs connues globalement que par les médecins directement concernés par la mise en place d'un DIU.

Les erreurs de perception des risques et efficacité des DIU par les médecins généralistes contribuent à véhiculer une image négative des DIU par les patientes et les médecins eux-mêmes.

b) La pose de DIU

1. Effectif de médecins posant des DIU

42 médecins sur 180 prescrivent des DIU, seuls 15 en posent, soit 8% des participants.

Dans la thèse de DIAS (52), 11,8% des médecins interrogés posaient des DIU dont la majorité avait plus de 50 ans. Dans la thèse bordelaise d'ARINO CLOUET de 2005 (54), 10,7 % des médecins posaient des DIU. Dans celle de MICHELET-BRETAUDEAU en Loire-Atlantique de 2010 (55), 20% des médecins posent des DIU. Dans l'étude canadienne de STUBB de 2008 (53), 82% des répondants prescrivaient des DIU et 41% les installaient. Ces résultats diffèrent donc beaucoup selon les régions et les médecins.

Les résultats d'une requête effectuée auprès de l'ISPL, concernant la pose et le changement de DIU à partir des cotations CCAM, 332 DIU ont été posés par des médecins généralistes en Lorraine en 2009, ce qui correspond à seulement 2% des poses, contre 61% par les gynécologues obstétriciens et 36% par les gynécologues médicaux.

2. Modalités de pose et moyens d'apprentissage

Les modalités de poses sont assez variables et aucun matériel n'est utilisé de manière prédominante.

Les moyens d'apprentissage de la pose sont variés, le plus souvent il s'agit d'un apprentissage auprès d'un confrère ou d'un stage hospitalier.

Parmi les 6 médecins suivant ou ayant suivi la formation de DU de gynécologie, seuls 2 pratiquent la pose de DIU. Les autres n'en posent pas par manque de temps ou parce que leur formation est en cours.

3. Les effets indésirables, complications et difficultés rencontrées

Les difficultés d'insertion ont été rencontrées par la plupart des médecins posant des DIU. Les effets secondaires constatés au décours de la pose de DIU sont rares à types de douleurs pelviennes. 4 médecins signalent la survenue de malaises vagues. Cela ne préjuge pas de la fréquence de survenues de ces événements.

Les complications ayant motivées le retrait de DIU sont avant tout infectieuses (de la vaginite à l'endométrite) puis secondairement des douleurs persistantes, un déplacement de DIU, intolérance sans précision, phlébite et hémorragie sans précision. Y a-t-il eu des retraits non justifiés de DIU ? Seuls les contextes au cas par cas auraient pu nous l'indiquer.

Un médecin déplore la fréquence des grossesses sous DIU : « 7 en 32 ans d'exercice » et un autre a constaté une grossesse sous Miréna. Nous n'avons pas de précision sur les contextes de ces échecs qu'il aurait été intéressant de commenter.

c) Les facteurs influençant la prescription de DIU

Le fait d'être une femme influence positivement sur la prescription de DIU. Peut-être cela découle-t-il du fait que les médecins femmes sont susceptibles d'aborder plus facilement le thème de la contraception et donc celui des DIU avec leur patiente?

Il n'y a pas de différence significative entre les prescripteurs et les non prescripteurs de DIU concernant l'ancienneté d'exercice, le type d'exercice, la proximité d'un gynécologue.

Le suivi d'une formation continue de gynécologie, quel qu'en soit le type, ainsi que la pratique de la gynécologie est significativement plus élevée dans le groupe des prescripteurs de DIU. Ceci paraît logique, il s'agit de médecins investis dans la gynécologie médicale qui peuvent prescrire des DIU.

A noter l'exercice en PMI ou en Planning familial n'influe pas dans notre étude sur la prescription de DIU mais sous réserve d'un trop petit effectif de médecins y exerçant une activité.

d) Les facteurs influençant la pose de DIU

Contrairement à la prescription il n'y a pas de différence significative selon le genre du médecin. Les critères géographiques n'interviennent pas non plus. Par contre l'ancienneté d'exercice influe positivement dans la pose DIU. Cette tendance se retrouve dans la thèse bordelaise d'ARINO-CLOUET de 2005 (54) dans laquelle les médecins posant des DIU étaient surtout de médecins de plus de 50 ans, installés depuis plus de 20 ans, sans distinction de sexe. S'agit-il d'une meilleure gestion du temps ? D'une meilleure assurance dans le geste ? D'une réputation de compétences en gynécologie connues des patientes?

e) Facteurs cités par les médecins participants

Les réponses à la question « pourquoi ne prescrivez-vous pas de DIU » permettent de mettre en évidence plusieurs problématiques qui se retrouvent de façon similaire dans les réponses à la question « pourquoi ne posez-vous pas de DIU ».

1. « Je ne prescrit pas de DIU car je n'en pose pas »

Les médecins répondent majoritairement qu'ils ne prescrivent pas de DIU du fait qu'ils n'en posent pas. Les raisons peuvent-être en fait multiples. Certains médecins précisent qu'ils conseillent les DIU, puis orientent vers un gynécologue. Ils préfèrent peut-être que ce qui

concerne le DIU soit géré par un seul intervenant concernant ce mode de contraception : celui qui pose prescrit. Un médecin écrit que « c'est l'occasion d'une visite pertinente avec un gynécologue avec réalisation de frottis », lui-même ne faisant pas ce genre d'acte.

Les autres médecins citent un manque de pratique, de formation, de temps, de matériel, un risque médicolegal. Nous développerons ces idées ultérieurement.

Peut-être sont sous-entendus le manque d'intérêt pour ce genre de contraception voire pour la pratique de la gynécologie, ou le souci de rentabilité...

2. Rôle particulier du gynécologue jugé plus compétent

En second lieu les médecins écrivent qu'ils ne prescrivent pas de DIU car c'est un acte réalisé par les gynécologues. Ce rôle particulier du gynécologue est cité sous les formes suivantes : « je fais parti d'une génération de médecins généralistes où [prescrire des DIU] c'est le rôle du gynéco qui en a la pratique quotidienne, « c'est les gynécos les plus compétents», ou « c'est le travail du gynéco».

Plusieurs médecins spécifient que ce qui concerne les DIU est une spécificité du gynécologue : « acte technique assez spécialisé à réserver aux gynécologues», « c'est le rôle du gynécologue». Enfin les expressions assez extrêmes : « on ne *doit* pas les poser » et « le gynécologue médical est le médecin généraliste des femmes» évinçant ainsi toute démarche des généralistes favorisant le suivi gynécologique dont la contraception par DIU.

Pourtant l'étude prospective de MARRET sur 300 poses de DIU par des médecins généralistes (56) a permis de constater que « dans le cadre d'une population de médecins généralistes formés à la pratique de la contraception et de la gynécologie médicale, la pose et la prise en charge de DIU sont réalisables en médecine omnipraticienne sans être délétère pour les patientes. Cette constatation est remarquée malgré la moindre expérience des généralistes en terme de fréquence de pose de DIU comparés aux gynécologues».

3. Le défaut de formation, de sensibilisation des médecins généralistes

Le défaut de formation est cité de nombreuses fois. Un médecin précise qu'il n'a reçu « aucun enseignement spécifique au cours des études ». Un autre écrit que les généralistes ne sont « pas formé[s] dans ce sens ». Deux médecins associent le défaut de formation à un manque de temps. « En médecine générale cela devient compliqué de se former par ce type de diplômes (Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire) car chronophage et contraintes des charges du cabinet ».

Dans notre étude, 26% des participants (n=180) déclarent suivre actuellement une formation sur le thème de la gynécologie, la plupart en consultant des revues et des périodiques. Un seul médecin cite internet, peut-être que cet aspect est sous-évalué car non proposé parmi les réponses fermées. Notons qu'il s'agit de la formation actuellement suivie, évinçant probablement les formations antérieurement réalisées.

Dans le travail de LEVASSEUR de 2005 (29), 22% suivent FMC. Les motifs de ceux qui n'en suivaient pas étaient principalement le manque de temps, puis le manque de besoin ressenti et le manque de demande. D'autres remarques variées comprenaient le manque de qualité FMC, le manque de proposition, la difficulté pour être remplacé, l'éloignement, le manque de repos...

Les attentes des médecins par rapport aux FMC étaient à 64% l'amélioration de leurs connaissances puis apprentissage de gestes techniques. Cette tendance se retrouvait dans la thèse de COSTES et LOUZEAU ARNAL (57), où les médecins recherchaient des « petits trucs pratiques », des informations par rapports aux nouveaux traitements et l'apprentissage de gestes techniques.

D'après l'enquête qualitative de LEVASSEUR auprès de 21 praticiens d'Ile et Vilaine concernant le besoin de formation en gynécologie des médecins généralistes en Bretagne réalisée en 2002 (58), « la prévention et le dépistage sont les premiers rôles spécifiques que

87% des médecins généralistes se reconnaissent dans le suivi des femmes. Les premiers motifs de consultation en gynécologie sont la contraception et le traitement hormonal substitutif et c'est sur ces thèmes qu'ils souhaitent une formation médicale continue».

Dans l'étude de 1999 de LE GOAZIOU (59), les médecins ont acquis une formation à 62% en post universitaire, auprès de confrères spécialisés et ou en centre de planification.

