

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2019

N° : 98

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'État
Mention Médecine Générale
PAR
CASSANI Elsa
Née le 02/12/1989 à BELFORT (90)

**Freins et moteurs des médecins généralistes alsaciens à prescrire et
poser des dispositifs intra-utérins chez les patientes nullipares :
à propos d'une étude qualitative**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Bruno LANGER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Mélanie ROTH



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

Edition JANVIER 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JÄULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre - Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--------------------------------------------------------	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire	M0084	Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Bruno LANGER

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous en suis très reconnaissante. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Cherif AKLADIOS

Vous avez accepté de juger ce travail et d'être membre du jury, je vous en remercie. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et d'évaluer mon travail. Recevez ici ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Jérémie JEGU

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Mélanie ROTH

Je te remercie d'avoir accepté la direction de mon travail. Merci pour ta disponibilité et tes encouragements malgré mes doutes. Après le mémoire et la thèse, c'est maintenant dans l'aventure de la collaboration que je me lance à tes côtés. Nous formons une bonne équipe. J'ai hâte !

A tous les médecins qui ont pris de leur temps précieux et accepté de me recevoir. Vous vous êtes confiés sans filtre, je vous en remercie.

A mes parents. Merci pour votre soutien sans faille depuis le premier jour de P1 jusqu'à l'ultime relecture de cette thèse.

Merci pour votre dévouement, votre bienveillance, votre générosité et votre amour. Je suis fière d'être celle que je suis aujourd'hui grâce aux valeurs que vous m'avez transmises. Je n'aurais pas pu espérer meilleurs parents ! Je vous aime.

A Charly, pour ton amour et ton humour. J'ai la chance de rire tous les jours que la vie m'offre à tes côtés. Merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble, et merci pour tous ceux à venir. Je t'aime.

A mon frère, Antoine. Ta détermination et ton sens de l'effort sont des exemples pour moi. A Julia, et à Paola et Carlo, mes petits rayons de soleil. Je vous aime.

A Mamie, pour ta générosité.

A Jeannot, Pépé et Mémé. J'aurais adoré que vous lisiez ces quelques lignes.

A ma cousine adorée Marie-Pierre, pour ton sourire et ta douceur. A Michael, Eva, et mon filleul Léo. Je suis désolée d'être trop peu présente. Je vous aime.

A ma belle-famille, Fabienne, Gilles, Antoine, Arthur et Bambou. Merci de m'avoir chaleureusement accueillie dans votre famille.

A Yvon et Hassanine, vous avez été mes premières connaissances alsaciennes et pas des moindres ! J'ai tout de suite su que je me sentirais bien ici. Encore merci à Yvon pour tes conseils précieux et ta relecture attentive de ce travail.

Aux Plus Beaux. Rozy, Julien, Zélie, Thibaut, Tabat, Léa, Mégane, Lydie, Max, Éloïse, Marc, Marcel, Seb... Vous êtes bien plus qu'une conversation Messenger qui sonne trop ! Vous êtes l'un des plus beaux cadeaux que Strasbourg m'ait offert.

A Annabelle et Christophe. Vous nous manquez ici !

A Marion. WILLMAAAN ! 6 mois de galère, ça rapproche ! Merci pour ta bonne humeur.

Et enfin, aux BFF : Banana, Benoît, Marcus, Lucie, Esteban, Pauline, Joris, Vinciane, Adrien, Delphine, Laurent, Kramé, Aurélien, Aurèle, Ben, Alice, Francis, Jeff, Violette...

Vous êtes pour moi la définition même de l'amitié. Les années passent, les liens restent. Je suis fière de nous, fière de voir que malgré tous ces kilomètres qui nous séparent, rien ne change. C'est toujours une vraie bouffée d'oxygène quand on se retrouve. J'ai de la chance de vous avoir. Je vous aime

Table des matières

I.	INTRODUCTION	22
II.	LE DIU : HISTORIQUE ET RAPPELS THEORIQUES	26
1.	HISTORIQUE DU DIU.....	26
2.	LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS : GENERALITES	27
3.	LES DISPOSITIFS DISPONIBLES	28
4.	RECOMMANDATIONS ACTUELLES : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS	29
III.	MATERIELS ET METHODES	32
1.	OBJECTIF DE L'ETUDE.....	32
2.	CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE QUALITATIVE.....	32
3.	CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	32
4.	CHOIX DU TYPE D'ENTRETIEN.....	33
5.	CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN	34
6.	DEROULE DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES.....	34
7.	ANALYSE DU CONTENU	35
IV.	RESULTATS	37
1.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	37
2.	ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS.....	38
A.	<i>Freins</i>	38
1.	Freins à la pratique de la gynécologie en cabinet de médecine générale.....	39
a.	Liés à l'activité gynécologique	39

b.	Liés aux médecins	40
c.	Liés à la faisabilité.....	41
d.	Liés aux patientes	42
2.	Freins à la pose du dispositif intra-utérin par les médecins généralistes	43
a.	Liés aux médecins	43
b.	Influence des laboratoires pharmaceutiques	45
c.	Liés à la faisabilité.....	47
d.	Liés à la pose.....	50
e.	Liés aux effets indésirables et complications.....	52
3.	Freins à la prescription et à la pose du DIU chez la patiente nullipare	53
a.	Les médecins généralistes sont encore réticents.....	53
b.	Liés aux médecins	54
c.	Liés à l'indication	54
d.	Liés aux patientes	58
e.	Liés à la pose.....	62
f.	Liés aux complications / effets indésirables	65
B.	Moteurs.....	67
1.	Moteurs à la pratique d'une activité gynécologique en cabinet de médecine générale	67
a.	Liés à l'activité gynécologique	67
b.	Importance de la relation médecin traitant – patiente	68
2.	Moteurs à la pose de DIU en cabinet de médecine générale et motivations à conseiller le DIU aux patientes.....	69
a.	Avantages.....	69

b.	Une pose simplifiée	70
c.	Bonne collaboration avec les gynécologues	71
3.	Moteurs à la prescription et à la pose du DIU chez la nullipare.....	71
a.	Liés aux patientes	71
b.	Liés à l'indication	73
d.	Liés à la demande	75
e.	Liés aux avantages du DIU	75
f.	Liés à la pose.....	78
V.	DISCUSSION	79
1.	POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	79
A.	<i>Les points faibles</i>	79
B.	<i>Les points forts</i>	81
2.	L'ACTIVITE GYNECOLOGIQUE LIEE A L'INFORMATION DES PATIENTES ?	82
3.	LES CONTRAINTES A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE ET A LA POSE DU DIU EN MEDECINE GENERALE	84
A.	<i>Contrainte de temps</i>	84
B.	<i>Contraintes techniques</i>	85
C.	<i>Difficultés liés à l'isolement</i>	87
D.	<i>Risque médico-légal et surprime d'assurance</i>	88
4.	LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES	88
5.	UNE NORME CONTRACEPTIVE QUI PERDURE.....	91
6.	LA POSE DU DIU : QUELLES DIFFERENCES CHEZ LA NULLIPARE ?.....	94
7.	NULLIPARITE : RISQUE INFECTIEUX MAJORE ?.....	97

8.	TOLERANCE DU DIU CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES	98
9.	LE DIU : UN CHOIX MOTIVE ET ECLAIRE	100
	A. <i>Rejet des hormones</i>	100
	B. <i>Importance de la maturité plus que de la parité</i>	102
	C. <i>Demande de DIU en lien avec le niveau d'éducation</i>	103
10.	LE STATUT PRIVILEGIE DU MEDECIN GENERALISTE	103
VI.	CONCLUSION.....	105
VII.	ANNEXES	108
	1. ANNEXE 1 : EFFICACITE CONTRACEPTIVE DE LA METHODE APRES UN AN AUX ÉTATS-UNIS ET EN FRANCE , ADAPTE DE L'OMS (OMS 2011) (7).....	108
	2. ANNEXE 2 : METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES EN FRANCE EN 2016 PAR LES FEMMES CONCERNEES PAR LA CONTRACEPTION SELON LEUR AGE (11).....	109
	3. ANNEXE 3 : EFFICACITE DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON L'OMS 2011 (8).....	110
	4. ANNEXE 4 : LISTE DES DIU DISPONIBLES EN 2019 (91)	111
	5. ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	112
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	114

Liste des abréviations

IVG : Interruption volontaire de grossesse

COCON : Cohorte sur la Contraception

LARC : Long-acting reversible contraceptive

DIU : Dispositif intra-utérin

INPES : Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

AFFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IST : Infection sexuellement transmissible

LNG : Levonorgestrel

AMM : Autorisation de mise sur le marché

SL : Short Loop

HAS : Haute Autorité de Santé

SAPSAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

FCU : Frottis cervico-utérin

DPC : Développement personnel continu

PMA : Procréation médicalement assistée

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CCP : Consultation de contraception et prévention

PCR : Polymerase chain reaction

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles

I. Introduction

La loi Neuwirth adoptée le 28 décembre 1967 autorisant la contraception en France puis la loi du 4 décembre 1975 qui permet la délivrance gratuite et anonyme de contraceptifs aux mineures dans les centres de planification ont permis une large diffusion de la contraception en France. Pour preuve, parmi les femmes de 15 à 49 ans ni stériles ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne souhaitant pas d'enfant, 96,9 % utilisent une contraception.(1)

Pourtant, le taux d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) reste élevé. En 2017, 216700 IVG ont été réalisées en France, soit 14,4 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (11,7 en région Grand Est). Après une période d'augmentation entre 2000 et 2014, le taux global d'IVG est en très légère baisse depuis. La catégorie d'âge la plus concernée reste les 20-24 ans (26,7 IVG pour 1000 femmes).(2)

L'étude COCON, menée en 2000, démontrait que parmi les femmes qui avaient recours à l'IVG, 71,9 % utilisaient une contraception, et notamment la pilule pour 21 % d'entre elles. L'échec était alors attribué à un oubli de comprimé chez 6 patientes sur 10.(3) Ces échecs de contraception sont en partie liés à la prégnance en France d'une « norme » contraceptive, qui n'est pas forcément adaptée aux disparités des conditions de vie sociale, affective et sexuelle des femmes.(4)

L'*American College of Obstetricians et Gynecologists* préconise une augmentation de l'utilisation des méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action (LARC),

c'est-à-dire les dispositifs intra-utérin (DIU) et les implants, y compris chez les nullipares et les adolescentes, afin de diminuer le nombre de grossesses non désirées.(5) Une étude du projet Choice démontre que l'amélioration de l'accès et de la connaissance de ces méthodes de contraception augmente leur utilisation et peut diminuer les grossesses non désirées, les avortements, les avortements répétés et le taux de natalité chez les adolescentes.(6) En effet, le DIU est une des méthodes contraceptives les plus efficaces disponibles de nos jours. Le taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation est de 1,1 % en France (2,4 % pour la pilule). De même, le DIU bénéficie d'un moindre taux d'abandon à 1 an par rapport à la pilule : 15 % pour le DIU, 30 % pour la pilule.(7) (Annexe 1)

Le DIU a longtemps été une méthode de contraception réservée aux femmes ayant déjà eu des enfants. Pourtant, ce n'est plus le cas aujourd'hui. En effet, selon la Haute Autorité en Santé (HAS), l'INPES, l'ANAES et l'AFSSAPS, les DIU ne sont plus uniquement destinés aux multipares. Le DIU au cuivre est une méthode contraceptive de première intention, qui peut être proposée à toutes les femmes, quelle que soit leur parité, dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, les risques de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartées et que les femmes ont été informées des risques.(8,9)

Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de l'utilisation du DIU l'emportent sur les risques théoriques ou avérés (catégorie 2 de recommandation). Il en est de même pour les femmes nullipares.(10)

Malgré cela, rares sont les femmes nullipares qui bénéficient du DIU comme moyen de contraception. Dans la tranche d'âge la plus touchée par les IVG (20-24 ans), la

contraception la plus largement utilisée est la pilule. En revanche, seules 4,7 % des 20-24 ans utilisent le DIU comme méthode de contraception en 2016.(11) (Annexe 2)

En 2010, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfants utilisent le DIU. Il est par contre utilisé chez 20 % des femmes ayant 1 enfant, et chez 40 % des femmes ayant 2 enfants ou plus.(12) De même, en 2016, parmi les 25-29 ans, seules 7,6 % des femmes nullipares utilisent le DIU alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants dans cette même catégorie d'âge.(11)

Les raisons du faible recours du DIU par les nullipares sont multiples.

D'une part, cela s'explique par une réticence des patientes. De nombreuses études ont déjà été réalisées afin d'explorer les croyances des patientes nullipares vis-à-vis du DIU, et ainsi comprendre leurs freins et réticences à choisir cette méthode.(13–16) Il ressort de ces travaux que l'idée d'avoir un corps étranger dans l'utérus et la pose du DIU font peur aux jeunes patientes.(13,14) Les nullipares doutent aussi de son efficacité.(15) Elles évoquent la crainte d'un risque augmenté de cancer et d'infections sexuellement transmissibles (IST) (15), et redoutent une gêne ressentie lors de la vie quotidienne et lors d'actes sexuels.(16) Dans une étude réalisée en 2008 aux France, il apparaît qu'après une courte information de trois minutes sur le DIU (traitant de l'efficacité, des modalités de pose et de retrait, des risques, des bénéfices, des effets sur la fertilité et sur les règles), l'opinion positive des patientes sur ce moyen de contraception augmente.(17) Il semblerait donc que les réticences des patientes soient liées en partie à un manque de connaissances à propos du DIU.

D'autre part, la faible utilisation du DIU chez la nullipare s'explique aussi par la représentation qu'ont les professionnels de santé de cette méthode. Dans l'étude Fécond de

2010, 69 % des gynécologues et 84 % des médecins généralistes considèrent que le DIU n'est pas adapté aux femmes n'ayant pas eu d'enfant.(12) Lorsque l'on interroge les médecins français sur les principales raisons de ne pas utiliser le DIU comme moyen de contraception, la nulliparité est la première réponse donnée.(18)

Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la contraception des jeunes filles : c'est le premier motif de consultation chez le médecin généraliste pour les femmes de 20 à 29 ans.(19) C'est pourquoi nous avons souhaité comprendre quelles étaient les représentations du DIU par les médecins généralistes et quels étaient les motifs de non utilisation chez la nullipare.

Ce travail a eu pour objectif d'identifier les freins et les moteurs des médecins généralistes à prescrire et poser des DIU chez les nullipares, afin de mieux comprendre les attitudes de chacun et mettre en lumière des solutions à proposer pour changer les pratiques.

II. Le DIU : historique et rappels théoriques

1. Historique du DIU

Le DIU est un moyen de contraception très ancien. Les premiers DIU auraient été imaginés par les Arabes qui, pour éviter la fécondation de leurs chamelles lors de longs trajets dans le désert, leur plaçaient des petites pierres dans l'utérus.(20) De même, il y a 2500 ans, Hippocrate se serait servi de tubes creux pour insérer des pessaires dans l'utérus des femmes.(20)

En 1909, un médecin allemand, le Docteur Richard Richter, décrit pour la première fois un DIU à usage contraceptif. Il s'agissait d'un anneau constitué de deux fils de crin de Florence que l'on plaçait dans l'utérus.(21)

L'évolution du DIU a ensuite été marquée par la découverte du polyéthylène (plastique biologiquement inerte) en 1960, et par la naissance d'une génération de DIU « inertes » de formes très variables.(21) (Figure 1)

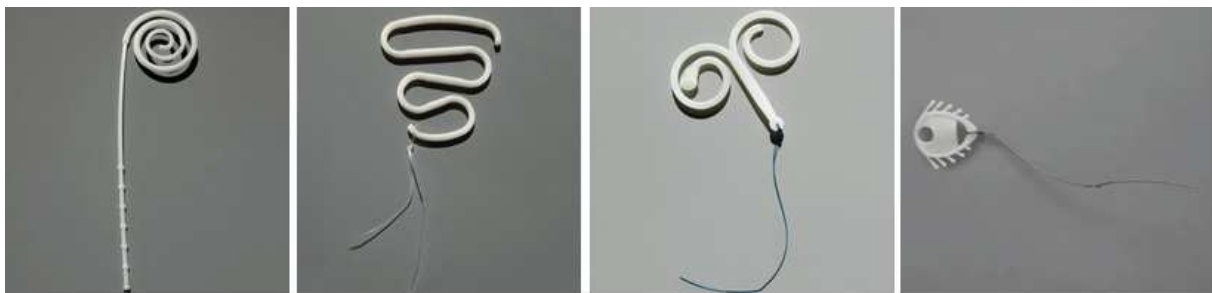


Figure 1 : Exemples de DIU inertes. Spirale de Margulies, Boucle de Lippes, Saft-t-coil, Dalkon Shield (22)

Ce n'est qu'à la fin des années 1960 que les chercheurs découvrirent l'intérêt de l'adjonction de cuivre au dispositif. En effet, elle permettait une augmentation de leur efficacité tout en diminuant leur taille, d'où une pose facilitée et une meilleure tolérance.(21) Le premier DIU au cuivre fut commercialisé en 1974 aux États-Unis.(23)

Afin de pallier au problème de ménorragies sous DIU au cuivre, le médecin américain Docteur Antonio Scommegna eu l'idée d'introduire de la progestérone dans le dispositif. Il démontra que l'administration intra-utérine de progestérone provoquait une atrophie de l'endomètre, utile pour empêcher la nidation et réduire les saignements menstruels.(24) Le premier DIU hormonal vit le jour en 1976, le *Progestasert*. Il ne remporta pas le succès escompté du fait d'une durée de vie trop courte du dispositif (1 an). Le médecin finlandais Docteur Luukkainen mit par la suite au point un dispositif en T délivrant une dose quotidienne constante de Lévonorgestrel (LNG) pendant 5 ans (24) : c'est le DIU qui fut commercialisé sous le nom de *Mirena*, et qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France depuis 1995.

2. Les dispositifs intra-utérins : généralités

Il existe deux types de dispositifs intra-utérins : les DIU au cuivre et les DIU au LNG.

- Le DIU au cuivre

Le DIU au cuivre se compose d'une armature en plastique autour de laquelle s'enroule un fil de cuivre.

Le mode d'action du DIU au cuivre est double : d'une part, l'effet cytotoxique direct du cuivre entraîne une altération des spermatozoïdes et inhibe ainsi la fécondation ; d'autre part, l'inflammation locale de l'endomètre provoquée par le DIU empêche la nidation de l'ovocyte fécondé.(8)

Le DIU au cuivre est un moyen de contraception très efficace : l'indice de Pearl, c'est-à-dire le pourcentage de grossesses non désirées sur un an d'utilisation est de 0,6 pour une utilisation optimale et passe à 0,8 en utilisation courante. A titre de comparaison il est théoriquement de 0,3 pour la contraception orale mais passe à 8 en utilisation courante.

(Annexe 3)

- Le DIU au LNG

Le DIU au LNG libère quotidiennement de faibles quantités de LNG au niveau de l'endomètre. Cette libération lente d'hormones a pour conséquences un épaissement de la glaire cervicale empêchant le passage cervical des spermatozoïdes, ainsi qu'une prévention de la prolifération de l'endomètre constituant un terrain hostile aux nombreux phénomènes intervenant dans le mécanisme de reproduction.(8)

Ce DIU est lui aussi très efficace : l'indice de Pearl est de 0,2 (Annexe 3).

3. Les dispositifs disponibles

De nombreux DIU au cuivre sont disponibles sur le marché en 2019 (Annexe 4). Il est préconisé d'utiliser chez les jeunes filles des DIU de plus petite taille, du fait d'une hystérométrie et d'un passage cervical souvent réduits. Ce sont les DIU « short », « mini » ou « SL », indiqués lorsque l'hystérométrie est inférieure à 7 centimètres.(25) Leur durée de vie

est de 5 ans. Tous ces dispositifs coûtent 28,37 € à partir du 1^{er} juillet 2019 et sont remboursés à hauteur de 65 % par la sécurité sociale.(26)

Il y a trois DIU au LNG disponibles sur le marché en janvier 2019 : *Mirena*, *Jaydess* et plus récemment *Kyleena*.

Jaydess et *Kyleena* sont particulièrement adaptés aux nullipares du fait de leur taille réduite. Leur durée de vie est respectivement de 3 et 5 ans. Ils coûtent respectivement 96,11 € et 99,42 €, et sont remboursés à hauteur de 65 % par la sécurité sociale.(27,28)

4. Recommandations actuelles : indications et contre-indications

En 2004, les autorités de santé publient pour la première fois des recommandations qui élargissent le public cible du DIU. Ces recommandations ANAES 2004 stipulent que le DIU n'est plus uniquement destiné aux patientes ayant eu un enfant, et qu'il s'agit d'une méthode de contraception pour toutes les femmes dès lors que les contre-indications ont été prises en compte et le risque infectieux évalué.(9) Le DIU au cuivre est une méthode de première intention pour toutes les femmes. Avant l'âge de 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode l'emportent sur les risques théoriques ou avérés.(8)

Le DIU au cuivre est, selon la HAS, une contraception de première intention quelle que soit la parité.(8) A noter que les DIU au cuivre sont indiqués dans la contraception d'urgence, et peuvent être utilisés jusqu'au 5^{ème} jour (120 heures) après le rapport non ou mal protégé.(29) Dans cette indication, la nulliparité ou la nulligestité ne sont pas des contre-indications.

Les contre-indications absolues à la pose de DIU au cuivre sont celles définies par l'OMS (8) :

- Toute grossesse suspectée ou avérée ;
- Infection puerpérale en post-partum ;
- En post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- Cervicite purulente en cours, ou infection à *Chlamydia* ou gonococcie en cours ;
- Tuberculose génito-urinaire avérée ;
- Saignements vaginaux inexplicables ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- Cancer du col utérin ;
- Cancer de l'endomètre ;
- Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est par ailleurs pas recommandé de poser un DIU dans les quatre premières semaines après un accouchement ou lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.

Le DIU au LNG peut aussi être proposé aux nullipares, mais les résumés des caractéristiques du produit de *Mirena* et *Jaydess* précisent que ces dispositifs ne sont pas des méthodes de contraception de première intention chez la femme nullipare.(30,31)

Les contre-indications du DIU au LNG sont (8) :

- Grossesse suspectée ou avérée ;

- Maladie inflammatoire pelvienne, en cours, récente ou récidivante ou affections associées à un risque accru d'infections pelviennes ;
- Infections génitales basses (cervicite, vaginite) ;
- Dysplasie cervicale ;
- Antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ;
- État médical associé à une sensibilité accrue aux infections ;
- Saignements vaginaux anormaux d'étiologie inconnue ;
- Anomalies congénitales ou acquise de l'utérus notamment des fibromyomes susceptibles de perturber la pose ou le maintien du DIU ;
- Affections malignes du col ou du corps utérin ;
- Tumeurs sensibles aux progestatifs ;
- Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ;
- Hypersensibilité au LNG ou à l'un des composants du dispositif.

III. Matériels et méthodes

1. Objectif de l'étude

Notre étude avait pour objectif de mettre en évidence les freins et les moteurs des médecins généralistes à prescrire et poser des dispositifs intra-utérins chez des jeunes filles nullipares.

2. Choix de la méthode de recherche qualitative

Pour répondre à notre objectif, la méthode qualitative nous a semblé être la plus adaptée. En effet, cette méthode de recherche ne permet pas de vérifier ou quantifier une hypothèse mais de recueillir le plus justement le vécu subjectif des personnes interrogées. Elle est idéale quand les facteurs observés sont subjectifs.(32) Elle permet d'explorer les connaissances, les craintes et appréhensions, les opinions et avis ainsi que les expériences et représentations qui déterminent la pratique de chaque médecin. Elle laisse libre cours à l'expression de chacun.

3. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient : médecins généralistes volontaires exerçant une activité libérale en Alsace.

Les médecins interrogés ont tous été contactés par téléphone ou par courriel. La démarche de l'étude leur a été expliquée, ainsi que les modalités de déroulé d'un entretien. L'objectif

de l'étude ne leur était pas révélé précisément afin de préserver la discussion pour le jour de l'entretien. S'ils étaient d'accord, un rendez-vous était fixé.

Les premiers médecins interrogés étaient des médecins que nous connaissions (anciens maîtres de stage praticien niveau 1 ou SASPAS, ou médecins remplacés).

Les autres médecins ont été recrutés grâce à des connaissances communes ou par le biais de médecins précédemment interrogés qui nous ont communiqué leurs noms (recrutement dit en « boule de neige »)(33). Les médecins recrutés ont été sélectionnés selon leur âge, sexe, lieu et mode d'exercice, afin d'obtenir un échantillonnage le plus varié possible, dit « en recherche de variation maximale », regroupant la plus grande diversité d'opinions et de comportements.(34)

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été défini au préalable. Nous avons choisi d'arrêter le recueil des données lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles idées : c'est la saturation des données.(32)

4. Choix du type d'entretien

Il existe plusieurs types d'entretiens (35) :

- L'entretien non directif, non structuré, libre : fondé sur l'acceptation du discours de la personne enquêtée, il lui laisse un maximum de liberté d'expression.
- L'entretien directif, structuré, ferme : l'ensemble des questions posées sont préétablies et uniformisées, s'apparentant d'avantage à un questionnaire.
- L'entretien semi-dirigé, semi-structuré : les thèmes abordés sont pensés à l'avance mais leur présentation et leur ordre restent libres et dépendants du déroulement de l'entretien.

- L'entretien de groupe, ou *focus group* : consiste à réunir des participants autour d'un thème afin de puiser collectivement dans les vécus de chacun.

Dans notre travail, le choix de l'entretien individuel semi-dirigé semblait le plus adapté. L'entretien individuel posait un cadre plus intime que le focus group, permettant à chaque médecin de s'exprimer librement sur ses pratiques, ses convictions et ses doutes sans peur du jugement.

5. Construction du guide d'entretien

Afin de procéder aux entretiens semi dirigés, un guide d'entretien a été réalisé (Annexe 5). Le guide d'entretien débutait par un court questionnaire général afin de définir l'échantillon, puis était suivi d'un canevas de questions ouvertes allant de thèmes généraux à des sujets plus précis. Des sous-questions dites « de relance » étaient prévues pour aborder les points importants si l'enquêté ne les développait pas spontanément. En entretien semi-dirigé, l'usage du guide d'entretien doit rester souple. L'enquêteur laisse s'exprimer la personne librement afin qu'elle puisse parler selon une logique qui lui est propre. Le guide d'entretien est utile pour aborder des sujets que l'enquêté n'aurait pas évoqué de lui-même.(36)

Un entretien test auprès d'un médecin remplaçant a été réalisé afin de tester le guide.

Le guide d'entretien pouvait être modifié au fur et à mesure des entretiens.

6. Déroulé des entretiens et recueil des données

Les dates et les lieux des entretiens ont été définis à la convenance des médecins interrogés. Les entretiens ont été menés par un enquêteur unique. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique Philips VT1150/00 ainsi qu'avec la fonction dictaphone d'un Iphone 4S.

Avant de débiter l'entretien, leur accord oral pour l'enregistrement était recueilli et la préservation de leur anonymat était rappelée.

7. Analyse du contenu

L'intégralité des entretiens a été retranscrite manuellement sur le logiciel Microsoft Word. La retranscription a été faite mot à mot, en respectant les fautes de syntaxes. Les données non verbales ont également été retranscrites : rires, hésitations, silences. Cette retranscription constitue le verbatim.

Pour préserver leur anonymat, des numéros allant de M1 à M16 ont été attribués aux médecins interrogés. L'enquêteur est désigné par la lettre E.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse du verbatim grâce au logiciel *Nvivo (QSR international)* : il s'agit du codage. L'analyse consistait à regrouper des éléments du verbatim dans des thèmes et sous-thèmes (nœuds) tout en construisant simultanément l'arbre thématique. La retranscription et le codage ont été réalisés au fur et à mesure des entretiens. Chaque nœud s'enrichissait des nouveaux entretiens et d'autres nœuds apparaissaient. Certains extraits d'entretien, par leur richesse, ont pu se retrouver dans différents nœuds.(35)

L'analyse au fur et à mesure a permis de mettre en évidence des dysfonctionnements du guide d'entretien qui ont été rectifiés pour les entretiens suivants.

Le codage a été réalisé parallèlement par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre, sans jamais se concerter avant l'obtention finale de l'arbre thématique : c'est le « double codage », qui diminue la subjectivité d'interprétation.(36) La trame des résultats obtenue par chacun a ensuite été mise en commun, complétée par les résultats de l'autre, ou discutée en cas de désaccord. Dans notre travail, l'arbre thématique des deux chercheurs était similaire, il n'y avait pas de discordance.

IV. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réalisé 16 entretiens entre février et octobre 2018.

Ils ont eu lieu pour la grande majorité au cabinet médical des médecins interrogés. Un entretien s'est déroulé dans un café et quatre au domicile des médecins.

Les entretiens duraient en moyenne 23 minutes et 49 secondes : le plus court durait 9 minutes et 47 secondes et le plus long 46 minutes et 37 secondes.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau 1.

	Sexe	Age	Lieu d'installation	Ancienneté d'installation	Mode d'exercice	Nombre d'enfant	Méthode personnelle de contraception utilisée
N°1	F	29	Rural	2 ans	Remplacements	0	Pilule
N°2	F	30	Semi-rural	10 mois	Association à 4	Enceinte	Pilule
N°3	F	62	Urbain	16 ans	Association à 2	2	Pilule puis DIU (avant les grossesses)
N°4	H	45	Rural	17 ans	Association à 4	2	
N°5	H	51	Semi-rural	20 ans	Seul	2	
N°6	H	35	Urbain	1 an et demi	Association à 2	3	
N°7	F	41	Urbain	5 ans	Association à 2	2	Pilule puis DIU (après les grossesses)
N°8	F	61	Semi-rural	30 ans	Association à 4	2	DIU (avant les grossesses)
N°9	F	63	Semi-rural	36 ans	Association à 2	3	Pilule puis DIU entre les grossesses
N°10	F	66	Urbain	35 ans	Association à 5	?	?
N°11	F	63	Rural	33 ans	Association à 2	5	Pilule puis DIU après les grossesses
N°12	H	64	Rural	33 ans	Association à 2	5	
N°13	F	35	Semi-rural	4 ans	Association à 3	2	Pilule puis DIU après les grossesses
N°14	F	46	Urbain	18 ans	Association à 2	4	Pilule puis DIU après les grossesses
N°15	H	58	Semi-rural	28 ans	Seul	2	
N°16	F	41	Semi-rural	10 ans	Association à 4	3	Pilule puis DIU après les grossesses

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

En dehors du premier entretien qui a été réalisé avec un médecin remplaçant (entretien test), tous les médecins interrogés étaient installés en Alsace.

Le mode d'exercice était varié : 4 médecins exerçaient en milieu rural, 7 en semi-rural et 5 en milieu urbain.

L'échantillon comptait 11 femmes et 5 hommes.

La moyenne d'âge était de 49 ans (extrêmes : 29-66 ans).

Deux médecins exerçaient seuls, tous les autres étaient en association.

2. Analyse thématique des entretiens

A. Freins

L'objectif principal de notre travail était d'identifier les freins et les moteurs des médecins généralistes à la prescription et à la pose du dispositif intra-utérin chez les patientes nullipares. Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes rendu compte que parmi les médecins qui ne posaient pas de DIU chez les nullipares, la majorité ne posait pas de DIU du tout, et certains d'entre eux ne faisaient que très peu de gynécologie dans leur cabinet.

Les entretiens ont fait émerger trois niveaux de résultats :

- Premièrement, plus largement, les freins à la pratique de la gynécologie en cabinet de médecine générale,
- Deuxièmement, les freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale,
- Et troisièmement, plus précisément, les freins à la prescription et à la pose du DIU chez la patiente nullipare par le médecin généraliste.

En effet, même si les médecins ne posent pas le DIU, ils sont une source majeure d'information pour les patientes et leur avis peut influencer le choix contraceptif de la jeune fille. Nous avons donc tenu à savoir quelles étaient leurs habitudes tant sur le plan technique (pose) que sur le plan informatif (conseils, avis).

1. Freins à la pratique de la gynécologie en cabinet de médecine générale

a. Liés à l'activité gynécologique

Les médecins interrogés relatent une **faible activité gynécologique**, qui semble s'amenuiser au fil des années.

M5 : « Quasi nulle ... (rires) Je m'occupe surtout des petits bobos, des petites choses qui grattent ... Infections urinaires fréquemment et sinon oui, quelques mycoses, puis c'est à peu près tout. »

M6 : « alors extrêmement limitée... Je fais quasi aucun geste gynécologique. »

M8 : « Bon je trouve que j'en fais moins, j'en faisais beaucoup plus il y a une dizaine d'années. »

M10 : « Alors, on a eu une activité gynéco qui était probablement plus importante il y a quelques années... »

M15 : « c'est très succinct. »

« Tout au début de mon installation je pense que je faisais un peu plus de gynéco. »

Les médecins constatent que **le suivi par un gynécologue est privilégié.**

M15 : « Mais vu la proximité des gynécologues en ville et des centres hospitaliers, ça s'est doucement atténué jusqu'à quasiment disparaître. »

M5 : « La nouvelle génération actuellement, celles qui sont avant la ménopause ou avant 70 ans ont quand même l'habitude d'avoir un gynéco, et pour l'instant il y en a encore assez donc je pense qu'elles sont à peu près toutes suivies... »

« En fait je fais le suivi des toutes jeunes pour la pilule et quand elles ont des enfants après elles passent chez le gynéco et c'est vrai qu'après on les revoit plus pour la contraception. »

b. Liés aux médecins

Certains médecins avouent **se désintéresser de la gynécologie** et ne pas chercher à développer leur activité dans ce domaine.

M6 : « et c'est pas un domaine qui m'intéresse particulièrement alors voilà. »

M5 : « Je fais pas mal de formations mais c'est vrai que ces dernières années... comme les sujets on les choisit entre nous pour l'instant il n'y a pas eu tellement de demandes de sujets sur de la gynéco, donc a priori je pense que je ne suis pas le seul à ne pas en faire. »

Le manque de compétence en matière de gynécologie est souvent mentionné.

M10 : « Alors moi j'en ai fait très vite mais j'ai pas été formée. Les premiers frottis je ne suis pas très sûre d'avoir vu le col (rires). »

La baisse d'activité entraîne une diminution des compétences.

M15 : « Et puis moins on en fait, moins on est à l'aise et puis moins on le propose, et puis voilà. »

Un médecin nous confie parfois se sentir **freiné dans sa pratique de la gynécologie**.

M9 : « Mais bon il y a quand même au niveau français un espèce de lobby. (...) Pour se garder un peu la pratique de la gynéco.(...) Par les gynécos. »

« Ben moi je me pose la question parfois : est-ce qu'ils ont vraiment envie qu'on les décharge ? Parce qu'ils se gardent quand même plein de choses... »

c. Liés à la faisabilité

Il existe **une contrainte de temps** : la gynécologie en cabinet demande du temps, il s'agit de consultations longues parfois difficilement compatibles avec le planning d'un médecin généraliste.

M5 : « Et puis il faut quand même à chaque fois se prendre un peu de temps... »

M8 : « Au niveau du temps, parce que voilà moi je me dis un examen gynéco ça met une demi-heure quoi, comme un examen nourrisson. »

M3 : « c'est le temps, c'est des consultations où il faut du temps, où faut pas être pressée... »

Les contraintes techniques, d'équipement sont aussi mentionnées. La pratique de la médecine générale seul en cabinet complique les choses quant à l'équipement en matériel et la gestion des stocks.

M5 : « C'est pour ça effectivement, les cabinets isolés... c'est le plus compliqué... Aussi on a souvent pas le matériel. Ça aussi ! Avoir du matériel qui est à jour, qui n'est pas périmé c'est

compliqué. Et puis rien que le carton de spéculums, ils peuvent pas les vendre par pièces de 2, t'es obligé de prendre le paquet de 50 donc si on n'en utilise pas régulièrement il est obligatoirement périmé, enfin avec les dates théoriques de péremption passées. »

d. Liés aux patientes

Selon les médecins interrogés, la raréfaction de l'activité gynécologique provient en partie **d'une diminution de la demande de la part des patientes.**

M1 : « Ouais j'ai pas de demandes. »

M8 : « Ben j'ai l'impression qu'il y a moins demandes. »

M15 : « Au cabinet j'étais parti dans l'idée d'en poser, et puis pfff... il y a eu quoi, quelques cas, un ou deux, et puis après il y avait très peu de demandes donc j'ai arrêté. »

Celles-ci semblent **mal informées** : elles ne savent pas toujours que les médecins généralistes peuvent réaliser leur suivi gynécologique.

M12 : « Oui, mais parce qu'elles sont mal informées. Parce que quand on leur dit qu'on fait des frottis elles nous regardent avec des yeux comme ça en disant "ah ouais, vous faites ça aussi ? Je savais pas...". Voilà. »

« Oui, si on en fait moins c'est qu'elles sont mal informées en fait. »

M9 : « Mais il y a peut-être aussi un problème de femmes hein, d'information. Parce qu'elles sont encore à dire "ah mais vous faites ça ? Je savais pas". Comme elles nous disaient aussi à un moment "est-ce que vous avez le droit de prescrire la pilule ?". »

« Il y a plein de femmes qui pensent que c'est mieux chez le gynéco... Elles vont chez le gynéco pour une infection urinaire, pendant la grossesse quand elles ont quoi que ce soit elles vont chez le gynéco alors que c'est du ressort de la médecine générale ... »

2. Freins à la pose du dispositif intra-utérin par les médecins généralistes

a. Liés aux médecins

Le principal élément évoqué par les médecins est un **manque de compétence à la pose de DIU.**

M1 : « Et je me sentirais plus capable de poser un stérilet. »

« je l'ai pas fait parce que je pense que je me sens pas en confiance. »

« Mais quand t'as pas du tout été formée sur le stérilet, j'ai du mal à imaginer que tu le proposes systématiquement ... (silence) et encore moins à une nullipare ».

M2 : « Je les pose pas. Je les posais à l'hôpital, sous contrôle du chef de gynéco, mais je les pose pas au cabinet. Et je pense que je le ferai pas. Sans contrôle écho je me sens pas capable de le faire... »

M3 : « j'en ai peut-être pas posé assez souvent pour être super à l'aise. »

Il ressort une **formation initiale insuffisante.**

M13 : « J'ai pas eu de formation spécifique à la pose de stérilet. »

M5 : « Non non non non en gynéco j'ai pas fait grand-chose. »

M7 : « J'en fais pas parce que j'ai pas été formée. »

M1 : « Je pense qu'il faudrait, en médecine générale, qu'on soit mieux formés. »

« Déjà je pense que pendant l'internat c'est très aléatoire entre les différentes personnes. Moi je pense que j'ai eu de la chance mais quand je parle avec des amis... »

Quant aux **formations continues**, elles sont jugées **insuffisantes ou inadaptées**. Leur caractère trop théorique est critiqué. Les formations à la pose sur mannequin ne permettent pas aux médecins de se sentir suffisamment en confiance pour pratiquer la pose sur leurs patientes.