Dans l'étude de Dias (52), 17% estimaient ne pas avoir reçu de formation à l'université, plus de la moitié avait plus de 50 ans. Le mode de formation s'était fait essentiellement au cours de stages d'externats. Le travail de COSTES et LOUZEAU ARNAL réalisé à Toulouse 2006 (57) révélait que les médecins généralistes trouvaient l'enseignement peu adapté à la pratique quotidienne. Il y a peu d'accès lors de l'internat aux stages de gynécologie-obstétrique souvent occupés par les médecins spécialistes et sages-femmes.

Ainsi la formation universitaire semble insuffisante et l'accès à la formation de gynécologie est inégal pour les étudiants en médecine que ce soit avant ou après l'Examen Classant National, dépendant de l'accès à des stages de gynécologie, des maîtres de stages et de leur propre pratique... Il serait intéressant de pouvoir coupler les stages SASPAS avec par exemple des vacances en planning familial ou en service ou en cabinet de gynécologie afin de se former à ce genre de consultations. Depuis s'est récemment créé un DIU de gynécologie-obstétrique. Encore d'accès inégal en France, cette formation nécessite un réel investissement en temps et n'est pas rémunéré comme d'autres FMC. Il ne permet pas de justifier d'un titre de gynécologie mais a l'intérêt de parfaire la formation universitaire initiale et d'acquérir plus d'aisance dans ce domaine.

D'après le document de la Direction générale de la santé (DGS) « Stratégie d'action en matière de contraception » de janvier 2007 (60), la formation des médecins généralistes en gynécologie fait parti des enjeux pour le système de santé. Elle doit permettre de compenser la pénurie annoncée des gynécologues, d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

Il convient d'« adapter la formation continue des professionnels de santé aux nouveaux enjeux. [...] La baisse de la démographie médicale, le manque de temps [...] pour s'informer et se former, le coût élevé des formations basées sur le regroupement physique ont pour effet de ne permettre qu'à un petit nombre de professionnels d'accéder à une information actualisée, de qualité. Parallèlement les réseaux et supports informatiques se développent, la grande majorité des professionnels de santé sont informatisés. L'utilisation de ces supports pour relayer des informations médicales fiables et actualisées pourraient être une solution d'avenir».

Les besoins de formation des généralistes en gynécologie s'inscrivent dans un contexte très dépendant de la demande des femmes et des contraintes d'exercice.

4. Notion d'évolution de la demande, souvent insuffisante.

Le manque de demande est cité autant de fois que le manque de formation. On constate que le manque de demande induit une perte de pratique, d'expérience. Un médecin écrit « formation en début d'installation mais pas de demande donc pas de mise en pratique». « On ne fait bien que ce que l'on fait régulièrement ! Il n'y a pas assez de demande en médecine générale pour maintenir un niveau de compétence suffisant » cite un médecin qui prescrit mais ne pose pas de DIU.

La perte de pratique par évolution de la demande est exprimée ainsi : « de moins en moins car les patientes vont chez leur « gyné » », « en prescrivait il y a 20 ans, maintenant il y a les gynécos », « n'en prescrit plus », « n'en pose plus car maîtrise insuffisante du geste ». « Historiquement dans les années 90, il y avait une dizaine de gynéco sur le secteur => je ne fais plus de gynéco ». Une nuance : « FMC il y a 20 ans, pas de pratique car problème d'assurance professionnelle ».

Certains expliquent ce manque de demande par l' « accès direct au gynécologue », qu'il y a « suffisamment de gynécologue » ou bien simplement par le « refus des patientes ».

D'après le sondage BVA (27), la plupart des femmes ont pris l'habitude ces 30 dernières années de consulter un gynécologue pour leur suivi. Il semble s'être développée une relation bien particulière entre ce médecin spécialiste et les patientes. L'idée qu'il soit le seul compétent dans ce domaine est bien ancrée dans les esprits. D'après le mémoire de VALETTE réalisé en 2006 (61), les femmes choisissent un gynécologue car elles pensent effectivement qu'il est mieux formé, et/ou car elles ignorent que les médecins généralistes peuvent être compétents et équipés pour, ou bien car elles désirent être suivies par une femme et que leur médecin traitant est un homme. Les femmes choisissant un médecin généraliste avancent des problèmes d'accès aux gynécologues, des délais de rendez-vous trop importants, une trop grande distance par rapport au domicile, certaines choisissent même un médecin généraliste femme tandis que leur médecin traitant est un homme.

Un médecin cite que « le médecin généraliste de la femme c'est le gynécologue du fait de l'évolution de la demande de soins ».

5. Redéfinir le rôle du médecin généraliste.

Le rôle du médecin généraliste paraît réduit voire tronqué. Un médecin cite que « le médecin généraliste de la femme c'est le gynécologue du fait de l'évolution de la demande de soins ». D'autres médecins écrivent : « [Je] ne prescrit pas [de DIU] car on ne doit pas les poser », « ce n'est pas la fonction du médecin généraliste », « aucune fonction pour ce geste technique », « pas habilité ».

Rappelons que d'après la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, conforté par la loi HPST, le médecin généraliste est le pivot de l'organisation de la médecine ambulatoire avec le dispositif de médecin traitant (26).

D'après une étude de LEVASSEUR de 2002 (29), près de 9 généralistes sur 10 citent la prévention et le dépistage et ceci semble relever de l'évidence professionnelle. Le premier recours vient ensuite, suivi de l'information, l'éducation, la coordination et l'orientation. Paradoxalement la prise en charge globale, pourtant largement revendiquée par la profession, n'est citée qu'une fois sur deux.

Notons que parmi les médecins qui ne prescrivent pas de DIU, certains précisent néanmoins spontanément les proposer aux patientes. Il est en effet indispensable que le médecin informe objectivement les patientes à propos de la contraception dans son ensemble. Le médecin généraliste doit pratiquer la gynécologie dans les limites de ses connaissances et de ses capacités, il orientera secondairement si nécessaire vers un gynécologue ou un médecin généraliste formé.

6. Manque de temps, difficulté d'organisation d'une consultation de gynécologie

Le manque de temps est précisé ainsi : « pas de temps car activité déjà importante », « conseille oriente vers gynéco par manque de temps », « n'a pas le temps de les poser, fait déjà beaucoup de gestes ».

Nous n'avons pas demandé le nombre d'actes réalisés par les médecins mais celui-ci ne reflète pas forcément le nombre d'heures de travail.

Selon l'Institut de recherche et de documentation en Economie de la santé (IRDES) : les médecins généralistes déclaraient travailler 52 à 60 heures par semaine (62).

Selon une étude menée en octobre 2009 par la DREES, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes contre 20 minutes pour le gynécologue (63).

Le médecin désirant faire de la gynécologie devrait donc prévoir une consultation centrée sur le motif gynécologique, réorganiser son temps de travail et éduquer les patientes à consulter pour cela.

Dans l'étude de DIAS (52) un médecin déplorait que « *que la gynécologie était « presque toujours abordée dans son cabinet en fin de consultation quand ce ne sont pas des demandes de renouvellement de pilule dans le couloir.* »

Selon les recommandations de l'HAS de décembre 2004 (14) (15) : « la première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception, il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée».

Nous n'avons pas demandé quel était le mode d'installation des médecins mais d'après l'étude de LEVASSEUR de 2002 (29), le mode d'installation intervient : «le fait d'être installé en groupe fait augmenter l'activité moyenne du généraliste et l'activité de gynécologie en particulier. S'agit-il d'un effet « d'entraînement » de la clientèle et dans ce cas les patientes sont-elles avant tout celles du cabinet? S'agit-il d'une meilleure organisation du travail et de la permanence des soins (plages horaires de consultations plus importantes par exemple, créneau pour les urgences ou les consultations non programmées, etc.) ? L'enquête ne permet pas de répondre à ces questions».

Dans notre étude, le concept de travail en réseau de soin est sous-tendu par les remarques suivantes : un médecin dit regretter que « les gynécologues locaux n'acceptent pas de suivi conjoint », un autre au contraire décrit une « bonne relation avec gynéco-pose

rapide». Deux autres médecins disent être associés à une « femme compétente » ou être en « cabinet de groupe, une consœur faisant de la gynéco » ou associés compétents ». Un praticien écrit que la « gestion de la prescription de DIU [doit être réalisée] par le gynécologue voire plus tard par les sages-femmes ». Il serait en effet intéressant de définir plus clairement le rôle des sages femmes, plus précisément libérales, à propos du suivi gynécologique. Elles seraient sans doute intéressantes qu'elles intègrent des pôles ou maisons de santé par exemple.

En effet d'après de rapport public à propos des pôles de santé (66) de 2010, « les modèles pluri professionnels pour les soins de premier recours sont les plus aptes à répondre aux enjeux de demain, à condition de comprendre un double objectif : réponse aux besoins des populations et amélioration de la qualité des pratiques. Ils pourraient devenir les modèles dominants d'exercices futurs et méritent d'être favorisés partout et sous toutes les formes (pôles, maisons et centres de santé) ». « Le projet de loi «hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) va renforcer le rôle des maisons de santé en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoires en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans les territoires ».

La pratique de la gynécologie médicale et en particulier de la gestion de la contraception seraient donc favorisées par l'installation en cabinet de groupe et probablement par l'exercice en maison de santé ou maison médicale pluridisciplinaire.