M13 : « C'est vrai que j'aurais été contente de trouver une formation pratique, et ça j'avoue que j'ai pas trouvé ou alors il fallait aller à Paris ce qui n'était vraiment pas pratique. »

M8 : « Alors de temps en temps ils nous proposent des stages aussi, des formations. Mais bon sur mannequin ... Pour apprendre c'est pas mal mais c'est quand même pas la même chose qu'une vraie personne. »

Une partie des médecins interrogés qui maîtrisent ce geste déclarent **s'être formés secondairement, par leurs propres moyens**.

M10 : « Bon après, sur la pose de stérilet, c'est une de mes collègues qui avait été formée par un gynéco qui m'a montré une fois et puis après... »

« Oui, enfin elle m'a montré une fois hein ! Après j'ai plutôt eu une formation sur le tas. »

M14 : « j'avais été dans un cabinet de gynécologie, je les avais contactés en disant "voilà je voudrais me former" et donc j'y étais allée plusieurs jours. »

Un médecin qui pose régulièrement des DIU avoue ne pas avoir été formé, et avoir posé son premier DIU seul, en consultation.

M11 : « E : Vous avez été formée quand à la pose de stérilet ?

M11 : Haha ! J'ose pas le dire (rires).

E : Ah mais allez-y, on m'a déjà dit d'autres drôles de choses vous savez...

M11 : Ben pas...

E : Pas formée ?

M11 : Non... »

M11 : « Le premier stérilet, ben (imite le geste à la va-vite), ben comme ça quoi ! Ben si, je l'ai forcément vu faire quand j'ai fait mon stage gynéco, mais qui remonte à ... Ben autrement non, j'ai pas fait. J'ai vu faire mais j'avais pas fait. »

Deux médecins seraient prêts à en poser en cabinet s'ils bénéficiaient d'une **formation pratique personnalisée**, lors de vraies consultations.

M1 : « c'est vrai qu'idéalement j'aimerais bien le refaire avec un médecin qui sait le faire, qui reste à côté de moi, qui me remontre ».

M2 : « Si on me reformait oui, si on me réapprenait à poser. Si je pouvais refaire une formation, et qu'on me rassure par rapport à ça, et qu'on me remontre... »

b. Influence des laboratoires pharmaceutiques

La totalité des médecins interrogés qui ont pour habitude de recevoir régulièrement des délégués médicaux et représentants de laboratoires **ne reçoivent pas de présentation de DIU...**

M1 : « Les labos par exemple, j'ai jamais vu de labo pour me présenter un stérilet, pourtant j'en ai vu beaucoup. »

M14 : « Jamais eu un seul représentant de labo de stérilet, jamais jamais jamais. »

M15 : « Stérilet, peut-être qu'à l'époque, au tout début, je me suis installé en 90 donc dans les années 90 peut-être qu'il y a avait encore des labos qui passaient avec les stérilets, mais je suis même pas sûr. »

... alors qu'ils **reçoivent régulièrement des laboratoires présentant des produits de contraception orale...**

M12 : « Heu oui, on m'a présenté uniquement de la contraception orale... »

M15 : « De pilule oui, stérilet non. »

M5 : « Pour les pilules oui mais sinon pour des produits plus spécifiques type stérilet/implant non non. »

... **et parfois des présentations d'implant.**

M12 : « Ou si, on m'a peut-être présenté l'implant, Implanon a dû passer une fois. »

M8 : « On a la pilule, on a Nexplanon, mais pas de stérilet. »

Cette absence de présentation est parfois vécue comme **un manque** et peut expliquer les difficultés pour les médecins généralistes à pratiquer la pose de DIU.

M8 : « Mais je pense qu'effectivement ça ça manque.... »

« Mais c'est dommage d'ailleurs, parce que peut-être que d'autres collègues s'y mettraient plus parce qu'en général ils proposent une formation. Quand il y a eu Nexplanon, on nous a proposé une formation et c'était bien, c'était très bien. »

« Après c'est vrai qu'on les connaît pas tous, c'est pour ça aussi que je dis qu'on manque de présentation de matériel. Moi je connais 2 stérilets et ça s'arrête là. »

c. Liés à la faisabilité

Plusieurs médecins évoquent la **difficulté de s'équiper correctement** pour la pose de DIU en médecine générale.

En premier lieu, l'obligation d'avoir de l'**oxygène et du matériel de réanimation** au cabinet est souvent citée.

M10 : « Ben c'est cette histoire d'oxygène... »

M14 : « ensuite il fallait de l'oxygène du machin du bidule et donc là on a dit STOP, c'est bon, on arrête là. »

« Moi déjà mon extincteur j'arrive pas à gérer les dates de péremptions alors l'oxygène j'en parle même pas ! En 20 ans je l'aurais jamais sorti de ma vie donc... ».

M8 : « Oui en cas de malaise. C'est obligatoire normalement, je sais pas si ça l'est encore... Je crois que c'est obligatoire. Du coup je m'étais achetée une petite bouteille dont je me suis jamais servie mais elle était là en cas de pépin. Et quand elle a été périmée j'en ai pas rachetée tu vois. Je me suis dit "j'en pose quasiment plus, voilà, est-ce que ça vaut le coup que j'investisse ?". »

Ensuite, **le reste de l'équipement technique** pose aussi problème.

M5 : « Donc dès qu'on fait des gestes techniques un petit peu compliqués, si on a pas tout le matériel c'est rapidement très embêtant... »

M7 : « Mais le stérilet ... J'ai pas d'étriers... Faut s'équiper. »

M8 : « Parce que tu as vu comment on stérilise nous, avec notre vieille machine... ? Alors ça aussi... On a un produit de test pour voir si c'est bien stérilisé mais à un moment donné,

j'avais aussi un peu d'appréhension parce que je me disais "si le matériel n'est pas stérile..." ».

« Bon j'en ferai encore, mais cette histoire d'équipement technique me pose problème. T'es obligée d'avoir un minimum de choses. »

De ces contraintes techniques et d'équipement découlent des **préoccupations d'ordre médico-légales** qui les empêchent de poser des DIU dans leur cabinet. La crainte d'éventuelles poursuites à leur égard en cas de complications ou de problèmes est omniprésente.

M10 : « J'ai raconté dans une société savante que je posais des stérilets, on m'a demandé si j'avais de l'oxygène, j'ai dit que non, et on m'a dit "fais attention". »

M14 : « Et ensuite pour des raisons médico-légales on était obligés d'avoir à proximité du matériel de réanimation avec oxygène et tout le truc, et ça pour nous, c'est trop compliqué à gérer. Donc avec ma collègue on s'est dit qu'on allait arrêter là parce que ça va devenir vraiment compliqué, on va avoir un souci un de ces quatre. »

« Quand ça se passe bien on se fait pas de souci, et on nous a dit "voilà, faites attention, plus ça va aller, plus il va y avoir des problèmes, des demandes, des procès, des machins des trucs" et donc là du coup on s'est dit qu'on allait minimiser les risques et on va réorienter un peu les choses, voilà, ça s'est fait dans ce contexte là en fait. »

« Je pense que beaucoup d'entre nous ont a peur du geste, mais on a peur du médico-légal, clairement... Je veux dire, ça devient un peu obsessionnel. »

Le surcoût demandé par les assurances professionnelles aux médecins qui posent des DIU est aussi mentionné comme frein évident.

M14 : « En fait, c'est notre assurance professionnelle... L'assurance professionnelle, à partir du moment où il y avait des actes gynécologiques type pose de stérilet, ça nécessitait une surprime d'assurance qui, pour un généraliste, était franchement très élevée par rapport au nombre de stérilets qui étaient posés. »

« Ah oui, mais moi je refuse de payer une assurance de fou en gynéco parce que je pose 3 stérilets dans le mois, ou de me retrouver avec des risques de plaintes parce que je sais pas quoi. Alors en fait, l'assurance dit "oui mais si les gens ils ont une infection après le geste, ils peuvent porter plainte alors on a le droit de demander plus", enfin bon... »

Il semble exister **une réelle complexité d'organisation** pour poser des DIU en cabinet de médecine générale, **particulièrement lorsque les médecins exercent seul**. Là encore, la notion de **contrainte de temps** est mentionnée.

M6 : « donc ça j'en fais pas du tout, notamment à cause de la contrainte de surveillance après, pour s'assurer qu'il n'y a pas de malaise vagal, de choses comme ça, parce que c'est bien joli de mettre quelqu'un dans la salle d'attente mais si on n'est pas à coté, c'est pas très.... ».

« En fait moi je reçois surtout en consultations libres, donc tout ce qui est geste technique finalement prend pas mal de temps, donc c'est.... Pour avoir une surveillance à peu près correcte et pour pouvoir s'installer tranquillement etc.. Ça prend à chaque fois du temps donc au niveau pratique c'est compliqué quand même. »

M5 : « Et après, il y a le problème toujours du temps et le fait de travailler tout seul. C'est pas très bénéfique parce qu'on a le téléphone qui sonne... Voilà ! Et puis quand il arrive quoi que ce soit on se retrouve tout seul... »

M14 : « Maintenant c'est vrai que s'il y a un souci c'est quand même compliqué quand on est tout seul, on peut pas faire ça plus ça plus ça en même temps, et puis on est pas équipés comme à l'hôpital ... »

Enfin, les médecins généralistes **réservent plutôt ce geste aux gynécologues.**

M8 : « Ah oui, je l'envoie chez le gynéco, ça c'est clair. »

M6 : « Si vraiment quelqu'un insistait pourquoi pas, ou si c'était nécessaire mais sinon je les orienterais plutôt vers leur gynéco. »

Ou **aux sages-femmes.**

M11 : « Oui, c'est pas si fréquent que ça, parce que maintenant les sages-femmes les posent aussi. Donc j'en pose un peu moins... »

M16 : « Après, maintenant on a une sage-femme avec qui on s'entend vraiment très très bien, qui elle en pose. Donc voilà. »

d. Liés à la pose

Selon les médecins, la pose est **un geste douloureux**. Ils craignent de déclencher chez leur patiente une forte douleur, et surtout **le malaise vagal** qui pourrait en découler.

M2 : « Et puis c'est aussi la douleur de la pose, je sais pas si le cadre est très bien adapté en cabinet de médecine générale pour faire ça. »

M5 : « Je pense que le malaise à la pose du stérilet, ben il faut savoir le gérer avant de se lancer ! »

La pose de DIU est considérée comme **un geste technique difficile**.

M2 : « La mesure de l'utérus, tout le protocole, je ne l'ai plus du tout en tête, et c'est pas aussi simple qu'un implant.... Voilà, c'est quelque chose qui me paraît plus compliqué quand même, et sans contrôle derrière je serais vraiment pas rassurée. »

M8 : « J'ai vraiment l'appréhension du côté technique quoi. »

La crainte d'une complication immédiate et notamment d'une **perforation utérine** est mentionnée.

M16 : « Parce que quand je les posais, c'était quand j'étais interne en gynéco, j'avais un échographe à coté, je vérifiais avec l'échographe que tout allait bien. C'est un moyen que j'ai pas ici, et c'est quelque chose qui me dérange, j'ai peur de le perforer enfin voilà. J'en pose pas ici. »

« Oui moi je préférerais avoir un échographe au cabinet pour au moins vérifier la position, la non perforation, le ... Voilà, c'est surtout ça. »

Il en résulte **un vécu stressant** pour les médecins. Même chez les médecins qui en posent régulièrement, il peut persister une appréhension à chaque nouvelle pose.

M11 : « J'ai toujours une appréhension. Là ça va mieux mais... C'est pas quelque chose que j'aime faire. »

M10 : « Mais c'est vrai qu'avec l'âge je m'en rends compte : j'aime pas trop ça en fait. Enfin non c'est pas ça, j'aime quand ça marche, mais y'a toujours une appréhension qui grandit ... Je comprends bien mon associée qui me les renvoie quoi. »

« Et moi j'étais un peu stressée voilà. »

e. Liés aux effets indésirables et complications

La possibilité d'**effets indésirables** après la pose de DIU est exposée comme un frein possible à la pose et/ou à la proposition du DIU aux patientes.

En premier lieu, ce sont **les ménorragies et dysménorrhées sous DIU au cuivre** qui sont le plus souvent mentionnées.

M9 : « Si, par exemple, un stérilet au cuivre j'en poserais pas chez une patiente qui a déjà des règles hyper douloureuses, et très longues et qui a pratiquement des ménorragies... ».

M15 : « Tolérance avec les stérilets au cuivre, on a quand même souvent des règles abondantes, des ménorragies avec parfois des carences martiales derrière, et parfois des problèmes douloureux, qui peuvent justifier éventuellement l'ablation s'il y a un problème de tolérance. »

Ensuite, les risques de **grossesse extra-utérine (GEU)**.

M15 : « des risques de GEU peut-être aussi. »

Ainsi que des risques d'**échec de contraception**.

M15 : « il y a peut-être plus de risques de grossesse sous stérilet que sous pilule. »

Enfin, un médecin cite la **possibilité de déclenchement de troubles psychiatriques** lié au fait que le DIU est un **corps étranger**.

M14 : « Et aussi bizarrement que ça paraisse, les patientes psychotiques, j'ai beaucoup de patientes psychiatriques, c'est compliqué aussi... Parce que après les délires sur les objets à l'intérieur, le fait que ça capte je sais pas quoi, enfin voilà... On en a 2-3 qui ont eu des

stérilets posés au CMCO, et pour de très bonnes raisons hein, on s'est dit « ben voilà comme ça on est tranquilles », on a dû les retirer parce que c'était sujet à des interprétations, des perceptions... »

3. Freins à la prescription et à la pose du DIU chez la patiente nullipare

a. Les médecins généralistes sont encore réticents

Les médecins généralistes sont encore réticents à poser et proposer le DIU comme moyen de contraception chez les nullipares.

Certains médecins qui posent les DIU au cabinet **refusent de le faire chez les nullipares.**

M11 : « Ah oui oui, moi je pose pas de stérilet chez les femmes qui n'ont pas d'enfant »

M8 : « Après stérilet chez la nullipare, non, je propose pas. (...) Ben je le propose pas parce que je le pose pas. »

Certains médecins sont **réticents à l'indication même du DIU chez la nullipare**, et ceci s'en ressent dans leurs conseils aux patientes. Certains médecins opposés au DIU chez la nullipare n'ont en revanche aucune réticence quand ce moyen de contraception est utilisé chez une femme ayant déjà accouché.

M2 : « Alors, c'est vrai que j'ai du mal, j'avoue, à le proposer à une femme qui n'a pas eu d'enfant... (...) Je le propose spontanément à toutes les femmes qui viennent d'accoucher. »

« Je sais que ça se fait de plus en plus, j'étais dans un service de gynéco ou on était vraiment pour, mais c'est vrai que j'arrive pas à le proposer. Je dis que c'est possible, mais je pense que ça se ressent que je suis pas forcément pour quoi... »

b. Liés aux médecins

Les médecins **ne sont pas suffisamment informés** quant à la place du DIU dans l'arsenal thérapeutique de la nullipare.

M15 : « J'avoue que je suis pas hyper informé sur ce sujet. Est-ce qu'il y a des risques d'en poser ? Est-ce qu'il y a des risques justement d'infertilité ou de diminution de la fertilité derrière ? Je sais pas, des synéchies sur corps étranger, voilà... Je pense que c'était un peu pour ça qu'à l'époque on en posait pas chez les nullipares. Est-ce que c'est toujours d'actualité ? Ca je sais pas, j'ai pas lu de choses particulières là-dessus, donc je sais pas. »

« Je dirais que je sais que ça se fait, mais que j'ai pas beaucoup d'expérience... »

c. Liés à l'indication

La contraception orale est souvent le premier choix chez les jeunes filles nullipares.

M12 : « Ah ben une jeune fille, une première contraception en général c'est plutôt une contraception orale. »

M9 : « Globalement c'est plus la pilule chez les très jeunes. »

M5 : « oui, pilule... Je suis pas très fort en autres moyens (rires). »

Chez certains médecins, **la possibilité d'autres méthodes contraceptives ne sera même pas évoquée** si la patiente ne présente pas de contre-indication à la contraception orale et que celle-ci est prise correctement.

M1 : « je pense que si la jeune fille nullipare me dit ... heu déjà si elle a aucune contre-indication à la pilule, qu'elle fume pas, et qu'elle te dit "non, moi je l'oublie pas, tout se passe bien", je vois pas l'intérêt de lui parler du stérilet. »

M15 : « Je pense que si elle répond aux critères d'inclusion de la pilule, je vais même pas lui parler du stérilet quoi. »

M8 : « Bah si elle a pas d'antécédents ni familiaux, ni personnels ce sera une pilule minidosée. »

La facilité de mise en place, de prise et d'adaptation de la contraception orale est un réel avantage.

M3 : « Toujours pour les mêmes raisons : l'accès facile, c'est elle qui gère, on peut se revoir, adapter etc. »

M6 : « le plus souvent oui, c'est ça qui est le plus pratique, surtout pour les jeunes. »

La « **priorité à la pilule** » peut même persister malgré la présence d'éléments cliniques ou anamnestiques qui pourraient faire dévier de la contraception orale pour un autre mode contraceptif.

M3 : « Alors celle qui fume ... "j'peux pas, je fume", franchement je l'ai entendu plusieurs fois... Je m'arrache un peu les cheveux, je dis "c'est dommage" ... ! Et donc j'explique le coup du risque à long et à court terme, c'est comme ça que je le vois quoi : fumer c'est pas bien pour les artères enfin "là vous avez 20 ans est-ce que vous voulez un bébé ?" Voilà donc le premier choix c'est quand même la pilule... »

M3 : « Et c'est l'argument qui revient aussi "j'ai peur d'oublier, j'oublie". C'est souvent avant d'avoir commencé qu'elles disent ça. Alors celle qui me dit ça avant d'avoir commencé je lui

dis : "essayez, vous n'avez pas l'air d'une tête en l'air, et puis c'est une histoire de motivation ! Tu la prendras si c'est important pour toi..." »

Le DIU n'est pas envisagé en première intention chez la nullipare.

M2 : « Je dis que c'est possible et que beaucoup de femmes le font, mais c'est vrai que chez une nullipare c'est pas l'indication première. Ce serait pas ma première prescription... »

M3 : « Donc en premier j'essaie quand même de détourner du stérilet... Mais s'il y a une forte demande ou un vécu désagréable des pilules ou de l'implant, OK pour le stérilet en deuxième.

Mais c'est vrai que c'est pas moi qui le dirais en premier. »

En cas de mauvaise prise de la contraception orale, le **DIU n'est parfois pas envisagé en deuxième intention non plus**. L'implant est parfois plus facilement proposé.

M5 : « Après effectivement, s'il y a des oublis très réguliers, j'aurais plutôt tendance à proposer un implant... »

M8 : « Donc voilà chez une jeune fille, pilule en premier lieu si y'a pas de contre-indication. S'il y a oubli ce sera plutôt Implanon d'abord, stérilet en deuxième intention. ».

Le DIU est un contraceptif apprécié des médecins, mais **réservé aux patientes plus âgées ou ayant déjà eu des enfants**. Chez ces patientes, il est souvent évoqué en **première intention**.

M11 : « La plupart du temps, c'est la pilule pour les jeunes, et les stérilets pour les moins jeunes... »

M12 : (en parlant des patientes multipares) : « Alors là j'insisterais un peu plus sur le stérilet, avant la contraception orale. »

M3 : « elles ont 2 ou 3 enfants et elles le disent clairement “pour le moment j’en veux pas d’autre”, là je trouve que le créneau stérilet il est bien quoi, et elles ont la trentaine... »

« je chercherais peut-être à dire aux jeunes filles nullipares : peut-être que vous gardez le stérilet pour après un premier enfant, ça c’est ce qui était recommandé hein, et essayez une autre contraception avant ... »

Pour certains médecins, la nulliparité ne constitue pas un frein en tant que tel. **Il s’agit plus d’une question de maturité, plutôt que d’âge ou de parité.** Il est souligné l’importance d’une maturité sexuelle, c’est-à-dire une vie sexuelle déjà entamée, ainsi qu’une connaissance et acceptation de son propre corps.

M13 : « Après ça dépend, si c’est une nullipare de 16 ans, je lui parle pas beaucoup du stérilet ; si c’est une nullipare de 25 ans qui est sûre qu’elle ne veut pas d’enfant dans les années à venir, je vais lui en parler plus facilement. »

M14 : « Le premier rapport sexuel ça reste vers 17 ans et des boulettes je pense, donc souvent c’est un sujet qui peut être abordé vers 18 ans, quand il y a déjà une espèce de maturité au niveau de la gestion de ça. »

« Quand je vois certaines jeunes filles qui viennent chercher un moyen de contraception mais qui sont incapables de mettre un tampon parce que pour elles c’est pas possible, alors heu, ouais non, la question elle se pose pas. Et ça, ça peut arriver chez des femmes beaucoup plus tard, pas seulement chez des jeunes jeunes filles. »

M3 : « Qui pourra peut-être mieux comprendre ces histoires de douleur ou de pas douleur, ouais.... Tout en n’ayant pas eu d’enfant ouais... »

« ouais de maturité, de connaissance de son propre corps. »

Enfin, sur la question de l'indication du DIU chez la nullipare, les médecins les plus âgés sont très freinés par **des anciennes recommandations encore omniprésentes**. Ils ont appris quand ils étaient étudiants que la nulliparité était une contre-indication à la pose de DIU et il est difficile pour eux de passer outre, même s'ils savent tous que ce n'est plus le cas aujourd'hui.

M11 : « Bon je reste peut-être sur les vieux trucs mais on nous apprenait : pas de stérilet si il y a pas eu de grossesse. »

M10 : « Moi je me souviens et ça reste dans le tête même si on a changé d'optique... »

M12 : « Ben une réticence par ce qu'on m'a enseigné il y a 30 ans. Il y a 30 ans c'était une contraception qu'on utilisait jamais chez la nullipare. »

M8 : « Après ma génération on posait pas de stérilet chez les nullipares. C'était même une contre-indication. »

d. Liés aux patientes

Les jeunes filles demandent rarement spontanément un DIU à leur médecin.

M13 : « Mais après que la jeune fille demande elle-même en premier le stérilet, j'en ai pas le souvenir comme ça... Non je crois pas. »

M9 : « Je pose aussi des stérilets chez les très jeunes si elles le souhaitent. C'est rare quand même qu'elles viennent me demander un stérilet. »

Là encore, on peut constater **la suprématie de la pilule** dans le paysage contraceptif en France.

M15 : « quand elle viennent pour une contraception, elles disent pas “je viens pour une contraception”, elles disent “je viens pour la pilule”, parce qu’en particulier chez les jeunes nullipares, la contraception c’est la pilule. »

M11 : « Ah non, pas des jeunes... “Je veux la pilule” oui, mais pas le stérilet... ».

Les jeunes filles sont encore très réticentes quand on leur parle de DIU.

M1 : « La première réaction c’est quand même beaucoup de refus, c’est rare qu’une jeune fille nullipare accepte. »

M10 : « J’essaie de convaincre les nullipares mais c’est compliqué. »

M8 : « Par contre les jeunes elles ont un peu peur de ce stérilet. »

Parmi **les motifs de refus ou les réticences** évoquées par les jeunes filles, on trouve :

- **La douleur**

M13 : « Il y en a aussi qui sont effrayées par le stérilet, la crainte de douleur etc, parfois elles sont pas pour donc je vais plutôt aller vers l’implant... »

M14 : « C’est essentiellement la douleur à la pose. »

- **Le doute sur l’efficacité, la crainte d’une grossesse sous DIU**

M10 : « Y’a beaucoup de choses sur “on tombe enceinte avec”, “c’est pas très sûr”, voilà. »

M14 : « Et ensuite comment savoir s’il est en place, comment savoir s’il marche vraiment ?

Voilà elles ont plutôt l’appréhension “et s’il part ? s’il bouge ? s’il reste pas au bon endroit est-ce que ça marche quand même ? comment je peux être sûre qu’il est bien placé ?”.

Voilà. »

- **L'idée du corps étranger**

M1 : « c'est plutôt par rapport à la représentation qu'elles s'en font, le fait que ce soit un corps étranger. »

M10 : « La deuxième, c'est qu'elles veulent pas avoir quelque chose à l'intérieur. »

- **Le caractère intrusif de la pose**

M10 : « elles sont plus demandeuses d'implant. Parce que c'est le stérilet du bras, on a pas besoin d'écarter les jambes et tout ça... »

- **Les conséquences sur leur sexualité**

M14 : « la douleur lors des rapports sexuels, si leur partenaire va le sentir ou pas. »

- **La crainte de règles très abondantes**

M13 : « elles ont aussi entendu que le flux était un peu plus abondant donc elles ont peur d'avoir des règles cataclysmiques. »

- **Le risque infectieux et de stérilité secondaire**

M14 : « Après encore une fois, la notion de stérilité à cause de maladie qui se mettrait dessus... Alors il y en a certaines qui viennent et qui disent : "ouais mais c'est un corps étranger, les microbes ils se fixent plus facilement sur les corps étrangers alors est-ce que je risque pas de... ?" »

M16 : « qu'après ce soit plus difficile d'avoir des enfants... »

M8 : « Quand on en discute, alors c'est un peu ce qu'elles ont vu sur internet, ce qu'elles ont entendu raconter ... Donc la peur de l'infection, de pas pouvoir avoir de bébé après. »

- **Le caractère abortif**

M8 : « Le fait que ce soit "abortif" ... ça, elle a pas voulu. Elle voulait en poser un, c'était un sans hormones. Et à partir du moment où j'ai parlé de ça, que ça empêchait la nidation de l'œuf, elle m'a dit "ah mais c'est un avortement". »

« Là c'était le blocage complet, elle n'a plus voulu en entendre parler. »

Ces réticences proviennent d'une **information insuffisante ou erronée**. Il ressort que les jeunes filles sont **insuffisamment informées sur le DIU...**

M1 : « ouais, souvent la grimace et en fait elles savent pas trop pourquoi elles ne veulent pas de stérilet, elles savent pas assez de choses dessus. »

M12 : « Alors non, parce que je sais pas ce qu'elles ont comme information mais on doit leur présenter le stérilet comme une méthode un peu barbare. »

M14 : « Parce que voilà déjà que c'est dedans, mais après pour le ressortir c'est encore plus mystérieux. »

M16 : « Non, elles ont une information relativement mauvaise qui consiste à dire "c'est le truc qu'avait ma mère" ou un truc comme ça. »

... mais **aussi sur la contraception et le fonctionnement de leur corps en général**.

M8 : « Et puis par rapport à ça, il y a encore beaucoup beaucoup, malgré toute l'évolution de l'éducation sexuelle et tout, les filles elles savent quand même toujours pas comment ça marche. »

M9 : « De son corps et de la contraception. De à quoi ça sert, comment ça marche... »

« Elles savent en général toujours comment on prend la pilule, en général quand on leur pose la question : “oui il faut prendre tous les jours un comprimé et faut pas l’oublier” mais sur qu’est-ce que c’est, à quoi ça sert, comment ça fonctionne... ».

L’acceptation du DIU semble aller de pair avec le niveau d’instruction : plus une jeune fille est instruite, plus elle serait apte à comprendre ce qu’est le DIU et à l’accepter.

M10 : « mais que selon le niveau d’instruction le stérilet est plus ou moins bien accepté. »

« Moi je pense que ça, c’est beaucoup les étudiantes, les filles d’un niveau social relativement aisé. »

Parfois **l’influence de la mère** est importante, ainsi que **l’imprégnation culturelle familiale**.

M16 : « Que leur maman avait pu leur dire que c’était pas forcément une bonne idée, des choses un peu comme ça quoi ! »

M10 : « et que même si elles font des études, elles sont très imprégnées par la culture de leur mère et que voilà, c’est compliqué. »

M7 : « La peur d’avoir mal à la pose je pense, des idées un peu reçues sur le risque de stérilité ou ce genre de choses véhiculées par les mamans. »

e. Liés à la pose

Le geste est perçu chez les médecins comme **intrusif**, ce qui peut parfois être difficilement acceptable pour une jeune fille. En effet, les médecins sont d’accord sur le fait que la pose d’un DIU pourrait être traumatisante pour une jeune fille qui aurait eu peu de rapports sexuels, et peu voire pas du tout d’examen gynécologique.

M1 : « Je pense qu'une femme qui n'a pas l'habitude d'être touchée, qui n'a pas encore une grande expérience sur le plan sexuel ; je me vois mal lui faire ce geste-là. »

M12 : « Ben à partir du moment où il y a une vie sexuelle déjà bien entamée, où il y a possibilité de faire des frottis et des examens gynécos. Parce que bon la pose de stérilet ça reste quand même un gros examen gynéco, avec toutes les réticences que ça peut induire. »

Face à ce problème, **la prescription d'une contraception orale est une solution.**

M12 : « Et puis, c'est un examen gynéco aussi, alors qu'une contraception orale ça peut se prescrire sans examen gynéco... »

Les médecins craignent que **la pose soit plus difficile chez une nullipare.**

M8 : « Plus difficile pour une nullipare. »

M10 : « Mais après, c'est vrai que c'était probablement plus facile chez les grandes multipares. »

La pose est perçue également comme **plus risquée.**

M2 : « c'est surtout la pose, tu vois, je me dis que c'est moins risqué chez une multipare. La nullipare a un col plus fermé, j'imagine qu'il y a plus de risques de perforer ou autre... »

Et comme **plus douloureuse.**

M2 : « Et c'est prouvé, la pose est plus douloureuse chez la nullipare. »

M3 : « je pense que ça fait un peu mal la pose, et surtout sur un col qui s'est jamais ouvert et donc c'est peut-être pas terrible comme entrée en matière dans la vie sexuelle. »

M8 : « Oui la douleur, le malaise vagal ... Bon j'en ai jamais eu mais c'est vrai que ça peut arriver. C'est la grosse difficulté. »

L'expérience personnelle a aussi son importance. Une femme interrogée gardait un souvenir très désagréable de ses poses de DIU d'avant grossesse, alors que les DIU après ses grossesses ont été posés sans douleur.

M8 : « C'était toujours douloureux, j'avais des appréhensions à y aller, je m'en souviens. Aussi bien à le mettre qu'à l'enlever. Et après les grossesses tu le sens, le col a été dilaté... Y'a pas photo... ».

Du fait de cette douleur, un médecin note qu'il peut être difficile de proposer le DIU chez une jeune fille qui n'y aurait pas pensé ou qui ne l'aurait pas demandé spécifiquement. Le fait de proposer un acte douloureux à ses patientes lui pose problème. Elle souligne donc **l'importance de la motivation** de la jeune fille avant d'envisager une pose de DIU chez une nullipare.

M3 : « et c'est pour ça que la motivation est super importante. Si c'est une fille qui dit "moi je sais ce que je veux, je veux un stérilet" y'a aucun problème, elle aura pas peur de la douleur. Si c'est une fille qui dit "je sais pas, que me conseillez-vous ?" , c'est pas tout à fait pareil ... "Je te propose un truc qui fait mal..." C'est pas génial .. ! Je pense que ça joue pas mal aussi ça. Et faut pas minimiser, c'est quand même une douleur... »

Enfin, les médecins sont plus à l'aise avec la **pose de l'implant qui leur semble plus simple.** Par conséquent, ils proposent plus facilement l'implant que le DIU à leurs patientes. Tous les

médecins cités ci-dessous ne posent pas du tout de DIU, alors que l'implant ne leur pose aucun problème.

M1 : « J'ai proposé de poser des implants parce que je trouve ça beaucoup plus simple que le stérilet. »

M2 : « Mais bon, c'est pas comme un implant ! Un implant on le sent, on sait où il est. Le stérilet c'est plus compliqué quoi ... »

M6 : « L'implant c'est à mon avis plus facile à poser parce qu'il y a peu de surveillance immédiate derrière, donc ça, à la limite, on peut prendre un rendez-vous et on ménage ¾ d'heure 1h pour le faire. »

M3 : « Mais en deuxième temps ou si c'est vraiment un blocage il y a l'implant hein, qui est quelque chose facile d'accès aussi, que je pose. »

« Poser c'est super vite fait, c'est d'une facilité déconcertante ! »

f. Liés aux complications / effets indésirables

Les possibles complications et effets indésirables du DIU sont mis en avant comme un frein à la pose chez certaines jeunes filles.

Tout d'abord, le **risque infectieux** est souvent cité. **Les partenaires multiples et les antécédents d'infections génitales constituent souvent des contre-indications** au DIU chez la nullipare.

M3 : « Alors là où je le propose pas trop et où j'essaie de freiner c'est là où j'ai l'impression qu'elles ont apparemment une vie sexuelle un peu compliquée, enfin disons beaucoup de partenaires. »

M12 : « Oui, si je m'assure qu'il n'y a pas de problème infectieux et une vie sexuelle stable. Voilà. Vie en couple stable, donc sans risque infectieux. »

M14 : « par exemple, ça fait la huitième fois qu'une jeune fille vient pour sérologie HIV, parce qu'elles ont déjà fait toutes les MST possibles, on va pas leur proposer spécialement un stérilet... »

Les médecins en craignent les conséquences et principalement **le risque de stérilité secondaire.**

M12 : « Oui parce qu'on avait trop peur à l'époque de coller une infection, une salpingite avec un risque de stérilité. »

M2 : « E : Et chez une multipare, ça (le DIU) te pose pas de problème ?

M2 : oui ... (hésite) alors qu'elle pourrait avoir envie d'avoir d'autre enfant »

Ensuite le **risque de ménorragies et dysménorrhées avec le DIU au cuivre** est aussi un frein. Les médecins le déconseillent aux jeunes filles ayant déjà des règles abondantes et/ou douloureuses.

M11 : « Mais on a vite fait le tour : parce que entre les jeunes qui ont des règles pas régulières, des règles douloureuses, c'est même pas la peine d'essayer ! On retire les stérilets 3 mois après tellement c'est la galère. »

M14 : « Celles qui ont des règles extrêmement hémorragiques ou très longues, celles qui ont déjà des carences en fer chroniques avec des anémies ferriprives, même si elles ont pas des règles importantes. »

B. Moteurs

1. Moteurs à la pratique d'une activité gynécologique en cabinet de médecine générale

a. Liés à l'activité gynécologique

Certains médecins constatent **une hausse de leur activité gynécologique**.

M14 : « Oui, j'en fais de plus en plus. »

Les difficultés d'obtention de rendez-vous chez un gynécologue dans un court délai sont évoquées comme une des raisons à cette hausse d'activité.

M14 : « Il y a de moins en moins de gynécos accessibles rapidement. »

M16 : « de plus en plus, surtout pour les frottis parce que les délais de rendez-vous chez le gynéco sont souvent un petit peu long. »

Un médecin installé en campagne dans le nord de l'Alsace évoquait **un réel déficit en gynécologues et en sages-femmes** dans son secteur.

M4 : « donc il y a un vrai déficit sur le plan démographique gynéco... Et en sages-femmes c'est pareil. »

Parfois, **les femmes ne trouvent pas de gynécologues qui acceptent de les suivre**.

M2 : « Il y a de moins en moins de gynécos dans le coin qui acceptent de nouveaux patients donc les jeunes femmes viennent vers nous pour faire les frottis. »

Ensuite, **des motifs d'ordre financier** sont évoqués.

M14 : « ensuite des raisons tarifaires, voilà. Nous on fait la consultation gynéco à 2,50 € point barre. »

Il peut s'agir aussi simplement **du choix de la patiente.**

M8 : « elles reviennent chez nous en disant “oh ben j'en ai marre d'aller chez le gynéco”, “il a pris sa retraite, est-ce que vous, vous le faites ?” donc elles reviennent chez nous. »

« Les femmes nous disent que nous au moins on prend le temps de les faire, que chez le gynéco c'est au lance-pierre (rires). »

b. Importance de la relation médecin traitant – patiente

La relation de confiance construite entre le médecin traitant et la patiente favorise un climat serein, idéal pour un examen gynécologique ressenti souvent comme un moment stressant pour les patientes.

M14 : « Mais parce qu'on a pas la même fonction, et qu'elles sont sans doute moins stressées quand elles sont chez nous que quand elles sont chez le gynéco qu'elles ont pas vu depuis un moment et qu'elles vont voir que pour ça. »

M8 : « Oui, on a une demande de jeunes en ce moment je trouve, parce qu'elles nous connaissent. Elles nous disent “Vous me connaissez depuis bébé, donc je préférerais que ce soit vous qui fassiez mon premier frottis” (rires), c'est un peu rigolo mais c'est comme ça. »

De plus, cette relation médecin-patiente constitue un avantage pour le médecin traitant quand il s'agit d'effectuer un geste technique. Pour ce qui est de la pose du DIU, **connaître la patiente permet de mieux appréhender ses réactions et ses ressentis.**

M14 : « C'est l'avantage de mon boulot peut-être par rapport à un gynéco, je les connais d'avant, je sais comment elles fonctionnent, je connais les angoissées, les pas angoissées, je sais comment les rassurer ou pas... »

2. Moteurs à la pose de DIU en cabinet de médecine générale et motivations à conseiller le DIU aux patientes

a. Avantages

Le DIU est un moyen de contraception apprécié des médecins, ils lui trouvent de **nombreux avantages** :

- **Observance garantie**

M10 : « Alors, je pense que j'ai un petit faible pour le stérilet. Parce que il est en place, on l'oublie pas. »

M12 : « Je trouve que c'est le plus pratique. C'est le plus pratique parce qu'il n'y a pas de souci à se faire hein, une fois que le stérilet est en place... »

M6 : « relativement peu contraignant parce qu'il y a pas de risque d'oubli. »

- **Contraception de confiance – efficacité**

M1 : « Oui, j'ai confiance en le stérilet, je pense que c'est fiable. »

M16 : « c'est un excellent moyen de contraception, parce qu'il est fiable, il est sûr, il est en place pour un certain temps... »

M9 : « l'efficacité qui est statistiquement la meilleure, surtout les hormonaux qui ont une très bonne efficacité. »

M2 : « Oui oui d'un point de vue efficacité, ça j'en doute pas. »

- **Remboursement**

M4 : « C'est pour ça que le remboursement c'est vachement important... Parce que c'est mettre un frein que de dire "je vais vous mettre un truc non remboursé" ... ça ne se fait pas quoi, tout simplement ».

b. Une pose simplifiée

La pose est simplifiée depuis **l'évolution des dispositifs intra-utérins et des kits de pose.**

M8 : « Au départ c'était compliqué, fallait tout le matos, maintenant tu as l'hystéromètre jetable, t'as tout dedans. Et c'est vrai que la pose tout en un c'est vraiment bien, il y a eu une sacrée amélioration là-dessus par rapport à avant. »

« Mais je trouve qu'avec les derniers stérilets c'est vraiment très facile, c'est vachement plus simple. »

Alors que les médecins réticents se sentent freinés par l'ampleur de l'équipement technique à avoir, les médecins qui en posent trouvent au contraire qu'**un équipement simple suffit.**

M10 : « C'est vrai que les internes quand elles viennent elles disent "Oh ! Mais tu mets pas de champs, tu mets pas de gants stériles ?" Ben non, c'est facile, si on travaille proprement il y a pas de souci. Moi j'ai pas eu de souci d'infection. »

M13 : « Ah non pas du tout, j'ai ma table de gynéco, le spéculum, le stérilet et c'est tout ! »

c. Bonne collaboration avec les gynécologues

Un médecin souligne **l'importance d'une bonne relation avec les gynécologues** à proximité, afin qu'ils puissent se rendre disponibles en cas de problème.