7. Contraintes matérielles

La plupart des contraintes exprimées reposent sur le cadre légal d'avant 1981(43), la possession d'oxygène ou de matériel de réanimation ne faisant plus partie des conditions de pose de DIU en cabinet.

Pour pouvoir faire de la gynécologie en ville, les médecins doivent être tout de même équipés en matériel nécessaire. Dans le travail de LE GOAZIOU sur l'équipement du cabinet médical dans l'Ain (64), plus d'un tiers des médecins avait du matériel pour poser des DIU. Dans notre étude seuls 15 médecins sur 104 réalisant des frottis cervico-vaginaux, donc ayant le matériel gynécologique minimum nécessaire, posent des DIU.

Par ailleurs dans notre étude, ceux qui posent des DIU utilisent aussi bien des kits jetables que du matériel stérile malgré la lourdeur de gestion d'un autoclave. Mais parmi ceux qui ne posent pas de DIU le problème d'asepsie du matériel est évoqué.

1 médecin s'inquiète de la difficulté d'obtenir un contrôle échographique rapide, celui-ci n'est pas recommandé systématiquement mais seulement à visée diagnostique d'une complication ou d'un doute morphologique avant la pose (65).

Les généralistes sont donc équipés mais cela dépend sans doute de leur intérêt pour la gynécologie et de leur activité.

8. Risque médico-légal, problème d'assurance responsabilité professionnelle

Les contraintes médico-légales ou assurancielles sont citées à plusieurs reprises : « risque médico-légal », « problème d'assurance professionnelle » « peur de mal faire », « acte risqué », « nécessité d'un agrément », « l'aggravation des contraintes légales et responsabilité ». Un médecin écrit qu'il « n'en pose plus car maîtrise insuffisante du geste », « risque médico-légal trop important pour un médecin généraliste », « risque médico-légal, nombre de gestes insuffisants sur l'année », « expérience du médecin généraliste moindre par rapport au gynécologue », « problème d'assurance professionnelle ». Les contraintes légales sont citées ainsi : « pas de matériel de réanimation selon les textes de loi ».

Nous nous sommes renseignée par téléphone auprès d'une assurance responsabilité professionnelle : il n'y a pas de surprime du fait de la pose de DIU, il suffit juste de signaler que l'on pratique ce geste afin de le spécifier sur notre contrat. Il est certain que pratiquer ce geste, comme tout geste que l'on peut réaliser, expose à un risque d'aléa thérapeutique, voire d'erreur médicale. Comme nous l'avons cité en première partie (IV, A, 10), il est primordial d'informer les patientes des bénéfices, risques, mêmes rares, et des possibles effets secondaires.

9. Raisons personnelles : pas d'intérêt, homme.

Les autres raisons évoquées sont « je ne veux pas car homme jeune », « manque d'intérêt » ou « pas d'intérêt personnel, manque de temps et de formation », « ne fait pas de gynéco ». », « il y a suffisamment de gynécos pour le faire ! ». Nous avons vu également que le fait d'être une femme favorisait significativement la prescription de DIU. D'ailleurs dans l'étude de DIAS (52), 75% des femmes étaient favorables à une éventuelle augmentation de leur activité gynéco-obstétricale, contre 57,5% des hommes. La différence était significative. Mais les femmes ont une activité généralement plus faible que celle des hommes : elles ne seront donc pas suffisantes pour assurer les suivis gynécologiques. La place des médecins généralistes masculins reste donc primordiale dans le suivi des femmes.

CONCLUSION

L'HAS écrit que malgré la très bonne efficacité des DIU, leur taux d'utilisation en France est paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes. Afin de faciliter l'accès au DIU, le groupe de travail recommande que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles (FMC...). Nous avons choisi d'étudier le point de vue des médecins généralistes mais il faudrait bien sûr agir sur celui des femmes et des médias. En Lorraine en 2009, les médecins généralistes ont assurés seulement 2% des poses de DIU d'après l'ISPL.

Effectivement, malgré la sortie de nouvelles recommandations HAS en 2004 (14) (15), on peut percevoir une erreur d'appréhension des risques et indications des DIU par les médecins généralistes, particulièrement explicite dans l'étude canadienne de STUBB (53). Ces perceptions péjoratives contribuent vraisemblablement au faible taux d'utilisation des DIU.

Les rôles du médecin généraliste étant entre autre la prise en charge globale, l'information et l'orientation, il a donc un rôle à jouer dans le suivi gynécologique des femmes. Le médecin généraliste doit pratiquer la gynécologie dans les limites de ses connaissances et de ses capacités, il orientera secondairement si nécessaire vers un gynécologue ou un médecin généraliste formé. Les médecins généralistes ont les compétences pour prescrire et poser des DIU, sans être délétères pour les patientes malgré la moindre expérience en termes de fréquence de pose, à condition d'être formés à la réalisation de cet acte (56).

Il faut donc sensibiliser les médecins généralistes à ce mode de contraception et plus largement à la pratique de la gynécologie médicale en particulier grâce à une formation universitaire adéquate. Le fait est qu'il faut agir tôt et démystifier ce type de pratique : un médecin qui n'aura pas envie de faire de la gynécologie ne s'y intéressera jamais.

Rappelons que les besoins de formation des généralistes en gynécologie s'inscrivent dans un contexte très dépendant de la demande des femmes et des contraintes d'exercice. Il est donc indispensable d'agir auprès des femmes, par rapport à la possibilité d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste, et d'autre part, de corriger les à priori négatifs à propos des DIU et autres moyens de contraception.

La direction générale de la santé écrit : « Adapter la formation continue des professionnels de santé aux nouveaux enjeux est une nécessité. Parallèlement les réseaux et les supports informatiques existent, la grande majorité des professionnels de santé sont informatisés. L'utilisation de ces supports pour relayer des informations médicales fiables et actualisées pourraient être une solution d'avenir ».

La pratique de la gynécologie médicale serait favorisée par l'installation en cabinet de groupe et probablement par l'exercice en maison de santé ou maison médicale pluridisciplinaire (29), du fait d'une réorganisation en temps et en moyens personnels et matériels. Le projet de loi «hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) devrait favoriser la création de maisons ou pôles de santé.

La gestion par les médecins généralistes de la contraception par dispositif intra-utérin, et par extension la pratique de la gynécologie, est soumise au contexte socio-économique de la pratique de la médecine générale.

LISTE des ILLUSTRATIONS

PREMIERE PARTIE

Tableau 1 : Pose de DIU selon la spécialité médicale et les départements en Lorraine en 2009, d'après l'ISPL.	58
--	-----------

DEUXIEME PARTIE

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de réponses au questionnaire par département.	62
Tableau 2 : Répartition du genre et des âges de la population étudiée, moyennes d'âges respectives.	62
Tableau 3 : Classes d'âge des médecins généralistes répondants.	63
Tableau 4 : Ancienneté d'exercice, depuis l'année de soutenance de thèse, des médecins répondants.	63
Figure 1 : Milieu d'exercice des médecins répondants.	64
Figure 2 : Type d'exercice selon le département.	64
Tableau 5 : Distance séparant le médecin généraliste du gynécologue selon le département d'exercice.	65
Tableau 6 : Nombre de médecins participants suivant actuellement une formation continue en gynécologie, et suivant ou ayant suivi une formation diplômante en gynécologie (n=180).	66
Tableau 7 : Nombre de médecins généralistes participant exerçant une activité salariée annexe, et type d'activité exercée.	67
Tableau 8 : Les actes de gynécologie réalisés par les médecins participants	68
Tableau 9 : Motifs limitant la pratique de la gynécologie par les médecins participants.	69
Tableau 10 : Types de DIU prescrits par les participants.	70
Figure 3 : Répartition des médecins généralistes selon la quantité de DIU qu'ils estiment avoir prescrits en 2009 (n=41).	70
Tableau 11 : Prescription de DIU dans les cas particuliers de nulliparité, métrorragies fonctionnelles et contraception d'urgence ; proportion de médecins parmi les prescripteurs de DIU (n= 41).	71
Tableau 12 : Moyens d'apprentissage de la pose de DIU suivis par les 15 médecins généralistes poseurs de DIU.	72
Tableau 13 : Modalité de poses et difficultés rencontrées par les 15 médecins participants poseurs de DIU.	73
Tableau 14 : Motifs de retrait de DIU cités par les 47 médecins effectuant des retraits de DIU.	74
Tableau 15 : Complications ayant motivées le retrait de DIU par les médecins généralistes effectuant des retraits de DIU.	74
Tableau 16 : Influence des caractéristiques socioprofessionnelles sur la prescription de DIU	75
Tableau 17 : Influence de la formation en gynécologie et des activités salariées annexes sur la prescription de DIU.	76
Tableau 18 : Influence de la pratique de la gynécologie sur la prescription de DIU.	77
Tableau 19 : Influence des caractéristiques socioprofessionnelles sur la pose de DIU.	78
Tableau 20 : Pose de DIU et Formation en gynécologie actuelle et activité annexe.	79

ANNEXES

Annexe 1 : Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998), Source : Enquête COCON 2000.	103
Annexe 2 : Principales raisons évoquées devant un échec de contraception par des femmes consultant pour une IVG. d'après Bajos et al., étude COCON, 2003.	103
Annexe 3 : Efficacité des différentes méthodes contraceptives. D'après l'OMS adapté de Trussel J.	104
Annexe 4 : Par qui sont prescrits les contraceptifs en France ? (5)	106
Annexe 5 : Les différents types de DIU disponibles en France en 2010.	107
Annexe 6 : Critères de recevabilité médicale pour l'usage de DIU, les 4 catégories énoncées par l'OMS.	109
Annexe 7 : Insertion méthodique d'un dispositif intra-utérin. D'après la Revue Prescrire.	111
Annexe 8 : Recommandations de prévention des infections liées à la pose de DIU, tirées des recommandations de l'HAS sur « l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical »	112
Annexe 9 : Lettre explicative envoyée aux médecins	113
Annexe 10 : Questionnaire	114
Annexe 11 : Réponses aux questions ouvertes	117

Annexe 1

Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998), Source : Enquête COCON 2000.