M10 : « Donc on avait une bonne relation avec les médecins gynécos qui font de la PMI dans le quartier (...) si j'ai un souci je les appelle, si j'arrive pas à poser un stérilet je leur envoie la patiente. »

3. Moteurs à la prescription et à la pose du DIU chez la nullipare

a. Liés aux patientes

Selon une partie des médecins interrogés, les jeunes filles semblent **de plus en plus demandeuses de DIU**.

M14 : « Des demandes de stérilet, des demandes spontanées de contraception de stérilet, chez moi c'est des jeunes entre 18 et 27 ans quoi. »

M6 : « Mais effectivement, j'ai l'impression qu'il y a plus de jeunes filles qui en parlent comme contraception, même justement des nullipares, alors que c'était pas du tout le cas avant, donc probablement un petit changement là-dessus... ».

Elles sont **motivées et informées**.

M14 : « Mais je trouve que par rapport à il y a 10 ans par exemple, elles sont beaucoup plus au courant. »

M3 : « Mais maintenant on voit des jeunes qui viennent en disant “je voudrais un stérilet”. »

Les réseaux sociaux jouent un rôle dans l’information de ces jeunes filles.

M9 : « je pense qu’on en parle sur les réseaux sociaux et qu’elles sont plus en demande... »

Les médecins constatent **une « mode » anti-hormones, anti-pilule**. La pilule est moins dans l’air du temps et les contraceptions plus « naturelles », non-hormonales, ont de plus en plus de succès auprès des femmes et en particulier des jeunes filles.

M1 : « avec tout ce qu’on entend en ce moment “voilà les hormones c’est mal, le bio, le machin etc.” T’as quand même toutes ces jeunes filles qui sont dans le rejet des hormones et du coup là ça va aller naturellement vers le cuivre. »

M14 : « Et comme on a beaucoup de jeunes qui sont en mode “vegan bio nature et découvertes” elle veulent plus d’hormones. »

M9 : « Et puis maintenant y’a une espèce de... ça c’est quelque chose d’assez récent, c’est “pas d’hormone”... Donc on revient au stérilet parce que c’est le seul truc sans hormones. »

Avec la montée en popularité des méthodes de contraception plus naturelles, les patientes témoignent parfois d’un **rejet et d’une méfiance vis-à-vis de la pilule**. Certaines craignent notamment une diminution de leur fertilité après l’arrêt de la pilule en cas de désir de grossesse.

M16 : « c'est plus dans l'air du temps de prendre des hormones, ça fait peur, le traitement hormonal fait peur... Donc les jeunes filles qui viennent en me disant "je veux plus prendre la pilule" parce qu'elles ont entendu que c'était dangereux. »

M14 : « Là aujourd'hui c'est pas ça, j'ai rarement la question "est-ce que je risque de ne plus avoir d'enfant après ?". Par contre, sous pilule, beaucoup me demandent si ça va pas les empêcher d'avoir des enfants après. Alors que sous stérilet je l'ai pas cette question. »

b. Liés à l'indication

De nombreux médecins proposent le stérilet dans l'arsenal contraceptif au même titre que les autres moyens : ils savent que **l'indication existe**.

M14 : « mais en tout cas pour les premières contraceptions, ça fait partie des choix de contraception au même titre que les autres contraceptions. »

M3 : « Si je fais l'inventaire des contraceptifs existants à quelqu'un qui ne saurait pas du tout, je le cite aussi, je le cite comme une possibilité, même si elle est nulligeste. »

Les médecins ont à cœur d'**appliquer les recommandations**.

M3 : « Maintenant ce qui est différent c'est que c'est officiel, c'est écrit quelque part. Et nous médecins, même si ça nous plait pas, on peut pas dire "non j'ai pas le droit". »

M5 : « Ah ben moi je suis les recommandations et d'après les recommandations on peut en mettre donc je ne suis pas contre. »

M4 : « La contraception c'est un droit, et maîtriser la natalité pour chaque femme, chaque couple, et je vois pas en quoi nous là-dedans on aurait le droit de mettre des freins. »

Leur priorité est que les femmes maîtrisent leur fertilité et surtout **évitent une grossesse non désirée.**

M9 : « Ça me pose pas de problème parce que j'ai vu assez d'IVG chez des femmes et des jeunes femmes à qui on a refusé le stérilet parce qu'elles étaient nullipares et qui se retrouvent avec une IVG ... »

La notion de **balance bénéfices-risques** est évoquée, et malgré la présence d'éventuels freins, la balance penche toujours en faveur du DIU, pour éviter une grossesse non désirée.

M3 : « Je sais pas, j'essayerais d'en parler mais je pense qu'elle a plus besoin de ne pas tomber enceinte et le stérilet est quand même possible... Même si elle fait pas gaffe et qu'elle a plein de copains, faut surtout pas qu'elle tombe enceinte si elle a pas envie... ».

De ce fait, on observe **une évolution des mentalités.** Certains médecins sont prêts à changer leurs pratiques et à commencer à poser des DIU chez les nullipares.

M12 : « Mais je pense que j'aurais pas de réticence à le faire maintenant. »

Certains médecins interrogés **acceptent le DIU chez la nullipare en cas de contre-indication à une contraception orale.** Il s'agit pour eux d'une **contraception de deuxième intention.**

M15 : « Par contre si elle a une contre-indication à la pilule, quelle qu'elle soit, là je l'enverrai peut-être chez son gynéco pour parler stérilet. »

Alors que pour d'autres, il n'existe absolument **aucun frein** au DIU chez les nullipares, il est envisagé en **première intention** au même titre que tous les autres moyens de contraception.

M14 : « Donc non ça me flippe pas du tout ça. J'ai pas peur. J'ai pas de frein par rapport aux nullipares. »

M4 : « E : Donc une jeune fille nullipare qui voudrait un stérilet, il n'y aurait pas de situation où vous seriez tenté de la freiner ... ?

M4 : Ah aucune situation. Aucune. »

d. Liés à la demande

Certains médecins qui posent des DIU se retrouvent parfois face à des jeunes filles qui viennent au cabinet de médecine générale pour la pose du DIU parce que leur gynécologue a refusé de le faire. **Les freins des gynécologues** contribuent à renforcer la fréquence de cet acte en médecine générale.

M4 : « Ouais parce qu'elles en ont déjà discuté avec le gynéco de la maman qui dit "ah non moi je t'en poserai jamais !" ».

M5 : « Elle en voulait un et le gynéco a dit "non non je le pose pas moi" donc les gynécologues qui sont un petit peu âgés, il y en a quelques-uns qui sont réticents. »

M9 : « Et c'est moi qui pose après le stérilet parce que le gynéco n'a pas voulu le poser. »

e. Liés aux avantages du DIU

Plusieurs avantages du DIU sont reconnus par les médecins interrogés.

Le DIU est une contraception de longue durée d'action qui ne pose pas de problème d'**observance**, avantage indéniable chez les jeunes filles qui ont tendance à oublier leur pilule.

M16 : « Aux jeunes filles, même nullipares qui oublient de prendre leur pilule, qui ne sont pas observantes. »

M14 : « On a quand même beaucoup de jeunes filles qui avec leur vie actuelle sont en difficulté par rapport à la prise à heure régulière ou de façon régulière d'une pilule... »

Le DIU présente finalement **peu de contre-indications.**

M13 : « Ou sinon chez quelqu'un chez qui je verrais un risque plus important, si c'est une hémophile, ou sous anticoagulant ou quelque chose, je le poserais pas non plus. Mais chez une nullipare sans antécédent, non, je vois pas ce qui m'empêcherait de le poser. »

« Si vraiment elles ont un utérus un peu particulier, que j'arrive pas bien à les examiner par exemple, je le fais pas non plus, mais si je vois que c'est une pose classique, simple, je le pose. »

Selon certains médecins interrogés, **les complications et effets indésirables potentiels** sont certes présents, mais **pas plus qu'avec d'autres moyens de contraception...**

M8 : « Ben par rapport aux maladies sexuellement transmissibles oui, ça pose problème quand même, mais pas plus qu'avec une autre. Et pas plus qu'avec la pilule. »

M14 : « Et moi j'ai pas du tout d'appréhension sur les risques ensuite d'avoir une grossesse parce que finalement, si elles nous font une infection, que ce soit avec stérilet ou sans, si elle est pas traitée ... elle est pas traitée ! Et si ce sont des jeunes filles qui s'occupent d'elles voilà, on va intervenir précocement. »

... et pas plus que chez les multipares.

M9 : « Là j'en ai vu une, mais c'est pas moi qui l'avais posé, qui l'a fait enlever parce qu'elle le supportait pas, trop de douleur, trop de saignements... Mais après voilà, j'ai pas l'impression qu'il y en ait plus chez les nullipares que chez les autres. »

Parmi les contraceptions de longue durée d'action disponibles chez les nullipares, on retrouve le DIU et l'implant. Les médecins interrogés préfèrent largement le DIU devant **la fréquence et la multitude des effets indésirables observés sous implant. Le DIU est beaucoup mieux toléré.**

M9 : « Il y a quand même moins de problème qu'avec l'implant. Globalement. L'implant est parfois bien supporté mais quand même, on doit parfois l'enlever à cause de métrorragies. »

M5 : « Je veux dire, je trouve qu'il y a beaucoup d'effets secondaires... Les implants, les femmes qui saignent tout le temps, il y en a quand même beaucoup. »

M11 : « C'est le pire des moyens de contraception depuis le début. Pourtant j'ai appris à les poser. Mais j'en ai jamais posé. J'en ai retiré, ah ça j'en ai retiré. (...) C'est une vraie cochonnerie. Ça fout la pagaille dans les règles (...) Et puis des premiers qui ont été posés ça s'est terminé en chirurgie, à aller chercher l'implant qui se baladait ! »

M16 : « Mais il y en a quand même beaucoup moins sous stérilet, beaucoup beaucoup moins quoi... »

M4 : « elle avait pris du poids, mais comme une dingue sous Nexplanon. »

La pilule est aussi pointée du doigt. Le retour à des cycles réguliers à l'arrêt de la pilule serait retardé suite à une prise de pilule prolongée, pouvant perturber un projet de grossesse.

M14 : « en même temps, quand les jeunes filles commencent la pilule à 15 ans et qu'elles viennent à 35 pour un premier gamin, elles ont 20 ans de pilule, oui ben c'est sûr que quand elles ont pas de cycle avant 3-4 mois, que ça se met pas en route et qu'elles me disent "mais c'est à cause de la pilule ?", c'est difficile de leur dire non quoi ! »

f. Liés à la pose

Les médecins qui posent des DIU chez les nullipares sont tous d'accord sur le fait qu'il n'y a **pas plus de complication à la pose** chez les nullipares que chez les autres.

M1 : « Oui j'en ai déjà posé chez des nullipares, et bizarrement ça s'est très bien passé, mieux que chez les multipares parfois. »

M10 : « parce que finalement, après les quelques expériences que j'ai, je trouve que c'est pas plus compliqué. »

M12 : « Pourquoi ? Parce que ce serait moins simple de passer le col ? Non je pense pas. Je pense pas parce qu'on fait la petite hystérométrie avec l'hystéromètre, en fin de règles en principe le col reste accessible. »

M4 : « pas plus que chez madame tout le monde, j'ai pas eu plus d'échec de pose chez les nullipares que chez d'autres femmes. »

Le matériel a évolué. Les médecins ont maintenant à disposition des **DIU de petite taille** adaptés aux patientes nullipares, ce qui facilite la pose.

M13 : « Et puis maintenant qu'il y a des petits stérilets pour les nullipares et tout, je trouve ça pratique. »

V. Discussion

1. Points faibles et points forts de l'étude

A. Les points faibles

- Biais de sélection

La première partie des entretiens a été réalisée avec des médecins que nous connaissons : il s'agissait soit d'anciens maîtres de stage praticien niveau 1 ou SASPAS, soit des médecins généralistes rencontrés lors des remplacements. Le nom des autres participants nous a été communiqué par des connaissances communes ou par les médecins interrogés. Nous avons sélectionné les médecins en fonction de leur profil et de leurs pratiques. En effet, l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes d'Alsace mais cherche à représenter au mieux la diversité des modes d'exercices et des pratiques : c'est la recherche de variation maximale.(34)

En revanche, en interrogeant 16 médecins, nous n'avons pas pu représenter l'intégralité des pratiques et des points de vue. Nous avons sélectionné les participants selon l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'installation, et les pratiques vis-à-vis du DIU. Tous les axes n'ont pas pu être explorés. Par exemple, il aurait été intéressant d'interroger les médecins sur leur culture religieuse afin de mettre en lumière l'implication de leurs croyances dans leur pratique de la gynécologie et spécifiquement vis-à-vis du DIU.

- Biais de réponse

Nous connaissions personnellement une partie des médecins interrogés. Ceci peut constituer un biais de réponse. En effet, nous pouvons nous interroger sur le caractère vraiment libéré de la parole dans ce cadre. Bien que leur anonymat était rappelé en début d'entretien, notre présence a pu influencer les discours tenus. Les médecins interrogés ont pu s'autocensurer afin de ne pas nous révéler des points de vue qui leur semblaient idiots, ou honteux. Certains médecins pouvaient être réticents à confier leurs doutes, leurs faiblesses.(34) De plus, en leur présentant l'objectif du travail, les médecins interrogés ont pu se douter de notre point de vue vis-à-vis du DIU chez les nullipares et dès lors adapter leur discours pour ne pas laisser paraître des opinions et des pratiques trop éloignées des recommandations actuelles.

- Biais d'investigation

Le guide d'entretien a été construit de manière à ce que l'enquêteur intervienne peu et reste le plus neutre possible. Néanmoins, il persiste toujours un biais d'investigation qui intervient dans le recueil des données lorsque le chercheur interroge les participants d'une manière qui peut influencer leur discours. En effet, les intonations ou les questions de relance ont pu motiver les médecins à moduler leurs réponses.

De plus, le fait de connaître personnellement une partie des médecins a pu modifier l'attitude de l'enquêteur. Une gêne a pu être ressentie au moment de recadrer les hors sujets, de poser les questions de relance, ou d'insister pour demander davantage de précisions lors d'une réponse succincte.

B. Les points forts

- La méthodologie qualitative

La méthode qualitative a longtemps été victime de son image «insuffisamment scientifique». En réalité, celle-ci a sa place dans la littérature scientifique au même titre que la méthode quantitative, à condition d'être adaptée à la question de recherche. Ces deux méthodes ne sont pas opposées mais complémentaires et pourraient se succéder dans un même programme de recherche.(32) La recherche qualitative ne consiste pas à quantifier mais à recueillir des données verbales dans une démarche interprétative. Notre question de recherche n'était pas « quel est le taux de médecins qui acceptent de poser des DIU aux nullipares ? », mais « pourquoi ? ». Afin de recueillir le plus justement les avis, opinions, comportements et expériences des médecins interrogés, la méthode qualitative était la plus adaptée.

Le choix des entretiens individuels nous a semblé être le plus adapté car son cadre plus intime permet d'aborder des sujets délicats et encourage une parole plus libérée que dans les *focus-group* (entretiens de groupe).

- Le double codage

Après retranscription des entretiens et face au verbatim, l'enquêteur procède au codage. Le codage des données se fait de manière subjective, ce qui constitue un biais d'interprétation. En effet, il crée l'arbre thématique en sélectionnant les idées qui lui semblent pertinentes sans pour autant traiter l'intégralité des informations. Dans notre étude, nous avons procédé à un double codage : l'analyse des données a été effectuée par deux personnes, indépendamment l'une de l'autre, sans se concerter et sans jamais avoir échangé

auparavant à propos des entretiens. Cette « triangulation » a permis de réduire la subjectivité pour atteindre non pas l'objectivité, mais plutôt « l'inter-subjectivité », et de donner plus de force à notre travail.(36)

2. L'activité gynécologique liée à l'information des patientes ?

Plusieurs médecins interrogés ont constaté une diminution de leur activité en gynécologie au fil des années, et seule une petite partie d'entre eux a constaté l'inverse. Cette différence de discours est difficile à expliquer, d'autant plus que leur lieu d'installation (urbain ou rural) ne semblait pas avoir d'influence sur cette activité. En effet, parmi les médecins déclarant avoir une plus forte activité gynécologique ces dernières années, l'un était installé en milieu rural, l'autre en milieu urbain et le troisième en milieu semi rural. Ces médecins ont tous mentionné la difficulté pour les patientes d'obtenir un rendez-vous chez un gynécologue, ou même de trouver un gynécologue qui accepterait d'assurer leur suivi.

Le nombre de spécialistes en gynécologie médicale (aspects médicaux uniquement) est en forte baisse ces dernières années. Entre 2008 et 2015, les effectifs ont baissé de 41,1 % en Alsace et cette tendance risque de se confirmer sur les années à venir.(37) En effet, l'âge moyen des gynécologues médicaux est de 59,3 ans dans le Bas-Rhin et 60,9 ans dans le Haut-Rhin. En 2016, aucun de ces professionnels n'était âgé de 35 à 49 ans car la spécialité « Gynécologie Médicale » n'était pas disponible à l'internat entre 1984 et 2004.(38)

Inversement, l'effectif de gynécologues-obstétriciens a augmenté de respectivement 1,6 % et 6,1 % dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin entre 2012 et 2016, alors qu'il a progressé de 13,3 % en France métropolitaine sur cette même période.(38) Au total, il y a de moins en

moins de gynécologues médicaux installés en Alsace et en compensation l'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens est trop faible.

Certains médecins avançaient l'absence de demande de la part des patientes comme argument à leur faible activité en gynécologie.

Dans sa thèse d'exercice, H. Guyomard a réalisé une revue de la littérature afin de dresser un état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale.(39) Elle démontrait que 8 à 23 % des femmes seulement étaient suivies sur le plan gynécologique par leur médecin généraliste.

Les différents travaux analysés démontraient que seule une minorité de femmes sait que les médecins généralistes peuvent réaliser des consultations de gynécologie. Ceci témoigne d'un défaut d'information. Plusieurs médecins de notre étude ont pu constater cela dans leur pratique : les patientes sont surprises et étonnées quand ils leur disent qu'ils peuvent réaliser leur suivi.

L'étude de Joseph *et al.* (40) met en lumière ce manque d'information des patientes. Parmi les médecins interrogés qui ne réalisaient jamais de frottis cervico-utérin (FCU) en cabinet, 67 % avançaient « l'absence de demande des patientes » comme argument. Pourtant, 72 % des patientes ont répondu favorablement quand leur médecin leur proposait de réaliser prochainement un frottis de dépistage. Elles exprimaient une bonne perception de leur médecin généraliste, la confiance en lui et une facilité d'accès. Au final, les médecins attendaient que les patientes demandent, et celles-ci attendaient que leur médecin propose.

Nous pouvons donc supposer qu'une meilleure information des patientes pourrait permettre une augmentation de l'activité gynécologique. Le travail de H. Guyomard met en

lumière quelques pistes de diffusion de l'information des compétences des médecins généralistes en matière de gynécologie : affichage en salle d'attente des tarifs des actes, y compris FCU ou pose de DIU, affiches informatives, communiqués officiels via les médias.(39)

3. Les contraintes à la pratique de la gynécologie et à la pose du DIU en médecine générale

A. Contrainte de temps

La contrainte de temps a été citée par de nombreux médecins interrogés : la réalisation d'un examen gynécologique complet, ou la pose de DIU sont des actes chronophages. C'est d'ailleurs un argument que l'on retrouve dans de nombreuses autres études traitant de ce sujet.(41,42) Dans le travail de R. Champeaux, c'est la raison la plus fréquemment évoquée par les femmes médecins pour ne pas pratiquer de gynécologie en cabinet, et la troisième par les hommes.(43)

En effet, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes selon une étude de 2006 (44), alors que J. Clochey montrait dans son travail de thèse que les médecins généralistes posant des DIU prenaient entre 15 minutes et 1 heure pour ce geste.(45) De même, dans une étude américaine, 61 % des professionnels de santé interrogés s'accordaient à dire que le conseil et l'information à propos du DIU demandaient plus de temps que les autres moyens de contraception.(46) La prescription d'une contraception orale apparaît donc comme une solution de facilité.