Situation contraceptive	Pourcentage
Pas de contraception	28,1
Pilule contraceptive	23,1
DIU	7,0
Préservatif	19,3
Méthodes naturelles	19,1
Autres méthodes	3,4
Total	100,0

Annexe 2

Principales raisons évoquées devant un échec de contraception par des femmes consultant pour une IVG, d'après Bajos et al., étude COCON, 2003.

Méthodes contraceptives utilisées	Raisons évoquées	
Contraception orale	- 60% oubli de pilule - 11% maladie ou prise d'autres médicaments	- 8% vomissements - 21% sans explication
DIU	- 31% expulsion ou mal placé - 11% Maladie ou prise d'autres médicaments	- 58% sans explication
Préservatifs	- 53% rupture, glissement - 28% pas utilisé cette fois là	- 19% sans explication
Méthodes locales	- 32% mauvais usage - 52% pas utilisée cette fois là	- 16% sans explication
Méthodes naturelles	- 26% erreurs de dates - 67% retrait trop tardif	- 7% sans explication

Annexe 3

Effacité des différentes méthodes contraceptives, d'après l'OMS adapté de Trussel J., 2004

Méthodes contraceptives (1)	% de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation		% de femmes poursuivant leur méthode contraceptive après un an d'utilisation ³
	Emploi typique ¹ (2)	Utilisation parfaite ² (3)	(4)
Aucune méthode ₄	85	85	-
Spermicides ₅	29	18	42
Retrait	27	4	43
Abstinence périodique	25		51
Calendrier		9	
Ovulation		3	
Symptothermique ₆		2	
Après ovulation		1	
Cape ₇			
Uni/multipares	32	26	46
Nullipares	16	9	57
Eponge			
Uni/multipares	32	20	46
Nullipares	16	9	57
Diaphragme ₇	16	6	57
Préservatifs ₈			
Féminin	21	5	57
Masculin	15	2	53
Pilule combinée et minipilule	8	0,3	68
Patch œstroprogestatif (Evra®)	8	0,3	68
Anneau œstroprogestatif (Nuvaring®)	8	0,3	68
AMPR (Depo-Provera)	3	0,3	56
Contraceptifs injectables combinés (Lunelle)	3	0,05	56
DIU			
T au cuivre	0,8	0,6	78
Miréna®	0,1	0,1	81
Implants LNG	0,05	0,05	84
Stérilisation féminine	0,5	0,5	100
Stérilisation masculine	0,15	0,10	100

Pilules pour la contraception d'urgence : instaurée dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, ce traitement réduit d'au moins 75% le risque de grossesse.

Méthodes de l'aménorrhée lactationnelle : méthodes temporaire de contraception, très efficace.⁹

Notes:

- ¹ Chez les couples *typiques* qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison. Les estimations de la probabilité d'une grossesse au cours de la première année d'une utilisation normale de spermicides, de la méthode du retrait, de l'abstinence périodique, du diaphragme, du préservatif masculin, de la pilule, et de Depo-Provera, sont extraites de l'étude réalisée en 1995 : National Survey of Family Growth, corrigées de façon à tenir compte de la sous-notification des avortements; se reporter au document source (Trussel, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- ² Chez les couples qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois), et qui l'utilisent *parfaitement* (c'est à dire, de manière à la fois systématique et correcte), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison ; se reporter au document source (Trussel, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- ³ Chez les couples voulant éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent d'utiliser une méthode pendant 1 an.
- ⁴ Le pourcentage des femmes concernées par une grossesse, figurant aux colonnes (2) et (3), est fondé sur les données se rapportant aux populations n'utilisant pas de contraception, et aux femmes qui interrompent leur contraception, car elles désirent une grossesse. Parmi les populations n'utilisant pas la contraception, environ 89% sont enceintes dans un délai d'1 an. Cette estimation a été légèrement abaissée (à 85%) de façon à prendre en compte le pourcentage de grossesses intervenant dans ce délai d'1 an chez les femmes passées à des méthodes réversibles de contraception, en cas d'abandon de la contraception.
- ⁵ Mousses, crèmes, gels, suppositoires vaginaux, et film vaginal.
- ⁶ Méthode de la glaire cervicale (ovulation), complétée par la méthode du calendrier dans la période pré-ovulatoire et par la méthode de la température corporelle dans la période post-ovulatoire.
- ⁷ Avec crème ou gel spermicide.
- ⁸ Sans spermicides.
- ⁹ Toutefois, afin de rester efficacement protégée contre la grossesse, il convient d'utiliser une autre méthode de contraception dès le retour des règles, la réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, l'introduction de l'alimentation au biberon, ou dès que le nourrisson parvient à l'âge de 6 mois.

Annexe 4

Par qui sont prescrits les contraceptifs en France?

D'après la référence bibliographique (5).

Contraceptifs	Médecins généralistes (%)	Gynécologues (%)
Pilule Œstro-progestative	60	40
Micropilule progestatives	43	57
CU hormonale	88	12
Implant à l'Etonogestrel	12	88
DIU au Lévonogestrel	3	94

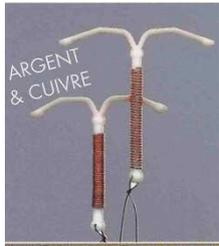
Les prescriptions par les centres de planning et les non-médecins, ainsi que les chiffres concernant les DIU au cuivre n'apparaissent pas dans ce tableau.

Source : industrie pharmaceutique.

Annexe 5

Les différents types de Diu disponibles en France en 2010.

Les modèles de DIU disponible en France et leurs particularités sont résumés dans le tableau suivant, d'après les références (32) (33) (34) (35).

Substance active	Forme	Modèle, Fabricant	Forme et hauteur utérine (HU) correspondante	Pose et type d'inserteur	Durée d'efficacité
Cuivre 380 mm ²	Forme de « T » : cuivre tous les bras.  36 mm de long	-TT 380® Lab. CCD	HU > 7cm	- pose en 2 temps (poussée et retrait) - diamètre du tube d'insertion : 6 mm	10 ans
		-Mona Lisa CuT 380A QL® Lab.HRA PHARMA	HU entre 6,5 et 9cm	- pose en 2 temps - diamètre du tube d'insertion : 4,75mm	5 ans
Cuivre 380 mm ²	Forme de « T » : cuivre sur le bras vertical. 	-UT 380 ® et -NT 380 ® En standard ou « short loop»(SL) Lab. CCD	-UT et Mona Lisa NT : 380 mm ² de cuivre -NT : 380mm ² de cuivre-argent -Standard : 32mm de long : pour une HU > 7 cm -SL : 27mm de long : pour une HU < 7 cm	- pose en 2 temps -inserteur rigide pour le UT 380® - inserteur souple pour le NT 380® - diamètre du tube d'insertion : 4mm	5 ans
		-Mona Lisa NT 380® Lab. HRA PHARMA	HU entre 6 et 9cm	- pose en 2 temps - diamètre du tube d'insertion : 3,70mm	

Substance active	Forme	Modèle, Fabricant	Forme et hauteur utérine (HU) correspondante	Pose et type d'inserteur	Durée d'efficacité
Cuivre 375mm²	Forme de « parapluie » 	-Gynelle375® Lab. CCD	- 35mm de long - HU > 7cm	- pose en 1 temps (poussée), les bras restent en dehors du tube d'insertion inserteur rigide - diamètre du tube d'insertion : 5mm environ.	5 ans
		-Multiload Cu-375® standard et « short » Lab. Schering-Plough	- Standard : 35mm de long pour HU entre 6 à 9 cm - « Short » : 30 mm de long pour HU entre 5 à 8 cm		
		-Mona Lisa Cu 375® standard et « short » Lab. HRA PHARMA			
Lévonogestrel (LNG) : contient 52mg de LNG délivrant 20 µg par jour pendant 5 ans d'utilisation.	Forme de « T » de 32 mm de long 	-Miréna® Lab. Boyer-Santé		- pose en 2 temps - inserteur rigide - diamètre du tube d'insertion : 4,5mm	5 ans

Tous les conditionnements contiennent un hystéromètre souple excepté pour MultiLoad Cu375® et Miréna®.

Le DIU TT 380® est identique au Gyne T 380®, lequel n'apparaît plus sur le Vidal®. Il s'agit du DIU au cuivre de référence. Le Gynelle 375® est le générique du Multiload Cu 375®.

Depuis 2002 les GyneFix®©, GyneT 200®, GyneT 380® et Multiload® Cu-250 ne sont plus distribués en France car peu prescrits.

Le Sertalia® (Flexi T300®) a été retiré du marché en 2006 en raison de la fragilité du fil. Le Nova T 200® est retiré du marché depuis 2007 car du fait de la relative petite surface en cuivre, son efficacité diminuait au bout de 3 ans avec 6% d'échecs au bout de 5 ans d'utilisation.

Le NT 380® est une copie conforme du Nova T 380® qui est commercialisé dans d'autres pays dont la Grande- Bretagne.

Annexe 6

Critères de recevabilité médicale pour l'usage de DIU, les 4 catégories énoncées par l'OMS.

L'OMS a énoncé des critères de recevabilité médicale pour les DIU en se fondant sur les risques et avantages relatifs pour la santé associés à la méthode pour des femmes dans des conditions données. Ces critères sont regroupés en 4 catégories :

Catégorie 4 : Les conditions ci-après constituent un risque inacceptable pour la santé et un DIU ne doit pas être posé si la femme a :

- une grossesse établie ;
- une infection puerpérale ou des complications infectieuses consécutives à un avortement (actuelles ou pouvant remonter à 3 mois) ;
- une infection génitale haute (IGH) (actuelle ou pouvant remonter à 3 mois) ;
- une MST (actuelle ou pouvant remonter à 3 mois) ;
- une cervicite purulente ;
- une malignité confirmée ou soupçonnée des voies génitales ;
- une anomalie congénitale ou un fibrome de l'utérus déformant la cavité et rendant impossible la pose d'un DIU ;
- une maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- une tuberculose génito-urinaire avérée ;
- des saignements vaginaux inexplicables (suspicion de pathologie grave).
- Pour le DIU libérant du lévonorgestrel, le cancer du sein survenu dans les cinq dernières années est aussi une contre-indication.

Catégorie 3 : Pour les femmes dans ces conditions, les risques théoriques ou prouvés de l'utilisation de cette méthode l'emportent sur les avantages.

- antécédents d'infection pelvienne (il faut prendre en compte la gravité de l'infection, le caractère adéquat du traitement et la résolution) grossesse établie.
- Un risque accru d'IST (partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples)
- infection à VIH – étant donné la possible augmentation du risque d'inflammation génitale haute liée à la suppression immunitaire (voir note ci-dessous au sujet des femmes séropositives)
- maladie trophoblastique gestationnelle bénigne – étant donné le risque accru de perforation; par ailleurs, le traitement nécessite souvent plusieurs curetages
- post-partum, de 48 heures à quatre semaines.

Ces conditions exigent une réflexion soigneuse avant la pose d'un DIU. C'est la méthode du dernier recours et elle ne doit être utilisée que si aucune autre méthode n'est disponible ou acceptable. Le choix de cette méthode nécessite une opinion clinique et un suivi attentif. Le viol et le risque de MST entrent dans cette catégorie.

La pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel impose en plus de prendre en considération des situations suivantes :

- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire actuelles
- hépatite virale active
- cirrhose décompensée grave
- tumeurs hépatiques bénignes ou malignes
- antécédent de cancer du sein sans récurrence depuis 5 ans
- jusqu'à six semaines après l'accouchement

Catégorie 2 : Les avantages associés à la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés :

- de la ménarche jusqu'à 20 ans
- moins de 48 heures post-partum
- après un avortement survenu au second trimestre
- anomalies (sténose cervicale ou lacérations cervicales) qui ne déforment pas la cavité utérine ou n'entraînent pas la pose d'un DIU
- valvulopathie avec complications
- fibromes utérins sans déformation de la cavité utérine
- vaginite sans cervicite purulente
- anémies, dont thalassémie, drépanocytose, anémie ferriprive (excepté en cas d'utilisation du DIU au lévonorgestrel)
- dysménorrhée grave (constitue une préoccupation surtout en cas d'utilisation d'un DIU au cuivre) ; les DIU au lévonorgestrel ont un effet positif)
- saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers ; peuvent inciter à utiliser un DIU au lévonorgestrel)
- endométriose.

Pour ce qui est du DIU au lévonorgestrel, il faut ajouter :

- Obésité
- facteurs de risque multiples de maladie artérielle cardiovasculaire
- hypertension ne pouvant être mesurée
- hypertension > 160/100 mm Hg ; hypertension avec maladie vasculaire
- antécédents de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire
- intervention chirurgicale importante avec immobilisation prolongée
- troubles vasculaires cérébraux ou maladie coronarienne actuels
- hyperlipidémie connue
- néoplasie cervicale intra-épithéliale
- grosseur au sein non diagnostiquée
- diabète
- maladie de la vésicule biliaire
- cirrhose compensée.

Catégorie 1 : aucune restriction.

Annexe 7

Insertion méthodique d'un dispositif intra-utérin, d'après la Revue Prescrire (44).

Voici les principes généraux de pose d'un DIU communs aux divers types. Mieux vaut consulter aussi la notice d'utilisation pour une description spécifique au modèle choisi :

- La femme est allongée sur le dos en position gynécologique ou éventuellement en position demi-assise.
- Mettre des gants, appliquer une solution antiseptique sur la région vulvaire, puis mettre en place un spéculum de taille adaptée. Introduire le spéculum sans l'ouvrir le plus loin possible mais sans forcer, de manière légèrement inclinée vers le bas pour être dans l'axe du vagin, puis l'ouvrir doucement.
- Appliquer sur les parois vaginales et le col utérin une solution antiseptique à l'aide d'une compresse stérile montée sur une pince languette stérile ou à usage unique. Les solutions adaptées à un usage vaginal sont le Dakin® ou la Bétadine ®. La chlorhexidine est à éviter car elle est irritante pour les muqueuses.
- Il est habituel de saisir le CI avec une pince à col stérile (Pozzi ou Museux) pour le maintenir au moment de l'insertion. Prévenir la femme d'une possible douleur lors de la fermeture de la pince et saisir, en fermant la pince lentement, lèvre antérieure du col si l'utérus est antéversé, ou la lèvre postérieure si il est rétroversé.

- Utiliser un hystéromètre souple gradué pour mesurer la profondeur utérine, notamment lors d'une première insertion. Ne pas utiliser d'hystéromètre métallique rigide source de perforation utérine.
- Sortir le DIU de son enveloppe stérile.
- Fixer la bague mobile, qui sert de repère sur le tube d'insertion, à la hauteur correspondant à la profondeur utérine mesurée.
- Placer le DIU dans sa position optimale dans le tube d'insertion, sans manipulation directe pour éviter tout contact avec les mains. Eviter que le DIU ne reste plus de 2 minutes dans le tube car il risque de perdre sa mémoire de forme.
- Effectuer une traction soutenue sur la pince à col tenue de la main gauche (pour les droitiers) afin d'aligner l'axe du col et l'axe du corps utérin.
- Tout en maintenant la traction, tenir le tube d'insertion de la main droite et l'introduire doucement dans le canal cervical, sans forcer. En cas de résistance, souvent lié à un spasme attendre que la résistance cède.
- Pénétrer doucement jusqu'au fond utérin, atteint lorsque le tube d'insertion est introduit jusqu'à ce que sa bague-repère soit au contact du col utérin.

- Pour les DIU dont le tube inserteur est accompagné d'un poussoir, retirer partiellement le tube d'insertion en maintenant le poussoir au contact du DIU pour le dégager de son tube et le placer dans la cavité utérine. Retirer le poussoir, puis le tube, en prenant garde de ne pas tirer sur les fils.
- Pour les DIU n'ayant pas de poussoir, retirer doucement le tube inserteur en prenant garde de ne pas tirer sur les fils.
- Vérifier que le DIU n'est pas visible à l'orifice cervical, puis couper le fil à 2-3 cm de l'orifice cervical.
- Retirer la pince puis le spéculum.
- Laisser la patiente se reposer un moment en position allongée pour éviter un malaise vagal. Lui prescrire un antalgique tel que l'ibuprofène.

Porter un masque lors des manipulations (40)

Annexe 8

Recommandations de prévention des infections liées à la pose de DIU, recommandations de l’HAS sur « l’hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical » (49).

- Lavage hygiénique ou traitement des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique.
- Utiliser un spéculum à usage unique ou stérilisé à l'autoclave à vapeur d'eau.
- Mettre des gants à usage unique non stériles.
- Réaliser un nettoyage de la région génitale avec un savon antiseptique, rincer, sécher.
- Réaliser un lavage simple des mains ou une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique.
- Mettre des gants stériles car un spéculum stérile à usage unique ou stérilisé en autoclave va être utilisé.
- Moucher le col et réaliser une antisepsie avec de la solution iodée gynécologique.
- Poser une pince tire-col stérile.
- Mesurer la longueur de la cavité utérine avec un hystéromètre stérile à usage unique.
- Poser le stérilet en respectant les consignes du fabricant.
- Couper le fil à la longueur désirée avec une paire de ciseaux stériles.
- Enlever la pince tire-col.

Porter un masque lors des manipulations (40)

Annexe 9

Lettre explicative envoyée aux médecins

Objet : thèse de médecine générale, thème de gynécologie.