B. Contraintes techniques

- Oxygène et matériel d'urgence

Plusieurs médecins ont mentionné parmi les freins à la pose de DIU le problème de l'équipement d'urgence (système d'oxygénation surtout) et les éventuelles répercussions médico-légales en cas de non équipement. Plusieurs d'entre eux pensent qu'il est obligatoire d'être équipé d'oxygène pour poser des DIU. Pour un médecin interrogé, ceci a été le principal argument pour cesser d'en poser. Cette croyance est récurrente chez les médecins et est retrouvée dans de nombreux autres travaux de thèse.(41,42,45,47)

Le décret du 26 avril 1972 relatif aux « conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins » imposait des d'installations minimales (notamment matériel de stérilisation, plasma sec, équipement nécessaire à la mise en place d'une perfusion en cas d'urgence et une réserve d'analeptiques cardio-vasculaires). L'obligation de posséder de l'oxygène n'y figurait pas.(48)

Ce texte a été abrogé par la circulaire n°81113 du 29 avril 1981 qui dispose : « l'évolution des connaissances des praticiens en matière de contraception est telle que la pose des DIU est aujourd'hui un acte médical qui ne nécessite plus l'application de règles particulières ». Il n'existe donc plus, sur le plan réglementaire, d'obligation particulière pour le médecin qui pose des DIU ; la possession de matériel de réanimation et d'oxygénation n'est pas spécifiquement exigée.(49)

Enfin, selon l'article R.4127-71 du code de santé publique, figurant dans le code de déontologie médicale, « le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret

professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge ».

Néanmoins, le rapport d'élaboration HAS d'avril 2013 (mis à jour en octobre 2017) valide les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception utérine qui indique que l'équipement d'urgence doit être disponible dans tous les contextes où la contraception intra utérine est posée.(50) Ce rapport d'élaboration, sans valeur normative, ne précise pas quelle doit être la nature exacte de cet équipement, rendant l'information floue.

Au vu des réticences exprimées à plusieurs reprises par les médecins interrogés sur l'obligation de posséder de l'oxygène pour poser des DIU, et les contradictions constatées dans les différentes lois et recommandations, il apparaît qu'une clarification des textes est nécessaire.

- Équipement et matériel de gynécologie

La pratique de la gynécologie et la pose de DIU impliquent un équipement minimum. A plusieurs reprises, les médecins interrogés ont mentionné la complexité et la charge financière d'un matériel à jour, comme ceci avait également été évoqué dans d'autres travaux.(41,42,47)

Pour avoir du matériel stérile nécessaire à la pose d'un DIU, il faut disposer d'un stérilisateur qui est un investissement conséquent. L'autre solution est de se munir de matériel à usage unique, option très appréciée par l'un des médecins interrogés qui doutait de l'efficacité de son stérilisateur. A noter que l'hystéromètre jetable est fourni avec certains dispositifs, et qu'il existe aussi des kits de pose jetables (incluant pinces, ciseaux nécessaires et parfois

même spéculum) remboursés par la Sécurité Sociale s'ils sont prescrits avec le DIU (Annexe 4).

D'autres difficultés apparaissent cependant avec le matériel stérile à usage unique : la gestion des stocks et l'obligation d'achat en lots pouvant arriver à péremption avant leur utilisation complète. La pratique en cabinet de groupe permet une mutualisation des achats et des coûts minimisés.

C. Difficultés liés à l'isolement

Plusieurs médecins nous ont fait part de la difficulté d'organisation pour poser des DIU et pratiquer des gestes de gynécologie dans leur cabinet où ils exercent seuls.

D'une part, comme nous l'avons vu précédemment, la gestion et le coût du matériel sont complexes.

D'autre part, l'isolement peut être perçu comme un obstacle en cas de problème au moment de la pose. Cette crainte de l'isolement est démontrée dans d'autres travaux de thèse.(42,47)

Pour remédier à ce problème, la pratique en cabinet de groupe est donc à favoriser. De même, la construction d'un réseau de professionnels autour du praticien est primordiale. Plusieurs médecins interrogés posant des DIU ont mentionné la présence de gynécologues dans leur secteur (en libéral ou à l'hôpital), avec qui ils entretenaient des relations professionnelles de qualité et à qui ils pouvaient adresser rapidement la patiente en cas de difficultés. Ainsi, la bonne coopération entre médecins généralistes et gynécologues est indispensable au développement de l'activité gynécologique des généralistes.

D. Risque médico-légal et surprime d'assurance

Un médecin interrogé a cessé de poser des DIU dans son cabinet parce que le surcoût demandé par son assurance professionnelle pour réaliser un tel geste au cabinet lui paraissait démesuré par rapport au nombre de DIU posés. Pourtant, la pose de DIU fait partie des compétences des médecins généralistes et ne nécessite pas de surprime pour la plupart des compagnies d'assurance. Il suffit de leur signaler la pratique de ce geste. Ces croyances erronées sont pourtant répandues puisqu'elles sont également retrouvées dans les travaux de thèses de M.Fontaine (42) et B. Guidi Rontani.(41)

4. La formation des médecins généralistes

Une majorité des médecins interrogés déclarent avoir des compétences insuffisantes pour poser des DIU dans leur cabinet. Ils ont confié avoir eu une formation initiale insuffisante voire inexistante à la pratique de ce geste.

Certains médecins qui pratiquent pourtant aujourd'hui la pose de DIU étaient également de cet avis. Leur formation initiale ne leur a pas permis de pratiquer dès le départ ce geste en confiance. Certains se sont formés secondairement, d'autres se sont lancés les premières fois sans être sûrs de leur technique, puis ont acquis de l'expérience.

L'étude FECOND affirme que seuls 29 % des médecins généralistes considèrent que leur formation les a bien préparés à la pose des DIU (contre 98 % des gynécologues).(12)

Dans le travail de thèse de L. Michelet-Bretonneau, 32,2 % seulement des médecins généralistes s'estiment compétents pour poser un DIU.(51)

Une meilleure formation initiale peut être un élément de réponse à notre problématique.

Pour rappel, la formation initiale en gynécologie chez les internes de médecine générale de Strasbourg se définissait comme suit jusqu'en 2017 :

- Externat : - Module théorique de gynécologie de 29 items
 - Stage obligatoire en gynécologie-obstétrique à temps plein pendant 1 mois durant la 5^{ème} année.
- Internat de médecine générale : 6 semestres de stage dont 1 semestre en pédiatrie/gynécologie (3 mois-3 mois)

Le Département de Médecine Générale propose également une formation optionnelle aux internes de médecine générale « Gestes techniques et santé de la femme », comportant un atelier d'enseignement aux gestes techniques : examen gynécologique, frottis cervico-utérin, pose de DIU, pose d'implant. (52)

Dans sa thèse, M. de Castelbajac de la Croix s'est intéressée à la formation et à la compétence des internes de médecine générale en gynécologie durant leur internat. La grande majorité (91 %) des internes ont déclaré avoir reçu une formation à la pose de DIU (quelle que soit sa nature), pourtant 64 % d'entre eux ne se sentent pas compétents pour pratiquer ce geste.(53) Ces résultats signifient que la formation initiale, même si elle est présente, n'est pas assez efficace.

Ce même travail s'intéressait à la nature de la formation reçue par les étudiants. Parmi les internes qui ont reçu une formation en supervision (pose de DIU faite par l'étudiant lui-même, supervisée par un médecin compétent), 65 % se disaient compétents pour le geste. En revanche, c'était le cas de seulement 4 % de ceux qui avaient reçu une formation uniquement théorique et/ou en observation et/ou sur mannequin.(53)

Le travail de A. Anastasy-Fourquet montrait que la formation des internes en supervision sur des patientes était significativement associée à un sentiment de compétence pour ce geste.(54) L'étude mettait aussi en évidence que 56,5 % des internes réalisant leur stage en gynécologie hospitalière étaient formés à ce geste, contre 82 % en stage libéral de gynécologie.

La formation supervisée et le passage en gynécologie libérale seraient donc à favoriser pour améliorer la compétence des jeunes médecins à ce geste. C'est d'ailleurs ce qu'a mis en place la Faculté de Médecine de Strasbourg. Depuis 2017, chaque interne de médecine générale doit effectuer un stage de 6 mois en « santé de l'enfant » et 6 mois en « santé de la femme », et ce à partir de la deuxième année d'internat. Parmi les stages disponibles pour le semestre « santé de la femme », il existe dorénavant des stages ambulatoires. Avant cette date, les stages de gynécologie se déroulaient tous en milieu hospitalier. La réforme de la maquette de stages des internes en médecine générale leur permet désormais de se former en service hospitalier, chez des gynécologues libéraux, ou chez des médecins généralistes ayant une activité gynécologique riche. Ceci pourrait donc permettre d'améliorer leur formation et leurs compétences en vue de leur activité libérale future.

La formation médicale continue est une obligation déontologique.: « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* » (article R.4127-11 du code de la santé publique).

Les organismes de Développement Professionnel Continu (DPC) proposent des formations à la pose de DIU que les médecins de notre étude jugent trop théoriques (sur mannequin). Plusieurs ont déclaré être prêts à en poser s'ils bénéficiaient d'une formation pratique et personnalisée sur des patientes, assistés par un gynécologue. La Faculté de Médecine de

Strasbourg propose un Diplôme Universitaire complémentaire intitulé « Gynécologie médicale », destiné aux gynécologues et aux médecins généralistes mais celui-ci n'inclut pas d'atelier pratique.

Peut-être faudrait-il envisager un nouveau mode de formation continue, qui inclurait des ateliers pratiques sous forme de stages chez des gynécologues ou médecins généralistes maîtrisant le geste. Des Diplômes Universitaires de gynécologie complétés par une formation pratique (vacations obligatoires en consultations de gynécologie) existent déjà dans certaines villes de France. L'Université de Médecine de Nantes, par exemple, propose un Diplôme Inter-Universitaire « Formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste » qui, en plus de la formation théorique, comprend 60 heures de stages pratiques (20 vacations d'une demi-journée, en consultation d'obstétrique, de gynécologie, avec une sage-femme, au Planning Familial, en PMA, et pose/dépose de DIU et implant contraceptif).(55)

5. Une norme contraceptive qui perdure

Beaucoup de médecins interrogés ont confié avoir du mal à se défaire de ce qu'on leur a appris quand ils étaient à la faculté : « la nulliparité est une contre-indication au DIU ». Contrairement aux données retrouvées dans un travail de 2013 de C. Garnier-Genevoy, qui révélait que 19,4 % des médecins généralistes interrogés pensaient que la nulliparité restait une contre-indication au DIU (56), tous les praticiens interrogés dans notre étude connaissaient l'indication. Pourtant, une partie d'entre eux ne proposait en premier lieu que la contraception orale aux jeunes filles et n'évoquaient même pas la possibilité du DIU ou

d'autres méthodes contraceptives sous prétexte que la patiente était éligible à la pilule. Ceci reflète bien la norme contraceptive qui perdure en France : les jeunes filles utilisent le préservatif puis la pilule en début de vie sexuelle, puis les couples ont recours au DIU après avoir eu leur premier enfant.(12) Même si le scandale des pilules de 3^e et 4^e génération en 2012 a terni l'image de la pilule et augmenté le recours au DIU (1), notre étude démontre que le modèle contraceptif est ancré dans les pratiques, et que les anciennes recommandations sont toujours omniprésentes.

Dans le travail de thèse d'E. Reynier, seuls 24 % des médecins généralistes interrogés déclaraient parler du DIU de manière spontanée et systématique à leurs patientes nullipares, 30 % n'en parlaient jamais et 46 % en parlaient seulement en seconde intention.(57)

Plusieurs médecins dans notre étude ont témoigné du manque de connaissances des jeunes filles vis-à-vis du DIU. Dans leurs études qualitatives explorant les réticences des patientes nullipares à utiliser le DIU, D. Denant et S. Courleux retrouvaient également toutes deux des patientes insuffisamment informées sur le DIU, notamment de la part de leur médecin et/ou gynécologue.(16,58) Dans le travail d'A-L Chanzy-Waroquet, 48,7 % seulement des patientes nullipares déclaraient avoir reçu une information sur le DIU par un professionnel de santé.(59)

Certains médecins interrogés dans notre étude avaient en revanche à cœur de laisser la patiente choisir librement sa contraception, en lui donnant toutes les informations nécessaires à un choix libre et éclairé.

C'est ce que préconisent les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) sur la contraception de l'adolescente

de 2018.(60) Ces recommandations rappellent qu'il est « *important de donner le choix à la patiente de sa contraception et de l'informer objectivement des différentes méthodes contraceptives* ». C'est également le message qu'ont voulu transmettre les autorités de santé avec la campagne de communication « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » en 2007.(61)

Dans une étude de 2010 (62), les participantes au Contraceptive Choice Project recevaient une information sur l'efficacité, les risques et les bénéfices de tous les moyens de contraception puis choisissaient la méthode qu'elles préféraient. Les adolescentes se détournaient finalement de la contraception orale puisque 62 % d'entre elles choisissaient une méthode LARC (DIU cuivre ou LNG, ou implant) : 69 % dans la tranche d'âge 14-17 ans (qui préféraient en majorité l'implant) et 61 % chez les 18-20 ans (qui choisissaient le DIU à 71 %).(62) Ces résultats démontrent que l'information fournie par le médecin est primordiale pour permettre aux jeunes filles d'opter pour la contraception qui leur convient le mieux, et laisse penser que si les patientes recevaient une information complète sur tous les contraceptifs de la part de leur professionnel de santé, le modèle contraceptif aurait peut-être tendance à changer, avec une plus large utilisation des LARC chez les jeunes.

Présenter la totalité de l'arsenal contraceptif à une jeune fille prend du temps. Il s'agit de lui exposer toutes les méthodes, leurs modes d'actions, leurs modalités d'utilisation et de mise en place, leurs efficacités, leurs contre-indications, leurs avantages, leurs risques et leurs effets secondaires. Nous avons observé dans notre travail que le manque de temps était un problème récurrent en médecine générale, mais il est impératif d'accorder le temps de consultation nécessaire à ces jeunes patientes afin de leur permettre de choisir la contraception qui leur convient le mieux, permettre une adhésion maximale à la méthode et limiter ainsi les échecs.

Pour encourager les médecins généralistes et valoriser le temps consacré, les autorités ont instauré une nouvelle cotation depuis novembre 2017 pour la première consultation portant sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : CCP, coté à 46€ et pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale (possibilité de tiers payant intégral).

Un médecin a soulevé la question de la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques dans ce réflexe « tout pilule ». Ce médecin, qui recevait des visiteurs médicaux dans son cabinet, bénéficiait régulièrement des présentations de contraception orale mais jamais de DIU. Il en était de même pour tous les autres médecins qui recevaient des délégués médicaux. Si l'influence des visites médicales sur les pratiques et les prescriptions n'est plus à prouver, ce médecin suggère que les délégués médicaux participent à leur formation médicale. La visite médicale est un moyen d'information apprécié par les médecins, notamment parce qu'il est convivial et fondé sur un contact vivant et personnel.(63) Dans une enquête de 1993 réalisée par le Centre de Sociologie de démographie médicale, 64 % des médecins généralistes interrogés citaient les délégués médicaux parmi leurs principaux moyens de formation médicale continue.(64) Les laboratoires pharmaceutiques pourraient donc avoir un rôle à jouer en développant d'avantage la présentation de DIU aux médecins généralistes.

6. La pose du DIU : quelles différences chez la nullipare ?

Dans notre étude, de nombreux médecins imaginaient la pose du DIU chez la nullipare plus difficile et plus douloureuse. Le passage du col, plus étroit chez une nullipare que chez une

femme ayant déjà accouché, serait plus difficile et plus pourvoyeur de douleurs ou de malaise vagal.

En effet, de nombreuses études montrent que la douleur ressentie lors de la pose de DIU est significativement plus élevée chez les patientes nullipares que chez les femmes ayant déjà accouché.(65,66). Il est à noter que dans l'étude américaine de Bednareka *et al.*, la douleur ressentie à la pose de DIU chez les patientes qui avaient bénéficié uniquement de césarienne (aucun antécédent d'accouchement par voie basse) était semblable à la douleur ressentie dans le groupe « nullipare », en opposition aux femmes ayant déjà accouché par voie basse.(65)

Afin de minimiser cette douleur, les effets des anti-inflammatoires non stéroïdiens en prophylactique, du gel de lidocaïne et du misoprostol ont déjà été testé. Cependant aucune de ces molécules n'a fait ses preuves. Une revue de la Cochrane ayant inclus 33 essais pour un totale de 5710 patientes a conclu à l'absence d'efficacité de ces molécules sur une diminution des douleurs lors de la pose.(67)

En revanche, des études ont conclu à l'efficacité de la lidocaïne administrée en anesthésie para-cervicale. Une étude de 2017 a prouvé la supériorité du bloc para-cervical de lidocaïne versus placebo chez des jeunes patientes nullipares de 14 à 22 ans.(68)

Dans des Recommandations pour la Pratique Clinique de 2018, le CNGOF conclut qu'il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement le bloc de lidocaïne en para-cervical du fait d'une balance bénéfice/risque incertaine (accord professionnel), mais qu'il peut être proposé chez les patientes à risque de douleur.(69)

Par ailleurs, l'utilisation de DIU de petite taille est préconisée pour les nullipares. Pour les DIU au LNG, les dispositifs de petite taille sont significativement associés à une pose plus facile et moins douloureuse (toute parité confondue) en comparaison au *Mirena*.(70)

A propos de la difficulté d'insertion par l'opérateur, tous les médecins de notre étude qui posaient régulièrement des DIU chez des patientes nullipares s'accordaient à dire que le geste n'était pas plus difficile que chez une patiente multipare, et qu'en pratique ils ne rencontraient pas plus de problème ou d'échec à la pose chez les jeunes nullipares. Ces données sont conformes à une étude brésilienne qui comparait les difficultés à la pose de *Mirena* chez des patientes nullipares et multipares. L'étude retrouvait une insertion sans difficulté chez respectivement 80,8 % et 82,2 % d'entre elles : la différence n'était pas significative.(71) De plus, cette étude a été réalisée avec *Mirena* qui est un DIU de grande taille, ce qui pourrait nous laisser penser que les résultats seraient encore plus encourageants si l'on testait les DIU de petites tailles.

De même, il n'y a pas plus d'échecs de pose chez les nullipares que chez les patientes multipares (succès de pose dans 95,8 % chez les nullipares, versus 96,7 % chez les multipares, différence non significative).(72)

Pourtant, d'autres études prouvent le contraire. Une étude Néo-Zélandaise de grande envergure (17 400 DIU au cuivre insérés chez des jeunes filles nullipares) démontrait moitié moins de problèmes d'insertion (difficultés d'insertion, échec, spasme cervical, perforations utérines, problèmes de dispositifs) chez les multipares que chez les nullipares (Risque relatif : 2,02 , intervalle de confiance à 95 % : 1,5-2,73, $p < 0,01$). (73) Cette même étude suggérait également que l'expérience du médecin diminuait le risque de problèmes à la pose : les médecins qui avaient posé plus de 100 DIU pendant l'étude avaient

significativement moins de problèmes de pose que ceux qui en avaient posé moins de 10.(73)

7. Nulliparité : risque infectieux majoré ?

Une partie des médecins interrogés craignaient que le DIU puisse favoriser les infections génitales hautes chez les patientes nullipares et ainsi être à l'origine de troubles de la fertilité. De même, les antécédents d'IST et une vie sexuelle instable (partenaires multiples) constituaient des arguments pour détourner les jeunes filles de ce moyen de contraception chez la majorité des médecins interrogés (même pour ceux qui posaient les DIU aux nullipares).

Les infections génitales hautes sont en effet, avec les difficultés d'insertion, le principal frein à la pose de DIU chez les nullipares en France.(18) Dans son travail de thèse, C. Garnier-Genevoy interrogeait les médecins généralistes sur les raisons qui les poussaient à penser que l'on ne pouvait pas utiliser le DIU chez les nullipares. C'est le risque infectieux qui est revenu le plus souvent, puis le risque de stérilité tubaire.(56)

Pourtant, la majorité des données est en faveur d'un lien entre infection et insertion du dispositif, et non du dispositif lui-même. Le risque est maximal dans les 20 jours qui suivent l'insertion (74), ce qui laisse penser que l'infection serait due à la présence d'agents infectieux au moment de la pose. Une analyse secondaire de la cohorte prospective Choice trouvait en effet un risque d'infection génitale haute majoré chez les patientes qui présentaient une IST à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* au moment de l'insertion, mais ce risque restait limité (1,1 % contre 0,44 % en l'absence d'IST).(75)

Parmi les porteuses de DIU, il n'y a pas plus de risque d'infection génitale haute chez les nullipares que chez les multipares.(76)

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 2018 préconisent de ce fait, en vue de l'insertion d'un DIU, un dépistage des IST (*Chlamydia trachomatis* et Gonocoque) chez les patientes à risque. Les facteurs de risque retenus sont : âge inférieur à 25 ans, partenaire récent de moins de 3 mois, partenaires multiples dans la dernière année, antécédent d'IST, rapports sexuels non protégés. En aucun cas la nulliparité ne constitue à elle seule un facteur de risque. Idéalement, ce prélèvement doit être effectué le jour de la prescription du DIU. Il s'agit d'une recherche par PCR combinée de *Chlamydia trachomatis* et Gonocoque par prélèvement vaginal et endocervical ou par auto-prélèvement vaginal. Il peut également être réalisé le jour de la pose sans en retarder l'insertion si la patiente est asymptomatique.(69)

Ces recommandations du CNGOF sont cohérentes avec une récente réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia Trachomatis* de la HAS de septembre 2018 qui préconise un dépistage systématique de *Chlamydia Trachomatis* par prélèvement vaginal (par un clinicien ou auto-prélèvement) chez toutes les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans.(77)

Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les femmes nullipares.(9)

8. Tolérance du DIU chez les patientes nullipares

Malgré une tolérance du DIU perçue comme plutôt bonne par les médecins interrogés, les effets indésirables du DIU au cuivre étaient pointés du doigt : dysménorrhées et ménorragies, principalement.

Une étude française a démontré un taux de continuation à 1 an du DIU au cuivre de 90,3 % chez des jeunes filles nullipares. Le taux de satisfaction des patientes vis-à-vis de ce moyen de contraception était également élevé (93,8 %). Pourtant, une augmentation de l'abondance des règles et des dysménorrhées étaient bel et bien observées chez respectivement 84,6 % et 80 % d'entre elles, mais la majorité se disait peu ou pas gênée par ces symptômes.(78)

Une revue de la littérature retrouvait un taux de continuation à 12 mois pour le DIU au cuivre chez des patientes de 25 ans ou moins, significativement plus élevé que pour d'autres moyens de contraception et notamment la contraception orale.(79) De plus, une étude de Garbers *et al.* ne retrouvait pas de différence de taux de continuation à 6 mois selon la parité.(80) La tolérance du DIU au LNG semble encore meilleure que celle du DIU au cuivre. Il est retrouvé moins de retraits précoces de DIU au LNG par rapport à celui au cuivre du fait d'un taux plus faible de dysménorrhées, et ce, quel que soit l'âge.(81) Néanmoins, le DIU au LNG reste une contraception de deuxième intention chez la jeune fille nullipare.(8)

Une grande majorité des médecins interrogés préférait le DIU à l'implant, compte tenu de la très mauvaise tolérance de ce dernier. Certains médecins refusaient même de poser des implants au vu d'un taux de continuation faible et des retours négatifs des patientes. Les avis et expériences des médecins interrogés étaient conformes à l'étude de Apter *et al.* qui avait pour but de comparer le DIU au LNG faiblement dosé (*Jaydess*) à l'implant contraceptif. A 12 mois, le taux d'interruption était significativement plus élevé dans le groupe « implant », et ceci était principalement dû à des méno-métrorragies sous implant. Le niveau de satisfaction vis-à-vis de sa contraception était également significativement plus élevé dans le groupe DIU au LNG.(82)

Pourtant, une autre étude comparant l'implant au DIU au cuivre retrouvait un taux de continuation à 2,5 ans significativement plus élevé dans le groupe « implant ». Dans les deux groupes, la principale raison évoquée d'interruption de la contraception était des modifications de saignements : aménorrhée, saignements irréguliers ou prolongés dans le groupe implant, et saignements abondants dans le groupe DIU au cuivre.(83) Il y avait très peu de nullipares dans l'échantillon de cette étude. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de trouver de travaux comparant DIU et implant chez la nullipare spécifiquement.

Informé les patientes sur les éventuels effets secondaires du DIU est indispensable.(25) Il est important de sensibiliser les patientes sur la possibilité de survenue de douleurs pelviennes, de ménorragies, d'infection ou d'expulsion. L'acceptabilité de ces effets indésirables ne peut être que meilleure s'ils sont attendus. Backman *et al.* a en effet montré qu'une information complète reçue au moment de la pose est associée à une satisfaction accrue des utilisatrices du DIU au LNG.(84)

9. Le DIU : un choix motivé et éclairé

A. Rejet des hormones

Un argument a été récurrent pour évoquer les motivations des jeunes filles à opter pour le DIU au cuivre : le rejet des hormones. En effet, les jeunes filles veulent avoir recours à des méthodes non hormonales, qui respectent leur cycle naturel. C'est également ce qu'a retrouvé S. Courleux dans sa thèse qualitative, où toutes les patientes qui portaient un DIU

au cuivre étaient dans une démarche « anti-hormones ».(58) De même, une étude canadienne montrait que le rejet des hormones était le principal argument des patientes nullipares pour avoir choisi le DIU.(85) Une partie d'entre elles avait déjà utilisé une contraception hormonale par le passé et voulait en éviter au maximum les effets indésirables (troubles de l'humeur, troubles de la sexualité et de la libido, troubles physiques) en choisissant une contraception non hormonale.(85)

Les médecins de notre étude ont aussi constaté, parallèlement à l'engouement pour les méthodes non hormonales, une méfiance vis-à-vis de la pilule. Les jeunes filles s'inquiètent des effets délétères des hormones sur le corps, à plus ou moins long terme, et notamment sur le retour de leur fertilité à l'arrêt de la pilule en cas de projet de grossesse. Cette méfiance des effets de la contraception hormonale sur le corps a également été retrouvée dans de nombreux travaux de thèses visant à explorer les représentations des jeunes concernant la contraception. Des jeunes filles de 15 à 25 ans confiaient à N. Champagnon dans son travail de thèse : « à force d'en utiliser trop, je me demande si on finit pas par perdre nos moyens d'un jour pouvoir féconder et être maman », « ça empêche, ça empêche mais au bout d'un moment si ça empêche vraiment... ».(86)

Il conviendrait pourtant de rassurer les patientes sur ce point. Une revue de la littérature de 2011 démontrait que le taux de grossesse la première année après l'arrêt de contraception par contraception orale, implant, DIU au cuivre ou LNG était similaire aux taux observés après arrêt d'utilisation d'une méthode barrière ou sans contraception.(87) L'équipe de Kurt T. Barnhart et al a mis en évidence dans une autre revue de la littérature de 2009 un retard de conception chez les anciennes utilisatrices de contraception oestro-progestative, mais

cette différence par rapport aux autres moyens de contraception semblait disparaître après les premiers mois.(88)

B. Importance de la maturité plus que de la parité

La notion d'atteinte à l'intimité et à la pudeur lors de la pose d'un DIU est ressortie pendant nos entretiens. En effet, la pose d'un DIU implique un examen gynécologique chez les jeunes filles et est ressentie comme intrusive par les médecins. La prescription de la pilule ne nécessite pas quant à elle d'examen gynécologique, ce qui semble être un avantage indéniable selon les médecins interrogés.

M-A. Senant et C. Simonot ont trouvé des résultats semblables dans leur travail de thèse. Elles ont interrogé les patientes nullipares sur leurs réticences à utiliser le DIU. Le caractère intrusif avait été mis en avant : la pose est perçue comme une intrusion violente et agressive dans leur intimité, il s'agit d'un geste potentiellement douloureux et l'examen gynécologique nécessite d'être nue dans une position inconfortable.(89) C'est pourquoi les médecins soulignaient l'importance de la motivation et de la maturité de la patiente. Pour beaucoup, il était inenvisageable de réaliser un tel geste sur des jeunes patientes qui étaient au début de leur vie sexuelle et encore peu à l'aise avec leur corps. D'ailleurs, dans l'étude de Mestad *et al.*, on pouvait en effet constater que les jeunes adolescentes (14-17 ans) se tournaient plutôt vers l'implant, alors que le DIU était préféré par les jeunes filles à partir de 18 ans.(62) Nous pouvons supposer que cette différence est due à une acceptation différente de l'examen gynécologique et du corps étranger intra-utérin chez des patientes plus matures. Il est plus simple d'accepter un corps étranger dans le bras plutôt que dans l'utérus pour une adolescente encore peu à l'aise avec son corps et la nudité.

C. Demande de DIU en lien avec le niveau d'éducation

Plusieurs médecins de notre étude ont constaté que les demandes de DIU de la part des patientes allaient généralement de pair avec un niveau social et d'études plus élevé. Ceci est conforme aux données de la littérature. La reconduite de l'enquête Fécond en 2013 a démontré qu'après le scandale des pilules de 3^e et 4^e génération, les jeunes filles de 25-29 ans ne se sont pas majoritairement tournées vers les pilules de 1^e et 2^e générations, mais vers d'autres méthodes qui différaient selon leur niveau d'étude : les femmes sans aucun diplôme se sont tournées vers les méthodes les moins efficaces (retrait, dates) , celles qui détiennent un CAP ou BEP ont opté pour le préservatif et les plus diplômées (Bac +4) vers le DIU.(1)

10. Le statut privilégié du médecin généraliste

Les médecins qui posent les DIU aux nullipares pensent que leur statut de médecin traitant est un avantage. En effet, la relation de confiance construite entre le médecin et sa patiente favorise un climat serein pour la pratique de ce geste. Pour les patientes anxieuses, cela peut être rassurant d'être face à leur médecin de famille, qu'elles connaissent, dans un environnement qui leur est familier. De même, par rapport aux gynécologues, les médecins généralistes disaient être d'avantage en mesure d'appréhender les émotions et réactions de leurs patientes pour permettre une pose dans les meilleures conditions.

Dans sa thèse, R. Champeaux a interrogé des femmes de 20 à 70 ans sur les motivations qui pourraient les conduire à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant. La

confiance envers leur médecin a en effet été la réponse donnée en grande majorité (86,6 %).(43) Pourtant, dans ce même travail, lorsqu'il leur a été demandé leurs motivations à un suivi par un gynécologue, la gêne par rapport au médecin traitant est citée près d'une fois sur deux.(43)

Alors que la relation de confiance médecin – patiente est un atout indéniable aux yeux des femmes, celle-ci peut aussi être un inconvénient. C. Huet retrouvait cette ambivalence dans son travail. Certaines femmes percevaient le suivi longitudinal (depuis plusieurs années) et transversal (prise en charge bio-psycho-sociale globale) comme une force, conformément à ce qui a été exprimé par une partie des médecins interrogés. D'autres femmes voyaient cette relation privilégiée comme un obstacle aux soins touchant la sphère intime. La proximité avec leur médecin les empêchaient de se dévoiler physiquement et émotionnellement et il leur paraissait plus simple de le faire avec le gynécologue, avec qui il y avait une certaine « distance » dans la relation.(90) Parmi les médecins de notre étude ne pratiquant pas de gynécologie, aucun n'a évoqué la possibilité d'une réticence liée à la pudeur de la part de leurs patientes. Ceci peut laisser penser qu'ils n'en ont pas conscience puisqu'elle doit rarement être exprimée par les femmes. En ouvrant le dialogue sur ce sujet, en informant, en proposant spontanément le suivi et en rassurant la patiente, le médecin pourrait peut-être atténuer cette gêne et développer le suivi gynécologique des femmes en médecine générale.

VI. Conclusion

Notre travail avait pour but d'identifier les freins et les moteurs des médecins généralistes à prescrire et poser des DIU chez les nullipares. Ce moyen de contraception, très efficace, est largement sous-utilisé par les jeunes filles nullipares. Pourtant, l'utilisation de méthodes de contraception à longue durée d'action pourrait permettre une diminution des grossesses non désirées et donc des IVG, encore trop nombreuses chez les jeunes.

Notre étude qualitative a pu mettre en évidence non seulement des réticences au DIU chez les nullipares mais aussi des freins à la pratique de la gynécologie et de la pose de DIU, toute parité confondue, en cabinet de médecine générale.

Il est apparu de nos entretiens un déficit de compétences concernant la gynécologie. Les médecins jugent leurs compétences insuffisantes pour la pratiquer en toute confiance. La formation initiale et les formations continues sont perçues comme insuffisantes et inadaptées. Un remaniement du 3^{ème} cycle des études de médecine générale initié par la Faculté de Médecine de Strasbourg et le Département de Médecine Générale de Strasbourg est en cours. Il devrait améliorer les compétences des générations futures de médecins généralistes en valorisant les formations pratiques et les stages ambulatoires. La possible responsabilité des laboratoires pharmaceutiques dans le manque de formations et de connaissances des médecins a aussi été évoquée.

Même si la possibilité de poser un DIU chez une patiente nullipare est connue par les médecins, les freins et réticences exprimés témoignent de la difficulté d'évolution des opinions et des représentations. La prescription systématique de pilule domine encore les pratiques contraceptives. Les médecins sont freinés par de fausses croyances concernant le

DIU : surestimation de la majoration du risque d'infections génitales, diminution de la fertilité.

Alors que son efficacité et son observance garantie font l'unanimité, les effets indésirables à type de ménorragies et dysménorrhées gênent les médecins.

La pose de DIU est redoutée du fait de difficultés techniques, de craintes d'échecs ou de complications de pose, de douleurs ou de malaises vagues. Ces appréhensions sont encore plus importantes concernant la nullipare car la pose est plus difficile et plus douloureuse chez ces patientes.

En cabinet de médecine générale, les contraintes à la pratique de la gynécologie et la pose de DIU sont nombreuses. Il existe une contrainte de temps, une consultation gynécologique étant souvent plus longue qu'une consultation de médecine générale. Les contraintes techniques sont aussi réelles : difficultés à assurer un équipement complet et à jour. Ils sont freinés par la menace médico-légale qui plane sur leurs pratiques.

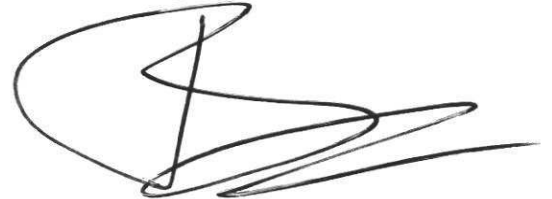
Toutes ces difficultés sont d'autant plus contraignantes lorsque le médecin est installé seul. La promotion de l'exercice en cabinet de groupe et le développement d'un réseau de professionnels, et notamment de gynécologues, autour du médecin généraliste peut être un levier important pour encourager la pratique de gynécologie et la pose de DIU en médecine générale.

L'un des moteurs à conseiller, prescrire et poser des DIU chez les nullipares est l'application du slogan « la meilleure contraception est celle que l'on choisit ». Même si elles restent peu nombreuses, il y a de plus en plus de demandes de DIU de la part de jeunes filles motivées. Ces demandes s'inscrivent dans une démarche de rejet des hormones et de retour au naturel.

La relation de confiance construite entre la patiente et son médecin offre une place privilégiée au médecin généraliste pour le suivi gynécologique. De plus, les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'information des patientes. Les réticences des nullipares proviennent en grande partie d'un manque d'information vis-à-vis du DIU. C'est aux médecins de leur donner les clés pour choisir la contraception qui leur convient. Ils doivent délivrer aux patientes une information objective complète à propos de tous les moyens de contraception pour qu'elles puissent, après évaluation des avantages et inconvénients de chacune des méthodes, trouver celle qui leur correspond.

VU
Strasbourg, le 18/6/19
Le président du Jury de Thèse

Professeur..... *LAUGER*



VU et approuvé
Strasbourg, le 20 JUIN 2019
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VII. Annexes

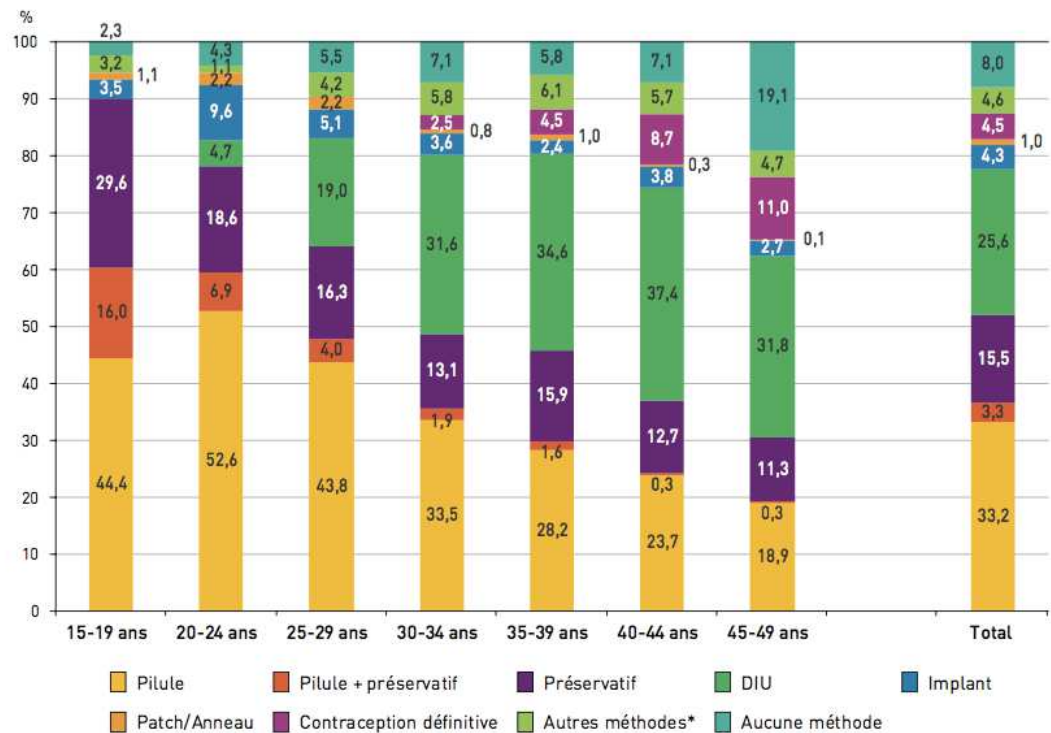
1. Annexe 1 : Efficacité contraceptive de la méthode après un an aux États-Unis et en France , adapté de l'OMS (OMS 2011) (7)

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

2. Annexe 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (11)



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

3. Annexe 3 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (8)

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

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :	0-0,9	1-9	10-25	26-32
	Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

4. Annexe 4 : Liste des DIU disponibles en 2019 (91)

Tableau stériles Mise à jour Janvier 2019 (idem 2018)

DIU au Cuivre

Nom DIU	R	Description	Durée selon Labo		
Novaplus T 380 Cu Mini Normal Novaplus 380 CuAg Mini Normal Maxi (Euromédial)	30,50 €	Fil de cuivre 380mm2. Ø inserteur : 3,8mm	Durée de vie : 5 ans Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPPR (anciennement TIPS)		
DIU T au cuivre (7MED) : U 380 standard : USTA, short : USHA DIU T Cuivre Ag (7MED): N380 standard : NSTA, short : NSHA		DIU		Larg. mm	Long. mm
		NovaplusTCuAgMini		24	30,5
		NovaplusTCuMini			
		NovaplusTCuAgNorm.		31	33
		NovaplusTCuNorm.			
		NovaplusTCuAgMaxi		36,5	38
		T Cu USTA (std)		32	35,4
		T Cu USHA(mini)		32	28,4
		T CuAg NSTA(std)		32	32
		T CuAg NSHA(mini)		28	28
		MonaLisaNTCu380std		31,8	31,9
		MonaLisaNTCu380mini		24	30
		NT 380 std CuAg		31	33
	NT 380 short CuAg	24	30,5		
	UT 380 std	31	33		
	UT 380 short	24	30,5		
Ancora 375 CU (Euromédial) Gynelle 375 (CCD) Mona Lisa Cu375 (standard)/375 SL (short) (HRA-Pharma) 7 MED ML 375 (hystérométrie >7cm)	30,50 €	Fil de cuivre 375 mm2. Forme en Ω Diamètre total insertion: 6 mm environ (bras lat en dehors du tube d'insertion et se replie dans le col) 7 MED ML : 19,6 mm de Large 35,5 mm de long Gynelle 375 : 19mm de Large 35,5mm de long	Durée de vie : 5 ans Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPPR (anciennement TIPS)		

Copper T380 A (Euromédial) DIU T au cuivre: U 380 standard :TSTA, short : TSHA (AMM 5 ans pour TSHA) (7MED) Mona Lisa CuT380A QL (HRA Pharma)	30,50 €	Fil de cuivre 380mm2. Cu sur barre verticale+sur barres horizontales. Ø inserteur : 3,8mm(Copper)4,75mm(MonaLisa et T)	Durée de vie : 10 ans sauf TSHA Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPPR (anciennement TIPS)
	DIU	Larg. mm	Long. mm
	Copper T380 A	31,8	36
	T STA.	29,9	33,6
	T SHA	23,2	29,1
	MonaLisaCuT380AQL	31,8	35,8

KIT DIU au Cuivre

Lab. 7MED : **Kit 7MED DIU « nom du DIU »** et noter le DIU choisi sur la même ligne d'ordonnance afin que cela soit remboursé. Choix du DIU sur le tableau précédent. Si prescription du DIU et du Kit en dessous, ce dernier ne sera pas remboursé. Prix LPPR : 30,50 € comme le DIU au cuivre.