Nancy, le 14 Mars 2010

Madame, Monsieur,

Je réalise une thèse de médecine générale s'intitulant : « Les Dispositifs intra-utérin (DIU) en Médecine Générale en Lorraine : état des lieux de la pratique et des connaissances des médecins généralistes concernant les dispositifs intra-utérins. » Ce travail est dirigé par le Dr Antoine, médecin généraliste à Haroué, et par le Pr Judlin, gynécologue-obstétricien à la maternité régionale de Nancy.

En France, malgré la large diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesses reste élevé et 2/3 d'entre elles surviennent sous contraception. Les DIU ont l'avantage d'éviter les problèmes d'observance, permettant ainsi d'obtenir une meilleure efficacité contraceptive. Mais ils semblent encore sous-utilisés.

J'aimerais cibler les freins et les facilitateurs de la prescription et de la pose des DIU par les médecins généralistes.

Je vous sollicite donc à répondre sans scrupule en particulier aux 2 questions libres. La saisie des questionnaires restera bien sûr anonyme.

J'attends votre réponse si possible dans les 15 jours suivants la réception de ce document.

Si le sujet vous intéresse, veuillez me transmettre votre adresse mail afin que je vous envoie ma thèse sous format électronique.

En vous remerciant, je reste à votre disposition pour de plus amples informations aux coordonnées ci-dessus.

Annexe 10

Questionnaire envoyé aux médecins

Votre profil :

- 1) Sexe :
 Féminin Masculin
- 2) Quel est votre âge ? _____
- 3) Quand avez-vous soutenu votre thèse ? _____
- 4) Comment définissez-vous votre type d'exercice ?
 Rural,
 Semi-rural/ semi-urbain
 Urbain
- 5) Dans quel département exercez-vous ?
 54 88
 57 55
- 6) Y-a t-il près de votre cabinet un gynécologue, un centre de planification familial ou bien une maternité ?
 Oui
 Non
 Ne sais pas
- 7) A quelle distance approximative se situent les éléments sus-cités les plus proches ?

- 8) Suivez-vous une formation concernant la pratique en gynécologie?
 Oui Non
- 9) Si oui, de quel type ? (plusieurs réponses possibles)
 FMC
 lecture de revues / périodiques
 congrès
 autres, précisez : _____
- 10) Avez-vous suivi ou suivez-vous une formation diplômante supplémentaire en gynécologie (DU/DIU/Capacités) ?
 Oui Non
- 11) Avez-vous une activité salariée annexe ?
 Oui Non

12) Si oui, laquelle ?

- PMI Vacances hospitalières
 Centre de planification familiale Autre, précisez _____

Questions concernant votre pratique en gynécologie :

13) Etes-vous amenés à pratiquer les actes suivants ? (plusieurs réponses possibles)

- Frottis cervico-vaginal Examen des seins
 Prescription initiale de contraception Suivi de grossesse

14) Si non, pourquoi ?

- Patientes non demandeuses
 Défaut de formation
 Autre, précisez : _____

Questions concernant les DIU :

15) Prescrivez-vous des DIU?

- Oui Non

16) Si non, pour quelles raisons ?

Si vous ne prescrivez pas de DIU, veuillez passer ensuite à la question 30.

17) Si vous prescrivez des DIU, le(s)quel proposez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- Au cuivre Hormonal (Miréna®)

18) A combien estimez-vous le nombre de DIU que vous avez prescrit en 2009 ? _____

19) Vous arrive-t-il de prescrire un DIU chez une nullipare ?

- Oui, en première intention Oui, en seconde intention
 Non, précisez pourquoi : _____

20) Vous arrive-t-il de proposer et/ou de prescrire un Miréna® pour le traitement de ménorragies fonctionnelles ?

- Oui Non

21) Vous arrive-t-il de proposer et/ou de prescrire un DIU au cuivre dans le cadre d'une contraception d'urgence ?

- Oui Non

22) Posez-vous les DIU que vous prescrivez ?

- Oui Non

Si non, veuillez passer à la question 29 s'il vous plait.

23) Si oui, où avez-vous appris à poser un DIU ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Au près d'un confrère | <input type="checkbox"/> En centre de planning familial |
| <input type="checkbox"/> En stage hospitalier | <input type="checkbox"/> En PMI |
| <input type="checkbox"/> En FMC | <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____ |

24) Quel type de matériel utilisez-vous ?

- Matériel stérile avec utilisation d'un autoclave
- Kit de pose à usage unique
- Autre, précisez : _____

25) Prescrivez-vous une prémédication avant la pose d'un DIU ?

- Jamais
- Parfois
- Systématiquement

26) Réalisez-vous une anesthésie locale ?

- Jamais
- Parfois
- Systématiquement

27) Avez-vous rencontré des complications lors de l'insertion d'un DIU?

- Oui Non

Si Oui, lesquelles? _____

28) Vos patientes ont-elles présenté des effets secondaires?

- Oui Non

Si Oui, lesquels? _____

29) Pourquoi ne posez-vous pas de DIU ?

30) Savez-vous combien sont cotés la mise en place et le changement d'un DIU ?

- Oui Non

31) Retirez-vous des DIU ?

- Oui Non

32) Si oui, à quelle occasion :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Renouvellement de DIU | <input type="checkbox"/> Ménopause |
| <input type="checkbox"/> Changement de contraception | <input type="checkbox"/> Complication, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Désir de grossesse | _____ |

Merci beaucoup pour votre disponibilité et votre patience !

A me renvoyer avant le 30 mars 2010 si possible ! (enveloppe jointe)

Annexe 11

Réponses aux 2 questions ouvertes

1. Pourquoi les médecins généralistes ne prescrivent-ils pas de DIU ?

Ceux qui n'en prescrivent pas avancent les raisons suivantes :

En premier lieu les médecins ne prescrivent pas car ils ne posent pas de DIU (cité 37 fois). 4 d'entre eux précisent qu'ils conseillent les DIU, puis orientent vers un gynécologue. Un médecin précise que « c'est l'occasion d'une visite pertinente avec un gynécologue avec réalisation de frottis ». Les autres médecins citent un manque de pratique, de formation, de temps, de matériel, risque médico-légal. Un médecin écrit « une grossesse sous Miréna® » et « pas de formation dans ce sens ».

En second lieu les médecins écrivent qu'ils ne prescrivent pas de DIU car c'est un acte réalisé par les gynécologues (cité 23 fois). Soit les gynécologues sont à proximité (7 fois), soit sont évoqués les manques de pratique, de compétence ou de formation. Un médecin cite que « le médecin généraliste de la femme c'est le gynécologue du fait de l'évolution de la demande de soins ». Un médecin déplore que « les gynécologues locaux n'acceptent pas de suivi conjoint ». « Historiquement dans les années 90, il y avait une dizaine de gynéco sur le secteur => je ne fais plus de gynéco. »

Ce rôle particulier du gynécologue est cité en tout 6 fois sous les formes suivantes : « je fais parti d'une génération de médecins généralistes où [prescrire des DIU] c'est le rôle du gynéco qui en a la pratique quotidienne », « gestion [de la prescription de DIU] par le gynécologue voire plus tard par les sages-femmes », « il y a suffisamment de gynécos pour le faire ! », « c'est les gynéco les plus compétent », ou « c'est le travail du gynéco ». D'autres médecins écrivent « ne prescrit pas car on ne doit pas les poser », « ce n'est pas la fonction du médecin généraliste ».

Le manque de demande de la part des patientes est avancé 19 fois. Dont un médecin qui écrit « formation en début d'installation mais pas de demande donc pas de mise en pratique ». D'autres écrivent « pas de demande, manque d'expérience », « refus des patientes, pas de demande », « accès direct au gynécologue, pas ou peu de demande ». Egalement sont précisés une fois chacun : « exercice hospitalier » ou « patientèle âgée » ou « beaucoup de patientes jeunes ».

Le manque ou la perte de pratique est cité au total 13 fois : « demande insuffisante », « de moins en moins car les patientes vont chez leur « gyné » », « en prescrivait il y a 20 ans, maintenant il y a les gynécos », « n'en prescrit plus », ou « formation FMC il y a 20 ans, pas de pratique car problème d'assurance professionnelle ».

Le défaut de formation est cité 20 fois. Un médecin précise qu'il n'a reçu « aucun enseignement spécifique au cours des études ». Deux médecins l'associent à un manque de temps. Deux autres disent être associés à une « femme compétente » ou être en « cabinet de groupe, consœur faisant de la gynéco ». « En médecine générale cela devient compliqué de se former par ce type de diplômes (DU DIU) car chronophage et contraintes des charges du cabinet. »

Le manque de temps est précisé 5 fois : « pas de temps car activité déjà importante », « conseille oriente vers gynéco par manque de temps », « n'a pas le temps de les poser, fait déjà beaucoup de gestes ».

14 médecins au total précisent conseiller les DIU à des patientes mais de les orienter ensuite vers un gynécologue. 2 médecins orientent vers leur consœur médecin généraliste. 2 médecins précisent que c'est par manque de temps, un par perte de pratique du fait de contraintes légales qu'ils adressent les patientes à leurs confrères.