Lab. Euromédial : **Kit SetHygyn Em** : idem, même prix. Choix du DIU sur le tableau précédent. Noter : **SETHYGYN « nom du DIU » DIU+set de pose**

Lab. Gyneas : **Kit GYNEAS DIU « nom du DIU »** : idem, même prix. Gamme de DIU en cours de développement en 2016 avec CUT 380 plus mini ou normal, T CU 380 plus maxi, CUT 380 Ag mini ou normal, T CU 380 Ag maxi, T CU 380 A, CU 375 standard (Forme en Ω).

DIU Hormonaux

Nom DIU	R	Description	Durée selon Labo
Mirena 52mg Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,09AF	111,18 €	Lévonorgestrel : 52 mg délivrance de 20mcg /24h Ø inserteur : 4,8mm Taille 32 mm x 32 mm	Durée de vie : 5 ans. DIU hormonal. Le plus efficace de tous les DIU : ASMR niveau 3 IP 0,1
Kyleena 19,5mg Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,09AF	Commercialisation en juin 2018 ? 99,42 €	Lévonorgestrel : 19,5 mg délivrance de 9 mcg /24h Ø inserteur : 3,8mm Taille : 28mmX30mmX1,55mm	Durée de vie : 5 ans. DIU hormonal. IP 0,2
Jaydess 13,5mg. Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,4	99,42 €	Lévonorgestrel : 13,5 mg .délivrance de 6mcg /24h Ø inserteur : 3,5mm Taille : 28mmX30mmX1,55mm	Durée de vie : 3 ans. DIU hormonal. Adapté aux nullipares IP : 0,3

5. Annexe 5 : Guide d'entretien

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle Elsa CASSANI et je travaille actuellement sur ma thèse de médecine générale qui a pour thème la contraception et plus spécifiquement le dispositif intra-utérin.

Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien.

L'entretien a pour but de recueillir votre avis et votre expérience concernant le sujet. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone et de mon portable.

Je vous rappelle que votre nom sera ensuite effacé, les entretiens sont anonymes.

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions :

Quel âge avez-vous ?

Dans quelle ville êtes-vous installé ?

Quelle est votre mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ?

Êtes-vous installé seul ? En association ? Maison de santé ?

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Avez-vous des enfants ?

Pour les femmes : Je vais vous poser une question un peu personnelle, à laquelle vous n'êtes pas obligée de répondre : Avez-vous une contraception ou en avez-vous déjà eu ? Laquelle ?

QUESTION D'OUVERTURE

A présent, nous allons commencer l'entretien.

Parlez-moi de votre pratique quotidienne en matière de gynécologie

Relances possibles : quelle fréquence ? quelles demandes des patientes ?

Quelles sont vos habitudes et votre pratique en ce qui concerne la contraception ?

CONSIGNE PRINCIPALE

Mon travail consiste à explorer les moteurs et les freins des médecins généralistes à poser des DIU chez leurs patientes nullipares.

LE DIU COMME MOYEN DE CONTRACEPTION

Que pensez-vous du DIU comme moyen de contraception ?

Relances possibles : en posez-vous ? Quelle formation avez-vous eu pour cela ?

Le proposez-vous ? A qui ?

Quelle expérience en avez-vous ? Quel est votre avis ?

LE DIU COMME MOYEN DE CONTRACEPTION CHEZ LES NULLIPARES

Et que pensez-vous de ce moyen de contraception spécifiquement chez la jeune femme nullipare ?

Relances possibles : Quelle est votre pratique personnelle ?

En posez-vous ? Le proposez-vous ?

Quelles sont vos craintes ?

Quelle est votre expérience ?

INFORMATION AUX PATIENTES

Selon vous, que pensent les jeunes femmes du DIU ?

Abordent-elles le sujet avec vous ? L'abordez-vous avec elles ?

Que leur dites-vous quand on vous demande votre avis ?

AVENIR

Pour les médecins qui n'en posent pas :

Qu'est ce qui selon vous pourrait vous faire changer votre pratique ?

CONCLUSION

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

VIII. Bibliographie

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Société. Mai 2014;511.
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Études et Résultats. Sept 2018;1081.
3. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod Oxf Engl. Mai 2003;18(5):994-9.
4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. Déc 2004;407.
5. Committee on Gynecologic Practice, Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee opinion No 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Obstet Gynecol. Oct 2015;126(4):44-8.
6. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. Obstet Gynecol. Déc 2012;120(6):1291-7.
7. Haute autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. HAS ; Avril 2013.
8. Haute autorité de santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. HAS ; Mars 2013 mis à jour janvier 2015.
9. AFSSAPS, ANAES, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, 7 déc 2004.
10. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth

edition, 2015.

11. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.

12. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C et l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Sept 2012;492.

13. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB; Intrauterine contraception for Nulliparous women: Translating Research into Action (INTRA) group. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1 oct 2012;17(5):340-50.

14. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women - Contraception. Août 2010;82(2):178-82.

15. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's knowledge about intrauterine contraception. Obstet Gynecol. Janv 2011;117(1):48-54.

16. Denant D. Freins et réticences à l' utilisation du dispositif intra - utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2012, 90 p.

17. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception. 1 sept 2008;78(3):211-7.

18. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 déc

2014;183:146-54.

19. Observatoire de la Médecine Générale - Top 50 des RC pour l'année 2009 [En ligne].

Disponible sur: <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/top25.php> [cité 7 juin 2019]

20. Guillebaud J, MacGregor A. Contraception: Your Questions Answered. Elsevier; 14 aout 2017, 424 p.

21. Serfaty D. Les dispositifs intra-utérins. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique -Tome XXIV publié le 30 nov 2000; 282-306.

22. Couzin-Frankel J. Contraceptive Comeback: The Maligned IUD Gets a Second Chance. Wired 19(8). 15 juill 2011. [En ligne]. Disponible sur: https://www.wired.com/2011/07/ff_iud/ [cité 14 mai 2019]

23. Thiery M. Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 juin 2000;90(2):145-52.

24. Thiery M. Pioneers of the intrauterine device. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. Mars 1997;2(1):15-23.

25. Trignol-Viguière N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Gynecol Obstet Fertil. Juin 2014;42(6):432-7.

26. Journal Officiel de la République Française. Avis relatif à la tarification des stérilets au cuivre et inserteurs visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. JO n°0074 du 29/03/2018. Texte n°137.

27. VIDAL - JAYDESS 13,5 mg syst diffus intra-utérin - Synthèse [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/jaydess-133035.htm> [cité 15 mai 2019]

28. VIDAL - KYLEENA 19,5 mg syst diffus intra-utérin - Synthèse [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/kyleena-183632.htm> [cité 15 mai 2019]

29. Haute autorité de santé. Contraception d'urgence. Fiche Mémo. HAS ; Décembre 2013 mis à jour juillet 2015.
30. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit MIRENA [En ligne]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0206241.htm> [cité 15 avr 2019].
31. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit JAYDESS [En ligne]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224926.htm> [cité 15 avr 2019].
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
33. Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes, qualitatives]. La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin Éditeur; 1997, 405 p.
34. Frappé P. Initiation à la recherche - 2ème édition - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Global Média Santé / CNGE production; 2018, 224 p.
35. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016, 329 p.
36. Kohn L, Christiaens W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014. Tome liii(4), 67-82
37. Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G, Francione R, Bissonnier C, Boetsch C, Matuszewski C, Chapdelaine P. La démographie médicale en région Alsace : Situation en 2015.[En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6kog/atlas_alsace_2015.pdf. [cité 24 avr 2019].
38. Agence Régionale de Santé Grand Est. Projet régional de santé 2018-2027 : état de

santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. 2017 [En ligne]. Disponible sur:

https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf [cité 24 avr 2019].

39. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2018, 69 p.

40. Joseph JP, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux JL, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. Médecine. Déc 2014;472-7.

41. Guidi Rontani B. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? Étude qualitative dans l'Arrageois. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2016, 139 p.

42. Fontaine M. Prescription de pose de DIU chez les patientes nullipares : enquête sur les freins de médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2013, 118 p.

43. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2013, 116 p.

44. DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Études et résultats. Avr 2006;481. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf> [cité 24 avr 2019]

45. Clochey J. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU. Étude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2015, 164 p.

46. Kohn JE, Hacker JG, Rousselle MA, Gold M. Knowledge and likelihood to recommend intrauterine devices for adolescents among school-based health center providers. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* Oct 2012;51(4):319-24.
47. Salmon O. Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant : analyse des facteurs déterminant la pratique des médecins généralistes du Loir-et-Cher. Thèse de médecine. Université de Tours ; 2013, 120 p.
48. Fac-similé JO du 26/04/1972, page 04371-04372 | Legifrance [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000282901&pageCourante=04371
49. Aspects médico-légaux de la pose des stérilets. *Rev Prescrire.* 1989;9(88):350-1.
50. Haute autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration. HAS ; 2013.
51. Michelet-Bretau L. Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2010, 49 p.
52. DMG Strasbourg. Département de médecine générale. FO4a Gestes techniques santé de la femme 2018. [En ligne]. Disponible sur:
<http://mediamed.unistra.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/formations-optionnelles/fo4-gestes-techniques/> [cité 6 juill 2019].
53. De Castelbajac de la Croix épouse Castel M. Évaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose des dispositifs intra-utérins. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2014, 53 p.
54. Département Universitaire de Médecine Générale Montpellier - Nîmes. Anastasy-

Fourquet A, Panthène-Chalaud M, Costa D, Kinné M. Favoriser la formation à la pose de DIU par supervision et les stages chez les gynécologues libéraux renforce le sentiment de compétence des MG. 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/files/2017/11/favoriser-dorm-pose-diu-par-superv-et-stag-gyn-lib.pdf>. [cité 28 mars 2019]

55. Université de Nantes. DIU Formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste [En ligne]. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/diu-formation-complementaire-en-gynecologie-obstetrique-pour-le-medecin-generaliste-2019305.kjsp> [cité 24 avr 2019].

56. Garnier-Genvevoy C. Indication du dispositif intra-utérin chez la femme nullipare : enquête auprès de 158 femmes et 103 médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2013, 137 p.

57. Reynier E. Dispositifs intra-utérins chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2011, 49 p.

58. Courleux S. Dispositif intra-utérin et nulliparité : connaissances, représentations et freins à l'accès de au choix de la méthode. Étude qualitative auprès de vingt-cinq jeunes femmes. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2019, 127 p.

59. Chanzy-Waroquet A-L. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2013, 81 p.

60. Pienkowski C, Cartault A. Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol. 1 déc 2018;46(12):858-64.

61. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, INPES. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse. 11 sept 2007. [En ligne]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>. [cité 8 mai

2019].

62. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 1 nov 2011;84(5):493-8.

63. Bras PL, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport n° RM 2007-136P. Inspection générale des affaires sociales. 2007 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703.pdf>.

[cité 8 mai 2019].

64. Gallois P. La formation continue des médecins français : Quelques données sur la situation actuelle. *Adsp*. Sept 2000;32:30-2.

65. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT ; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial. *Contraception*. Mar 2015;91(3):193–197.

66. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen PL, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol*. Nov 2006;195(5):1272-7.

67. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, Hubacher D. Interventions for pain with intrauterine device insertion (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 7. Art. No.: CD007373.

68. Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, Perriera LK, Schreiber C, Harding J, MPA, Garcia-Espana JF. Reducing Pain During Intrauterine Device Insertion A Randomized Controlled Trial in Adolescents and Young Women. *Obstet Gynecol*. Oct 2017;130(4):795-802.

69. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. *RPC*

Contraception CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. Déc 2018;46(12):806-822.

70. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril*. Mar 2012;97(3):616-22.

71. Bahamondes V, Hidalgo M, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. *Contraception*. Nov 2011;84(5):e11-6.

72. Teal SB, Romer SE, Goldthwaite LM, Peters MG, Kaplan DW, Sheeder J. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol*. Oct 2015;213(4):515.e1-5.

73. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. *Contraception*. Déc 2002;66(6):387-91.

74. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*. 28 Mar 1992;339(8796):785-8.

75. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Positive Testing for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* and the Risk of Pelvic Inflammatory Disease in IUD Users. *J Womens Health (Larchmt)*. Mai 2015;24(5):354-9.

76. Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen ALM. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. *Eur J Gen Pract*. Sept 2004;10(3):82-7.

77. Haute autorité de santé : Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. Synthèse de la recommandation en santé publique. HAS ; Septembre 2018.

78. Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, Lavoué V. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. *Gynecol Obstet Fertil*. Fév 2015;43(2):144-50.
79. Usinger K, Gola S, Salas M, Smaldone A. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Déc 2016;29(6):659-667.
80. Garbers S, Haines-Stephan J, Lipton Y, Meserve A, Spieler L, Chiasson MA. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception*. 1 janv 2013;87(1):101-6.
81. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol*. Mai 2013;121(5):951-8.
82. Apter D, Briggs P, Tuppurainen M, Grunert J, Eukkari-Lax E, Rybowski S, Gemzell Danielsson K. A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS 8) with the etonogestrel subdermal implant. *Fertil Steril*. Juil 2016;106(1):151-157.
83. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S; WHO Study Group on Contraceptive Implants for Women. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. Nov 2015;30(11):2527-38
84. Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol*. Avr 2002;99(4):608-13.
85. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and experience of nulliparous women

using intrauterine contraceptive devices. *J Obstet Gynaecol Can JOGC*. Avr 2010;32(4):335-8.

86. Champagnon N. Représentations, croyances et pratiques concernant la contraception chez des jeunes femmes de 15 à 25 ans. Thèse de médecine. Université de Créteil ; 2015, 63 p.

87. Mansoura D, Gemzell-Danielsson K, Inkic P, Jensen JT. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*. Nov 2011;84(5):465–77.

88. Barnhart KT, Schreiber CA. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertil Steril*. 1 mars 2009;91(3):659-63.

89. Senant M-A, Simonot C. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin: analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2013, 175 p.

90. HUET C. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? Étude qualitative. Thèse de médecine. Université Lyon 1 ; 2018, 115 p.

91. FMC Action. Tableau des contraceptifs. [En ligne]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Tableau_contraceptifs.pdf [cité 22 juill 2019]

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : CASSANIPrénom : ELSA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que
j'encours en cas de déclaration erronée ou
incomplète*

Signature originale :

A STRASBOURG, le 20.09.2019

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en
dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

RESUME :

Les moyens de contraception réversibles à longue durée d'action (dispositifs intra-utérins (DIU) et implants) sont efficaces et une augmentation de leur utilisation pourrait permettre une diminution du nombre de grossesses non désirées chez les jeunes filles. Depuis 2004, l'utilisation du DIU est possible chez la nullipare mais il reste peu utilisé. L'objectif de notre travail était d'identifier les freins et les moteurs des médecins généralistes à prescrire et à poser des DIU chez les patientes nullipares. Notre étude qualitative consistait à réaliser 16 entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes volontaires alsaciens. Il existe de nombreux obstacles à la pratique de la gynécologie et à la pose de DIU en médecine générale, notamment le manque de temps, les contraintes techniques et les menaces médico-légales. Les patientes sont peu demandeuses de suivi gynécologique par leur médecin généraliste car souvent non informées de leur capacité à le faire. Les médecins interrogés témoignent d'un manque de compétence à la pose de DIU. La formation initiale et la formation continue sont jugées insuffisantes ou inadaptées. Même s'ils connaissent tous l'indication du DIU chez la nullipare, certains d'entre eux restent réticents et s'orientent vers une contraception orale en première intention. La pose d'un DIU chez les nullipares est considérée comme difficile, douloureuse et intrusive. Ils craignent les effets indésirables à type de dysménorrhées, ménorragies et un risque majoré d'infections pelviennes. Par ailleurs, de plus en plus de jeunes patientes demandent le DIU au cuivre dans une démarche de rejet des hormones, mais elles restent peu nombreuses et souvent mal informées. Les médecins qui pratiquent la pose de DIU témoignent de l'absence de difficulté surajoutée lors de la pose chez les nullipares. L'efficacité et l'observance garantie font du DIU une contraception de choix. La priorité de ces médecins est de donner une information complète et objective aux patientes sur l'intégralité des moyens de contraception afin qu'elles choisissent celui qui leur convient le mieux. Il persiste des réticences de la part des médecins généralistes à prescrire et à poser des DIU chez les nullipares qui pourraient s'amenuiser notamment par l'amélioration de l'information donnée aux médecins et de la formation au geste.

Rubrique de classement :

Médecine générale

Mots-clés :

Dispositif intra-utérin, nullipare, médecins généralistes

Président :

Pr Bruno LANGER

Assesseurs :

Pr Cherif AKLADIOS

Pr Jean-Jacques BALDAUF

Dr Jérémie JEGU

Dr Mélanie ROTH, directrice

Adresse de l'auteur :Elsa CASSANI
15 rue Charles Grad
67000 STRASBOURG