Le défaut de matériel est avancé 5 fois : « pas de matériel de réanimation, pas de formation », « pratique au cabinet délicate », « pas assez de demande, manque de formation, acte risqué, nécessité d'oxygène », « matériel inadapté » ou « pas de pratique suffisante, pas de moyen de contrôler la bonne mise en place, cabinet de radiologie à distance, patientes non véhiculées ».

Les contraintes médico-légales ou assurancielles sont décrites 5 fois : « risque médico-légal, « problème d'assurance professionnelle » « peur de mal faire », « acte risqué », « nécessité d'un agrément ».

Craintes des échecs de DIU : Deux médecins déplorent avoir constaté des grossesses sous DIU, ont un qui précise « 7 en 32 ans d'exercice ! ».

Les autres raisons évoquées sont « je ne veux pas car homme jeune », « manque d'intérêt » ou « pas d'intérêt personnel, manque de temps et de formation », « ne fait pas de gynéco ».

2. Pourquoi les médecins généralistes ne posent-ils pas de DIU ?

Les réponses avancées par les médecins dans cette question sont souvent similaires à celles de la question précédente.

Le manque ou l'absence de formation est cité 31 fois. 7 d'entre eux précisent le recours à leur associé ou au gynécologue. 1 écrit qu'il n'a pas de demande, 2 citent un problème matériel, 2 un problème de temps. 1 pense que le gynécologue médical est « le médecin généraliste des femmes ».

Le manque de demande est cité 19 fois. Ce manque de demande a pour répercussion un manque de compétence et de performance (cité 2 fois), un manque d'expérience (cité 3 fois), et un manque de pratique (cité 2 fois). Ce manque de demande est expliqué parfois par la patientèle âgée.

Le manque de pratique est cité au total 15 fois dont 2 fois avec le fait que c'est « le rôle du gynécologue ». Le manque de pratique est associé 1 fois à « l'aggravation des contraintes légales et responsabilité ». Un médecin écrit qu'il « n'en pose plus car maîtrise insuffisante du geste ». Le manque d'expérience est cité 5 fois. « On ne fait bien que ce que l'on fait régulièrement ! Il n'y a pas assez de demande en médecine générale pour maintenir un niveau de compétence suffisant » (prescrit ms ne pose pas).

13 médecins citent que c'est un geste réalisé par les gynécologues. 11 précisent que des gynécologues sont à proximité de leur cabinet. 3 écrivent : « associé à femme compétente », « bonne relation avec gynéco-pose rapide », « associés compétents ».

12 médecins citent les contraintes légales l'engagement de la responsabilité. Un médecin écrit que la pose de DIU « nécessite un agrément ». Des médecins ont écrit les phrases suivantes : « risque médico-légal trop important pour un médecin généraliste », « risque médico-légal, nombre de gestes insuffisants sur l'année », « expérience du médecin généraliste moindre par rapport au gynécologue », « problème d'assurance professionnelle ». Les contraintes légales sont citées ainsi : « pas de matériel de réanimation selon les textes de loi », « nécessité d'oxygène ».

Le manque de temps est avancé 11 fois dont dans les phrase suivantes : « pas de temps, activité déjà importante », « pas envie de rajouter cet acte », « formée mais en pratique pas le temps », « chronophage », « n'a pas pris le temps de se former ».

9 médecins spécifient qu'il s'agit d'un acte de gynécologie : « acte technique assez spécialisé à réserver aux gynécologues », « pas habilité », « ce n'est pas le rôle du médecin généraliste », « c'est le rôle du gynécologue », « il y a suffisamment de gynécologues », « le gynécologue médical est le médecin généraliste des femmes », « aucune fonction pour ce geste technique ».

Les contraintes matérielles sont citées 5 fois : « matériel et technique inadaptés », « pas de matériel nécessaire si arrêt réflexe », « problème d'asepsie du matériel », « pas de cabinet de radio à proximité pour contrôle échographique ».

3 médecins écrivent qu'ils n'ont pas d'intérêt particulier pour la gynécologie.

2 n'ont pas précisé. 1 médecin écrit qu'il est en cours de formation dans un DU de gynécologie.

BIBLIOGRAPHIE

(1) INSEE

Bilan démographique 2009, estimations de population et statistiques de l'état civil.

[Document en ligne]

http://www.insee.fr/fr/regions/lor/default.asp?page=themes/ouvrages/ecoscopie_54/pop_deficit.htm (consulté le 12/08/10)

(2) INSEE

Bilan démographique 2009 : Population totale par âge et par sexe au 1^{er} janvier 2010 ;

Résultats du Recensement de 2007. [Document en ligne]

[http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm)

[demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm,](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm)

<http://www.recensement.insee.fr/accesChiffresCles.actiona> (consulté le 12/08/10)

(3) BAJOS N., L'équipe COCON

La médicalisation croissante de la contraception en France.

Population et Sociétés, 2002, n°381.

(4) BAJOS N., LERIDON H., OUSTRY P.

Contraception : from accessibility to efficiency.

Human Reproduction, mai 2003, vol. 18, n°5, p 994-999.

(5) SERFATY D.

Contraception, Paris,

Abrégé Masson, 2007, p1-4.

(6) GALL B., JOUANNIC E.

Les Français et leur contraception. Institut BVA-INPES, mars 2007. [Document en

ligne]. http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf.

(consulté le 24/04/2010)

(7) AUBAIN C., JOURDAIN MENNINGER D.

Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.

Rapport de l'IGAS, oct. 2009. [Document en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_IVG.pdf (consulté le 10/01/2010)

- (8) VILAIN A.
Les interruptions volontaires de grossesse.
Etudes et Résultats, DREES, déc. 2009, n°713. [Document en ligne].
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er713.pdf> (consulté le 10/01/2010)
- (9) BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRANDCO M.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé depuis 30 ans ?
Population et sociétés, 2004, n°407.
- (10) AUBAIN C., JOURDAIN MENNINGER D.
La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence.
Rapport de l'IGAS, oct. 2009. [Document en ligne]
<http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportIGAScontraception.pdf> (consulté le 11/01/2010)
- (11) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Contraception d'urgence.
Guide pour la prestation des services, 1999. [Document en ligne]
http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_FPP_98_19.
(consulté le 15/02/2010)
- (12) QUALISO J. COGNEAU
Rapport final EPILULE, février 2004.
- (13) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 2004. [Document en ligne]
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf> (consulté le 02/02/2010)
- (14) ANAES
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, novembre 2004.
Recommandations pour la pratique clinique. [Document en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf (consulté le 12/12/2009)
- (15) ANAES
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Argumentaire.
Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2004. [Document en ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27_12_57_59_515.pdf (consulté le 12/12/2009)

- (16) INPES
La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit.
Dossier de presse, sept. 2007. [Document en ligne]
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf> (consulté le 05/02/2010)
- (17) ADELI-SIGMED
Démographie médicale en Lorraine au 01/01/2008.
DRASS de Lorraine, janv. 2009. [Document en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/demo_med.pdf (consulté le 16/02/2010)
- (18) Conseil National de l'Ordre des Médecins
Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2009. [Document en ligne]
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Lorraine_0.pdf
(consulté le 03/03/2010)
- (19) Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie (FNCGM)
La gynécologie médicale en France, Nancy, nov. 2007. [Disponible en ligne]
http://www.fnctgm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=36 (consulté le 03/03/2010)
- (20) Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF)
Gynécologie Médicale, quelques précisions : Pourquoi avoir ré-ouvert des postes de Gynécologie Médicale? oct. 2008. [Disponible en ligne]
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081027AGOF_gyneco.pdf
(consulté le 13/03/2010)
- (21) VASSELLE A.
Réforme de l'assurance maladie : Les nouveaux outils de la régulation.
Rapport d'information de la session ordinaire de 2005-2006 du Sénat. [Document en ligne] <http://www.senat.fr/rap/r05-011/r05-0110.html> (consulté le 05/04/2010)
- (22) Observatoire National de la Démographie es Professions de Santé (ONDPS)
Plan régional d'actions pour le maintien et le développement des ressources médicales et pharmaceutiques en Lorraine, juin 2008. [Document en ligne]
<http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/enquet/ressmed/plreg0808.pdf>
(consulté le 15/03/2010)
- (23) Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes
Communiqués de presse, Paris, nov. 2009. [Document en ligne]
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/communiqués09/commui09-25.html>
(consulté le 24/04/2010)

- (24) Article L5134-1 du Code de Santé Publique
Contraceptifs.
LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 87, version en vigueur au 23 juillet 2009.
[Document en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892635&dateTexte=> (consulté le 10/03/2010)
- (25) Mouvement Français pour le Planning Familial
Actions et projets pédagogiques. [Document en ligne]
<http://www.planning-familial.org/militantEs/texte3.php>
(consulté le 25/03/2010)
- (26) Loi n° 2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).
Journal Officiel de la République Française, 21 juillet 2009.
- (27) Institut BVA
Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, mai 2008. [Document en ligne]
http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_égard_du_suivi_gynecologique.html (consulté le 10/03/2010)
- (28) COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R, ET AL.
Gynécologie et santé des femmes, la prise en charge des femmes françaises. Etat des lieux et perspectives en 2020.
Edition Eska, 2000, p 38-41. [Document en ligne]
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm (consulté le 13/03/2010)
- (29) LEVASSEUR G, BAGOT C, HONNORAT C.
L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne.
Santé publique 2005 /1, vol. 17, p109-119.
- (30) OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)
Interruptions volontaires de grossesses, état des lieux en France et en PACA.
Revue des connaissances et recommandations pour des études-actions, INPES, 2005.
- (31) Collège National des gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF)
Gynécologie Obstétrique en France : présent et avenir.
Communiqué de la CNGOF aux assises de la Société Française de Gynécologie, Marseille, mai 1999. [Document en ligne]
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_01.HTM (consulté le 05/03/2010)

- (32) SERFATY D.
Contraception : dispositifs intra-utérins.
Edition Masson, Paris, 2007, p 212-243
- (33) HOMASSON N.
Dispositifs intra-utérins, Fiche pratique.
La revue du praticien Médecine générale, mars 2009, tome 23, n°817, p 157-158.
- (34) VIDAL 2010
Monographies concernant les différents DIU.
- (35) WINCKLER M.
Contraceptions mode d'emploi
3è édition J'ai Lu, 2007, p 71-246.
- (36) Classification commune des actes médicaux (CCAM)
Cotation des actes. [Document en ligne]
<http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/index.php> (consulté le 20/12/2009)
- (37) International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Déclaration de l'IMAP sur les dispositifs intra-utérins.
Bulletin médical de l'IPPF, avril 2003, vol. 23, n°2, 4 pages.
- (38) CHOUINARD M-J.
Les contraceptions difficiles, Le stérilet a-t-il sa place chez les nullipares?
Le Médecin du Québec, mai 2006, vol. 41, n°5, p73-75.
- (39) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 3^{ème} édition, 2005. [Document en ligne]
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242562661.pdf> (consulté le 21/12/2009)
- (40) POYART C., BINGEN E., BOUVET A., TRIEU-LUOT P.
Activités relatives à *Streptocoque pyogenes*.
Centre National de référence des streptocoques, rapport d'activité 2009
[Document en ligne]
http://www.invs.sante.fr/surveillance/cnr/rapport_cnr_strep_2009.pdf
(consulté le 03/03/2010)
- (41) LA REVUE PRESCRIRE
Les Dispositifs intra-utérin, alias stérilets, une alternative efficace à la contraception hormonale orale.
La Revue Prescrire, fév. 2009, Tome 29, n°304, p113-119.

- (42) FERNANDEZ H, AZOULAY C, ROSTOKER G.
Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. Recommandation de bonne pratique, AFSSAPS, argumentaire.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005, vol.34, n° 4.
- (43) HUBACHER D., LARA-RICALDE R., TAYLOR D.J., GUERRA-INFANTE F., GUZMAN-RODRIGEZ R.
Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women.
N Engl J Med, aout 2001, vol.345, n°8, p 561-567.
- (44) LA REVUE PRESCRIRE
Les Dispositifs intra-utérin, alias stérilets : Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin.
La Revue Prescrire, mars 2009, Tome 29, n° 305, p 202-206.
- (45) THONNEAU P., ALMONT T., DE LA ROCHEBROCHARD E., MARIA B.
Risk factors for IUD failure : results of a large multicentre case-control study.
Human Reproduction, 2006, vol.21, n°10, p 2612-2616.
- (46) BRUN J.-L, LE TOUZE O., LENG J.-J.
Traitement médical et chirurgical des kystes de l'ovaire fonctionnels.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, nov. 2001, vol. 30, n° HS 1, p 441-452.
- (47) COSTE J., BOUYER J., UGHETTO S., AND AL., INSERM U569-IFR69
Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002).
Human Reproduction, 2004, vol.19, n° 9, p 2014-2018.
- (48) BEINING R.M. and al.
Meta-analysis of Intrauterine Device Use and Risk of Endometrial Cancer.
Annals of Epidemiology, 2008, vol.18, n°6, p 492-499.
- (49) HAS
Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical.
Recommandations professionnelles, Argumentaire, Juin 2007.
- (50) PETRUS E. (Juriste)
La pose du stérilet et la responsabilité du médecin.
mars 2009. [Document en ligne] <http://www.macsf.fr/index.html> (consulté le 10/07/2010)

- (51) Observatoire de la SFMG 2005
Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents pour tous les patients pour l'année 2005.
- (52) DIAS S., LUTON D., AUBIN-AUGER I.
Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France.
Thèse de médecine, 2010, 139 p.
- (53) STUBB E., SCHAMP A.
The evidence is in. Why are IUDs still out? Family physicians' perceptions of risk and indications.
Canadian Family Physician, avril 2008, vol. 54, p 560-566.
- (54) ARINO-CLOUET S.
Le Stérilet en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine.
Thèse de Médecine Générale, Université de Bordeaux II, 2005.
- (55) MICHELET-BRETAUDEAU L.
Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique.
Thèse de Médecine Générale, Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales, 2010.
- (56) MARRET H., GOLFIER F., VOLLERIN F., LE GOAZIOU M.-F.,
RAUDRANT D.
Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2002, vol.31, p 465-470.
- (57) COSTES M., LOUZEAU ARNAL G.
Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.
Thèse de médecine générale, Toulouse, 2006, 106 p.
- (58) LEVASSEUR G, BAGOT C, HONNORAT C.
Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie?
Revue internationale francophone d'éducation médicale, fév. 2002, vol.3, n°1, p19-24.
- (59) LE GOAZIOU M.-F, GILBERG S.
Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie.
Revue du praticien. Médecine générale, 1999, n°474, p1646-1647.

- (60) DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Stratégie d'action en matière de contraception.
Janv. 2007. [Document en ligne]
http://www.apima.org/img_bronner/strategies_contraception_2007.pdf (consulté le 14/06/2/2010)
- (61) VALETTE L.
Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des femmes en 2006 -
enquête auprès de 51 patientes pour un état des lieux des habitudes de consultation.
Mémoire de médecine générale, 2006.
- (62) Le FUR P., BOURGUEIL Y., CASES C. et l'IRDES
Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles.
Questions d'économie de la santé, n°144, juillet 2009. [Document en ligne]
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf> (consulté le 05/01/2011)
- (63) GOUYON M.
Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête
nationale.
Etudes et résultats, DREES, oct. 2009, n°704. [Document en ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er704.pdf> (consulté le 05/01/2011)
- (64) LE GOAZIOU M.-F
L'équipement du cabinet médical.
La revue Exercer. nov.-déc. 2003, n°67-25, p 20-26.
- (65) ARDAENS Y., GUERIN DU MASGENET B., COQUEL P.
Echographie en pratique gynécologique.
4è édition Masson, p 105-115.
- (66) JUILHARD J_M., CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G.
Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement.
[Document en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000029/index.shtml> (consulté le 19/02/2010)

VU

NANCY, le 15 février 2011
Le Président de Thèse

NANCY, le 17 février 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. JUDLIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N° 3537

NANCY, le 21.02.2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

SURNAME: de VERBIZIER

NAME: Alice

Title:

ABSTRACT

Intra Uterin devices (IUDs) are one of the most effective contraceptive method. Promoting IUDs would allow women greater control over their fertility. Access to the IUD's should be facilitated particularly through by a better knowledge of its use among the general practitioners. We conducted a descriptive investigation by postal way in Lorraine to highlight the factors influencing prescription and IUD insertion. The participation rate was 60%, the number of respondents being 180. 23% of them prescribe IUDs, 8% insert them. Factors favoring the prescription of IUDs are: being a woman, following a gynecology training, whatever the type, and the practice of gynecology. Factor favoring the IUDs'insertion is the length of exercise. The barriers referred by practitioners are primarily lack of training, demand and time, a distorted picture of the role of general practitioner and forensic constraints.

MOTS-CLES

Intra uterin device

General practitioner

Family doctor

Contraception

IUD

FACULTE de MEDECINE de NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

NOM : de VERBIZIER

PRENOM : Alice

Titre de thèse : DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN MEDECINE GENERALE EN LORRAINE

Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes.

RESUME

Favoriser la contraception par Dispositifs intra-utérins, méthode contraceptive des plus efficaces, permettrait aux femmes de mieux contrôler leur fécondité. L'accès au DIU doit donc être facilité en particulier par une meilleure connaissance de son utilisation parmi les médecins généralistes. Nous avons réalisé une enquête descriptive par voie postale en Lorraine afin de mettre en évidence les facteurs influençant la prescription et la pose de DIU. Le taux de participation a été de 60%, l'effectif des répondants étant de 180. 23% d'entre eux prescrivent des DIU, et 8% les posent. Les facteurs favorisant la prescription de DIU sont: le fait d'être une femme, le suivi d'une formation continue de gynécologie, quelqu'en soit le type, ainsi que la pratique de la gynécologie. Le facteur favorisant la pose de DIU est l'ancienneté d'exercice. Les freins évoqués par les médecins sont principalement un défaut de formation, de demande, de temps, une image tronquée du rôle du médecin généraliste et des contraintes médico-légales.

Titre en anglais : INTRA-UTERINE DEVICES IN GENERAL MEDICINE IN LORRAINE

Inventory of practices on intrauterine devices, factors influencing their prescribing and insertion by general practitioners.

MOTS-CLES

Dispositif-intra-utérin
Médecine générale
Contraception
Stérilet

FACULTE de MEDECINE de NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex