

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2007

N°47

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Gwénaëlle CAVARO-ASCHEHOUG

Née le 8 mars 1977 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2007

**DISPOSITIFS INTRA-UTERINS :
HISTORIQUE ET ANALYSE DE LEURS
REPRESENTATIONS
PAR LA REALISATION D'UN FOCUS GROUP
DE MEDECINS GENERALISTES**

Président : Monsieur le Professeur Patrice LOPES

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne MASSONNEAU

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Madame le Docteur Jacqueline LACAILLE

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	5
II-	HISTORIQUE	7
II.A-	HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION	7
II.A.1-	LE MONDE ANTIQUE.....	7
II.A.2-	LE MOYEN AGE	7
II.A.3-	LES TEMPS MODERNES	8
II.B-	HISTOIRE DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS	11
II.B.1-	LES TEMPS ANCIENS.....	11
II.B.2-	DU CAILLOU AU PLASTIQUE	12
II.B.3-	DU PLASTIQUE AU CUIVRE.....	21
II.B.4-	DU CUIVRE AUX HORMONES	30
II.B.5-	LES PERSPECTIVES D’AVENIR	33
II.B.6-	DESCRIPTIF DES DIU ACTUELLEMENT DISPONIBLES	35
III-	DE LA THEORIE A LA PROBLEMATIQUE	40
III.A-	CONSTAT : PLACE DES DIU EN FRANCE	40
III.A.1-	QUELQUES CHIFFRES	40
III.A.2-	UNE MAUVAISE REPUTATION	40
III.B-	PROBLEMATIQUE	41
III.B.1-	OBJECTIF	41
III.B.2-	MISE EN PLACE D’UN FOCUS GROUP	42
IV-	MATERIEL ET METHODE	44
IV.A-	METHODOLOGIE	44
IV.A.1-	PETITE HISTOIRE ANGLO-SAXONNE ET FRANCOPHONE	44
IV.A.2-	ORGANISATION DU FOCUS GROUP	45
IV.A.3-	ANALYSE DU FOCUS GROUP	47
IV.B-	REALISATION DE NOTRE FOCUS GROUP	48
V-	ANALYSE DU FOCUS GROUP	51
V.A-	INTRODUCTION	51
V.B-	LES MEDECINS FACE AUX DIU	52
V.B.1-	LE TERME DIU	52
V.B.2-	LES ARGUMENTS MEDICAUX FACILITANT LA POSE DES DIU	52
V.B.3-	LES ARGUMENTS MEDICAUX BLOQUANT LA POSE DES DIU.....	55

V.B.4-	LA PRATIQUE DES MEDECINS.....	56
V.C-	LES REPRESENTATIONS DES PATIENTES ET LES SOLUTIONS APPORTEES PAR LEURS MEDECINS.....	58
V.D-	PERSPECTIVES POUR UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE.....	62
V.D.1-	FAIRE AU DEPART UNE INFORMATION COMPLETE.....	62
V.D.2-	LAISSER DU TEMPS A LA PATIENTE POUR CHOISIR.....	62
V.D.3-	AMELIORER L'APPRENTISSAGE DES MEDECINS.....	62
V.D.4-	DEVELOPPER DES CAMPAGNES D'INFORMATION GRAND PUBLIC ..	63
V.D.5-	CREER UN DIU IDEAL.....	63
V.E-	ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE.....	64
V.E.1-	LES MEDECINS INTERROGES.....	64
V.E.2-	LES OBSERVATRICES.....	64
V.F-	LES LIMITES DE L'ANALYSE.....	65
VI-	DISCUSSION.....	67
VI.A-	LES MEDECINS FACE AUX DIU.....	67
VI.A.1-	LE TERME DIU.....	67
VI.A.2-	LES ARGUMENTS MEDICAUX FACILITANT LA POSE DES DIU.....	67
VI.A.3-	LES ARGUMENTS MEDICAUX BLOQUANT LA POSE DES DIU.....	74
VI.A.4-	LA PRATIQUE DES MEDECINS.....	77
VI.B-	LES REPRESENTATIONS DES PATIENTES.....	79
VI.C-	LES PERSPECTIVES POUR UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE	81
VI.C.1-	LES RECOMMANDATIONS.....	81
VI.C.2-	L'APPRENTISSAGE MEDICAL.....	82
VI.C.3-	L'INFORMATION MEDICALE DELIVREE A LA PATIENTE.....	83
VI.C.4-	LES CAMPAGNES D'INFORMATION.....	85
VI.C.5-	OBJECTIF FINAL : METTRE L'ACCENT SUR LES DIU.....	86
VII-	CONCLUSION.....	89
	BIBLIOGRAPHIE.....	91
	ANNEXES.....	94

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

« Un enfant, si je veux, quand je veux », tel était le slogan féministe diffusé dans les années 1970. Plus de 30 ans se sont écoulés et le fait de choisir d'avoir ou plutôt de ne pas avoir d'enfants fait désormais partie de nos acquis. Il existe de nos jours de nombreux moyens de contraception réputés efficaces, mais à la seule condition d'utiliser celui qui convient le mieux à la femme ou au couple. Le choix actuel s'est donc affiné puisqu'il est question d'opter pour la méthode la plus adaptée. Le slogan est désormais « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. »

En France, le nombre constant de grossesses non désirées (lui-même illustré par les 200 000 interruptions volontaires de grossesse annuelles) démontre bien qu'il existe une faille dans le choix contraceptif des femmes. Sachant qu'une contraception inadaptée est souvent inefficace, il est urgent de poursuivre la promotion des contraceptifs en général et la réhabilitation du Dispositif Intra-Utérin (DIU) en particulier, le rôle de chacun étant primordial.

Pour bien appréhender les DIU actuels, il faut connaître leur évolution en terme de techniques et de mentalités et les replacer dans leur contexte historique. Il est alors possible de comprendre l'origine de leur mauvaise réputation ainsi que l'absence de fondement de sa persistance.

Comme de très nombreuses études récentes peuvent en témoigner [20,23], il s'agit d'un excellent moyen de contraception ; c'est d'ailleurs le contraceptif le plus utilisé au monde. En France, seulement 20,6% des femmes utilisant une contraception ont recours au DIU [18]. En conséquence et compte tenu de ses multiples avantages, le DIU mérite largement d'être présenté, de façon juste et honnête, à toutes les femmes françaises, au même titre que les autres méthodes contraceptives.

Pour choisir sa contraception de la manière la plus éclairée possible, la femme ou le couple en réfère habituellement à son médecin traitant. Il est non seulement une personne de confiance auprès de qui ils vont pouvoir librement se dévoiler, mais aussi le principal détenteur des informations nécessaires à ce choix. C'est donc en toute logique à lui d'initier la réhabilitation des DIU et donc autour de lui que va se dérouler notre étude : il faut connaître son opinion et sa pratique face aux DIU pour comprendre et corriger les éventuelles confusions.

HISTORIQUE

II- HISTORIQUE

II.A- HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

Ceci montre la constante volonté de l'espèce d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnalisée ou non.

Ainsi l'histoire de la contraception est une illustration de l'ambivalence entre deux attitudes de pensée toujours présentes en nous : la foi ou la raison, la tradition ou le changement [1].

II.A.1- LE MONDE ANTIQUE

Le monde antique, essentiellement méditerranéen, berceau culturel et technologique du futur monde industriel, est à ce titre à l'origine de la contraception moderne.

La civilisation égyptienne fut la première à nous laisser des recettes anti conceptuelles écrites sur les papyrus.

Soranos d'Ephèse, médecin grec, avait amené la médecine contraceptive à un degré de développement plus élevé qu'aucun de ses prédécesseurs. Il préconisait déjà la contraception plutôt que l'avortement.

II.A.2- LE MOYEN AGE

Le Moyen Age connut une période de stagnation et de déclin en matière de contraception jusqu'à l'arrivée de la période d'hégémonie culturelle musulmane aux alentours du 9^{ème} siècle grâce à ses grands écrivains arabes et perses. Avec Avicenne (père de la médecine arabe, 980-1037) les musulmans mirent l'accent sur les procédés contraceptifs et réalisèrent ainsi un pont précieux entre l'Antiquité et le monde moderne.

La civilisation islamique a été fortement influencée par la culture grecque, surtout dans le domaine médical.

En Europe, l'œuvre de Soranos traduite du grec avait été diffusée à travers tout le Moyen-Age. Les écrits de l'époque autour de cette œuvre nous donnent la certitude que les contraceptifs n'ont pas été purement et simplement ignorés de l'Antiquité chrétienne, ni non plus de la chrétienté médiévale.

L'emprise chrétienne sur la vie et la pensée des chrétiens s'opposa puissamment à l'adoption de tels procédés mais ne parvint jamais à empêcher complètement l'application des connaissances contraceptives.

II.A.3- LES TEMPS MODERNES

II.A.3.1- La Renaissance

Elle marqua le retour vers le corps et la sexualité après des siècles d'austérité.

La contraception fut largement utilisée et décrite dans la littérature.

Ce fut avec le jésuite espagnol Thomás Sánchez (1550-1610), dans les 1500 pages de son in-folio [2], que nous avons trouvé envisagées toutes les formes de contraception et de méthodes pour faire échec aux effets naturels du mariage. Le gros livre de Sánchez nous révèle qu'à ce moment du 16^{ème} siècle l'idée de la contraception, tout comme sa pratique, n'étaient étrangères ni aux chrétiens ni aux confesseurs qu'ils consultaient.

II.A.3.2- La transition des 17^{ème} et 18^{ème} siècles

A partir du 17^{ème} siècle se produisit une évolution sociale, économique et religieuse parallèle à des progrès de la médecine et de la connaissance de la reproduction.

Le *condom* fut le grand événement de l'époque. Dès le siècle précédent, il avait été employé assez couramment à titre de préservatif anti-vénérien.

Dans les milieux aisés, les enfants naissaient seulement au début du mariage et la contraception s'instaurait ensuite.

Au 18^{ème} siècle, des préoccupations démographiques virent le jour pour la première fois en France et dans le monde. La fécondité diminua à cause de la contraception et cette dernière fut même largement diffusée dans les campagnes.

II.A.3.3- Le 19^{ème} siècle : le malthusianisme

La première théorisation anti-nataliste émane d'un pasteur anglican d'origine britannique, Thomas Robert Malthus (1766-1834), qui publia en 1798 la première version de son « Essai sur le principe de population ». Sa doctrine (le malthusianisme) était fondée sur l'idée que la population croît plus vite (progression géométrique) que les subsistances (progression arithmétique), provoquant ainsi un déséquilibre qui conduirait l'humanité vers la famine. Pour ramener l'équilibre, il distingua des moyens destructifs (le déséquilibre finissant par entraîner épidémies, guerres) et préventifs (restriction volontaire de la natalité)¹.

Son intention déclarée était « d'améliorer le sort et d'augmenter le bonheur des classes inférieures de la société ».

De cette pensée profondément réactionnaire, il n'est resté que l'idée de limitation volontaire des naissances et ce dans le but de débarrasser les pauvres et les femmes des formes séculaires d'oppression qui les accablaient.

En 1823, Francis Place (1771-1854), homme politique britannique, fut l'instigateur d'une propagande néomalthusienne : il édita un ouvrage faisant l'éloge de l'attitude anti-conceptuelle et il alla jusqu'à distribuer des tracts dans les milieux populaires.

De 1830 à 1870, la politique officielle encouragea la limitation des naissances.

Le Français Paul Robin, anarchiste néomalthusien, s'opposa à partir de 1870 aux socialistes et aux marxistes partisans d'une origine sociale et non démographique de la misère. C'est à lui

¹ Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, édition 2004.

que le mouvement français devra sa vitalité. En 1889, il créa à Paris un centre d'information et de vente de produits contraceptifs. Puis en 1896, il fonda la « Ligue de Régénérescence Humaine », dont la devise était : bonne naissance, éducation intégrale. Son action fut perpétuée, renforcée par d'autres protagonistes, tous épris d'émancipation, de rationalisme et de féminisme.

II.A.3.4- A partir du 20^{ème} siècle

Au 20^{ème} siècle, le néomalthusianisme progressa par le biais de publications et de réunions de mouvements ouvriers et féministes, mais il rencontra une opposition plus ou moins violente des milieux catholiques et conservateurs. Cependant la population utilisait la contraception puisque la natalité baissait.

En 1920, après l'hécatombe de 1914-1918 une loi fut votée par 90 % des députés, condamnant toute propagande ou pratique anti conceptuelle en l'assimilant à la provocation à l'avortement.

A partir de 1930, l'opinion publique commença à réagir. Les néomalthusiens continuèrent à militer mais furent bientôt dépassés par les adeptes du « Birth Control ». Ainsi, le concept de parenté et de sexualité d'un couple conscient et responsable avec pour arme la contraception se mit à remplacer la simple limitation des naissances d'inspiration socio-politique, ceci dans le sillage des connaissances de la sexualité apportées par Freud. Ses adeptes créèrent en 1935 le premier dispensaire français de contrôle des naissances.

En 1955, les Drs Simon et Hubimont rédigèrent un rapport qui devint la base d'un projet de loi déposé en 1956 en vue d'abolir la loi de 1920.

En mars 1956, le Dr Lagroua-Weil Hallé, ayant dénoncé la carence médicale en contraception, fonda « La Maternité Heureuse » avec l'appui d'Evelyne Sullerot et la participation de l'Eglise réformée et de la franc-maçonnerie.

En 1960, cette association se mua en Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) dont le premier centre vit le jour à Grenoble en 1961.

Le 28 décembre 1967, le projet du médecin et député Lucien Neuwirth autorisant la fabrication et la diffusion des contraceptifs fut transformé en loi. C'est l'acte fondateur de la libération de la contraception en France.

Ces contraceptifs devinrent accessibles aux mineurs le 4 décembre 1974.

Le 17 janvier 1975, Simone Veil mit en ordre de fonctionnement la loi sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), l'information sexuelle, la régulation des naissances et l'éducation des familles.

Depuis mai 1982, d'autres décrets ont élargi le cadre de la délivrance des outils contraceptifs. La publicité fut librement autorisée.

La loi du 4 juillet 2001 permit la suppression de l'autorité parentale dans le cadre de la prescription, de la délivrance et de l'administration de contraceptifs oraux aux personnes mineures.

Enfin, la dernière modification législative dans ce domaine concerne la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ».

Actuellement les médias et le corps médical dans son ensemble se sont substitués en grande partie à l'action initiale du MFPP sur l'opportunité des mesures contraceptives, puisque la population française en est devenue rapidement une des plus importantes utilisatrices et bénéficiaires.

II.B- HISTOIRE DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

II.B.1- LES TEMPS ANCIENS

Tout corps étranger placé dans l'utérus assure la contraception...

Ce mécanisme, que nous ne pouvons encore que très imparfaitement expliquer, était pourtant connu des anciens.

L'usage des Dispositifs Intra-Utérins (DIU) est sans aucun doute la plus ancienne méthode contraceptive, dont faisaient déjà état les textes de la Haute Antiquité.

On rapporte en effet que dans l'Antiquité les Arabes nomades plaçaient dans l'utérus de leurs chamelles une pierre ronde, pour parer à une gestation éventuelle au cours de leurs longs voyages dans le désert, la gravidité les fragilisant pendant ces épreuves difficiles [1].

En réalité, il est difficile dans ces textes anciens qui font état de diverses « substances introduites très profondément dans l'appareil génital », de savoir s'il s'agit des précurseurs du diaphragme ou du DIU.

La première référence aux DIU fut l'écrit d'Hippocrate intitulé « Maladies de Femmes ». On rapporte qu'il y a 2500 ans, ce père de la médecine grecque insérait des pessaires à visée contraceptive sur l'utérus des femmes au moyen d'un tube métallique. Un pessaire était une sorte de « bouchon » destiné à obturer le col utérin.

Par ailleurs, dans l'Antiquité, des morceaux d'acacia furent utilisés en Égypte et de l'ouate fine de laine à Rome [1].

Avicenne, médecin et philosophe d'origine iranienne, signalait dès le 11^{ème} siècle l'utilisation de pessaires contraceptifs.

Au 19^{ème} siècle, des pessaires en bois, en ivoire, en ébène, en étain mais aussi en argent, en or ou en platine, parfois sertis de diamants, étaient introduits dans le vagin et dans le canal cervical dans un but contraceptif, mais aussi abortif. Ces pessaires cervico-utérins entraînaient des complications hémorragiques infectieuses et parfois la mort des utilisatrices. Ils furent rapidement condamnés par le corps médical [4].

II.B.2- DU CAILLOU AU PLASTIQUE

II.B.2.1- Le début du 20^{ème} siècle : les prémices de l'acier

Les premières idées concernant la contraception endo-utérine moderne se manifestèrent en Allemagne au début du 20^{ème} siècle.

II.B.2.1.1- L'anneau de Richter

En 1909, Richard Richter (médecin allemand) décrit pour la première fois un véritable dispositif intra-utérin. Il s'agissait d'un anneau fait de deux fils en crin de Florence enroulés selon une combinaison particulière, dont les extrémités libres étaient recouvertes d'un film pour protéger l'endomètre. Ces fils étaient unis par un filament fin en bronze pour permettre le diagnostic des expulsions et faciliter le retrait du système. Il était placé dans l'utérus grâce à un inserteur fait d'une tige présentant une encoche à son extrémité [3].

Il s'agissait d'un « moyen de prévenir la conception ». Richter décrivait déjà des contre-indications (infections préexistantes, grossesse, etc) et les effets secondaires du procédé. Le dispositif pouvait être ôté (le fil était retiré avec un forceps) et le retour à la fertilité assuré lorsque l'indication de stérilité temporaire était levée.

L'invention du Dr Richter n'a eu que peu d'impact en pratique sur la régulation des naissances et ses recherches cliniques n'ont jamais été poursuivies [3].

II.B.2.1.2- Le dispositif de Pust

Karl. Pust (médecin allemand) décrit en 1923 un dispositif cervico-vaginal combinant l'anneau en crin de Richter et un pessaire à tige du siècle précédent [4].

II.B.2.1.3- L'anneau de Gräfenberg

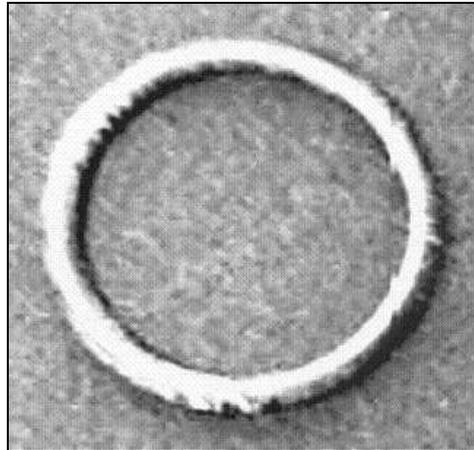
En 1928, Ernst Gräfenberg (médecin allemand) présente les résultats de l'utilisation d'un anneau tressé en fil « d'argent allemand », sorte d'alliage comprenant du zinc, du nickel et jusqu'à 30% de cuivre. Cet anneau exclusivement intra-utérin sans appendice était introduit après dilatation cervicale et retiré à l'aide d'un crochet spécial qui portait son nom [5].

Gräfenberg estimait qu'il s'agissait d'une méthode réversible, sans effet carcinogène sur l'endomètre, mais il la contre-indiquait en cas d'inflammation, d'infection pelvienne ou de maladie sexuellement transmissible. Il élaborait aussi un protocole de sélection des candidates à ce type de contraception.

Les résultats obtenus de son utilisation sur des centaines de femmes pendant une dizaine d'années lui parurent encourageants. Il imagina même l'adjonction de spermicides au système, pour renforcer son efficacité [5].

L'invention souleva assez vite l'hostilité des gynécologues allemands. La mise en avant de considérations plus ou moins théoriques, la confusion avec les dispositifs utéro-vaginaux, l'existence de complications infectieuses pelviennes (ajoutées à une aversion politique grandissante pour tout objet contraceptif) conduisirent les gynécologues allemands à déclarer le procédé inacceptable et à l'interdire [3].

Le régime Nazi survint peu après, corrompant l'Allemagne. Exclu de la pratique et des recherches, mis au banc de la société par les autorités, le Dr Gräfenberg quitta l'Allemagne en 1940. Il arriva alors à New York où il poursuivit son activité de gynécologue-obstétricien. Sa réputation scientifique lui ouvrit également les portes de l'enseignement. Il y résuma ses recherches mais aux Etats-Unis, de même qu'en Europe, la bataille pour l'acceptation du planning familial n'était pas encore gagnée.



Anneau de Gräfenberg

En 1964, deux de ses élèves de New York, les Drs H. Hall et M. Stone, copieront son anneau en remplaçant l'acier par le cuivre. L'*anneau Hall-Stone* sera alors un modèle de DIU couramment utilisé en Chine [3].

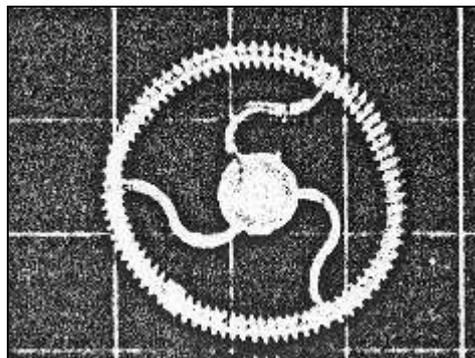
II.B.2.1.4- L'anneau d'Ota

En 1934, Tenrei Ota (médecin japonais) décrit un dispositif en forme d'anneau constitué d'argent ou d'or, inspiré du modèle de Gräfenberg et ceci malgré les courants politiques de l'époque, incluant le Japon dans le flux des pays interdisant la contraception.

Cet anneau comportait une petite capsule creuse en forme de lentille, suspendue au centre par trois radicaux. L'addition du disque central a permis de diminuer le taux d'expulsion du système. Cet anneau conservait cependant de forts taux d'infections. Il fut d'autre part peu utilisé au Japon du fait des difficultés de son insertion.

En 1955, il sera présenté à la 51^{ème} conférence internationale de Tokyo sur la « parenté volontaire » mais il n'éveillera que peu d'intérêts.

Il ne deviendra populaire au Japon que dans les années 1980 [3].



Anneau d'Ota

II.B.2.1.5- Les études des Drs Ishihama et Oppenheimer

Il fallut attendre 1959 pour que deux études ouvrent la voie au développement de la contraception intra-utérine [3].

L'étude du Dr Ishihama, menée au Japon, a été publiée dans le « Yokohama Medical Journal ». Ses résultats firent un bilan enthousiaste de l'utilisation de l'*anneau d'Ota*.

L'étude du Dr Oppenheimer a été menée en Israël avec un système de Gräfenberg modifié (anneau de crin de Florence serti par un fil d'argent [1]). Elle a mis en évidence un minimum de complications et un taux d'échec très faible sur les 30 années d'expériences avec cet anneau.

II.B.2.2- Les années 1960 : la découverte du plastique

II.B.2.2.1- La découverte du plastique

Jusqu'en 1960, la contraception par DIU a été de type confidentiel, du fait de l'attitude très réservée du monde médical et du risque potentiel de complications graves, tout particulièrement infectieuses.

A cette période correspondent la mise au point des matières plastiques et la découverte des antibiotiques.

Ces deux éléments permirent de nouvelles études concernant les DIU et contribuèrent ainsi à leur essor : l'utilisation de l'antibiothérapie à titre préventif et curatif des infections d'une part ; la création du polyéthylène, plastique biologiquement inerte que l'on peut déformer temporairement pour lui permettre d'adopter la configuration désirée et qui retrouve rapidement sa forme antérieure, d'autre part.

Les nouveaux dispositifs en plastique présentaient l'avantage d'être flexibles et pouvaient donc être placés sans dilatation du col.

De nombreux dispositifs intra-utérins dits inertes furent alors créés, parmi lesquels la spirale de Margulies et la boucle de Lippes furent les plus utilisées [4].

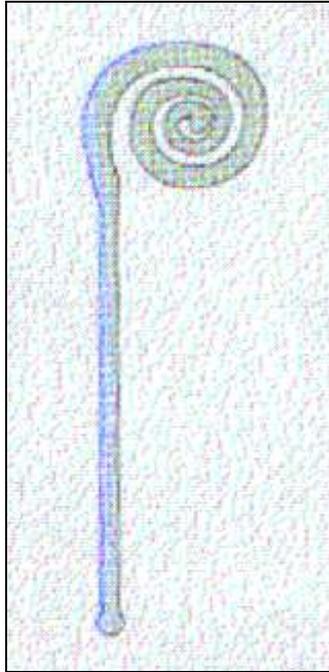
II.B.2.2.2- La spirale de Margulies

La spirale de Margulies a été mise au point à New York en 1960 par le Dr Lazar Margulies. Elle était constituée d'une spirale en polyéthylène et fut commercialisée sous le nom de *Gynekoil*® [3].

Pour l'insertion, le dispositif était introduit dans un fin tube de plastique et expulsé à l'aide d'un piston en plastique ; il reprenait sa forme originelle à l'intérieur de la cavité utérine. Il se terminait par une queue à sept bourrelets que l'on coupait au col après son insertion, de telle sorte qu'il ne restait qu'une extrémité saillante à l'exocol. La spirale existait en deux tailles : le régulier et le petit.

Ce système, un peu large, était responsable d'une gêne chez une grande proportion des utilisatrices. De plus son extrémité en plastique dur causait également une gêne chez le partenaire sexuel [3].

Le Dr Margulies encouragea la contraception intra-utérine en imaginant le premier un tube inséreur linéaire et en ajoutant pour la première fois du sulfate de baryum à la structure plastique afin de rendre le DIU opaque aux rayons X [3].



Spirale de Margulies

II.B.2.2.3- La boucle de Lippes

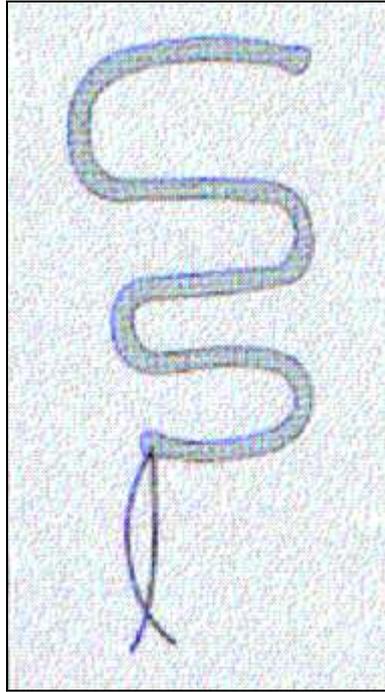
La boucle de Lippes, (*Lippes Loop*®), a été créée en 1961 par le Dr Jack Lippes (USA). Sa structure en polyéthylène (alathon 20) formait un double S et son extrémité se terminait par deux fils minces en nylon qui se prolongeaient par le canal cervical jusqu'au vagin ; ce qui permettait de vérifier sa présence.

Cette forme en double S (ou trapézoïdale) était conçue pour prévenir les rotations du DIU dans l'utérus, elle s'ajustait parfaitement à la cavité utérine. L'inséreur mesurait 4,7 mm de diamètre et l'insertion se faisait par poussée. Ce système a existé en quatre tailles.

Les complications les plus fréquentes furent des douleurs et des saignements. Il y eut aussi quelques cas de maladies pelviennes inflammatoires.

La boucle de Lippes est devenue très populaire et, de toute la génération des premiers DIU, a eu le meilleur impact mondial. Elle fut d'ailleurs le DIU le plus utilisé dans les pays en voie de développement, à l'exception de la Chine Populaire [3].

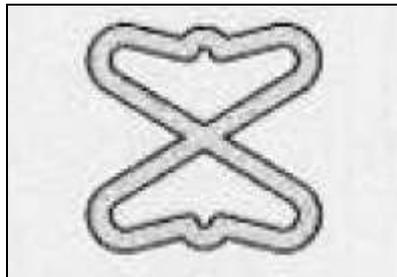
Ainsi, une innovation importante apparut avec ce système : les fils de nylon transcervicaux de la *Boucle de Lippes* permirent de faciliter son retrait et de vérifier sa présence [3].



Boucle de Lippes

II.B.2.2.4- Le *nœud* de Birnberg

A la même époque, un troisième type de DIU en plastique fut inventé par le Dr Birnberg (USA), il a été nommé le *nœud*. Il était constitué de deux triangles, l'un légèrement plus grand que l'autre, joints par leur sommet et ressemblant à un nœud papillon. Il en existait deux tailles : un petit modèle et un grand [39].



Nœud de Birnberg

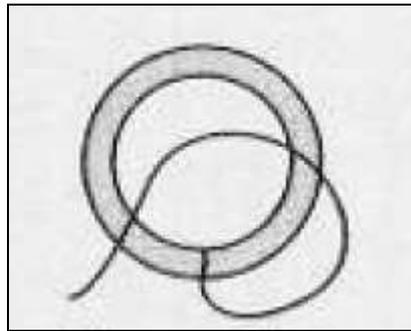
II.B.2.2.5- Première conférence internationale sur les DIU

En 1962, le Dr Christopher Tietze, médecin juif émigré aux USA et grand admirateur du Dr Gräfenberg, organisa à New York la première conférence internationale sur les DIU, sponsorisée par le « Population Council ». J. Lippes y rapporta ses premiers résultats avec la boucle qui portait son nom. Elle inaugura une longue histoire, qui sera longtemps marquée par l'évolution des formes et des matériaux [4].

Le polyéthylène devint alors universellement utilisé avec des centaines de modèles linéaires, membranaires à trois dimensions; chaque créateur essayant d'obtenir un modèle plus performant, plus facile à placer, et avec différentes tailles.

II.B.2.2.6- L'*anneau* de Zipper

Indépendamment des travaux effectués aux Etats-Unis dans le début des années 1960, le Dr Jaime Zipper (médecin chilien) imagina son dispositif intra-utérin qu'il nomma l'*anneau*. Il s'agissait d'un dispositif composé d'environ 2 mètres de fil de nylon roulés à la main pour former un anneau à plusieurs tours d'un diamètre de 25mm. Ce procédé s'introduisait à l'aide de la sonde utérine creuse de Zipper avec entaille et piston, et se retirait avec le crochet de Zipper [39].



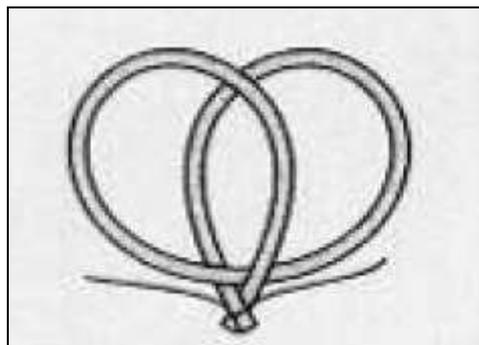
Anneau de Zipper

II.B.2.2.7- Les inventions concomitantes des pays à bas niveau économique

Certains pays en difficultés économiques fabriquèrent de façon artisanale leurs propres DIU avec des fils de nylon prévus pour la pêche.

C'est le cas du système de *Szontagh*, de fabrication hongroise [6].

C'est aussi le cas de l'*anneau de Ragab*, créé en Egypte. Il fut inspiré du modèle de Zipper avec une petite modification qui consistait à retenir les enroulements au moyen de plusieurs nœuds également espacés et dont les deux chefs de fil en nylon constituaient les appendices sortants du col utérin pour le contrôle et le retrait éventuel [39].



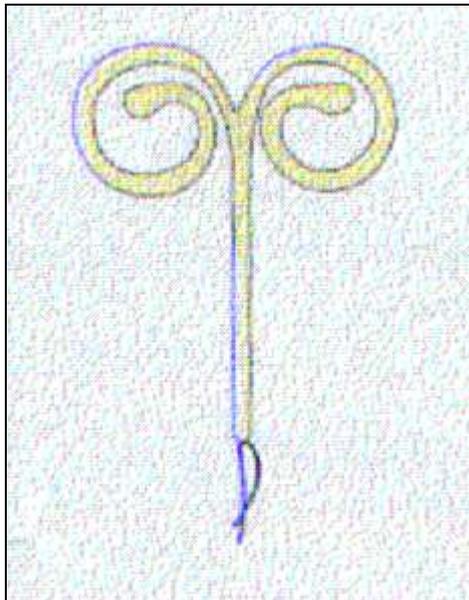
DIU de Szontagh

II.B.2.3- Amélioration des techniques du plastique

A partir de 1967-1970 apparurent des DIU mieux acceptés parce qu'expérimentés sur une longue échelle, mieux étudiés anatomiquement, d'introduction plus simple et plus rapide, à moindre risque de rejet et mieux tolérés.

II.B.2.3.1- La spirale *Saft-T-Coil*®

La spirale dite *Saft-T-Coil*® était constituée de copolythène d'acétate de vinyl d'éthylène, elle contenait du sulfate de baryum qui la rendait radio-opaque [4]. De conception américaine, fabriquée en trois dimensions, elle se conformait naturellement à la cavité d'un utérus normal. Elle rappelait grossièrement la forme d'une crosse d'évêque ou la lettre T avec une petite boucle pour faciliter son passage à travers la filière cervico-isthmique sans dilatation préalable. Par sa forme symétrique, elle paraissait remplir mieux la cavité utérine. Un de ses inconvénients était un éventuel accrochage au cours de l'introduction, si un sondage à l'hystéromètre n'avait pas été pratiqué au préalable avec un toucher vaginal pour déterminer la position de l'utérus.



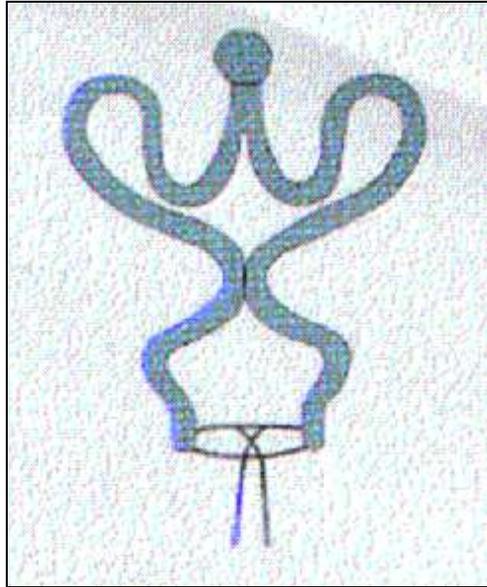
Saft-T-Coil®

II.B.2.3.2- La *Corolle*®

La *Corolle*® était un dispositif tridimensionnel en forme de fleur qui a été conçu en 1968 par le Dr Jean Cohen à Paris. Elle était constituée d'un fil en plastique extrêmement souple. Elle présentait l'avantage de n'exiger aucune orientation précise par rapport aux axes de la cavité utérine dont elle épousait la forme une fois insérée. Couvrant presque toute la cavité, les points de résistance étaient minimisés par rapport aux autres modèles, d'où une meilleure tolérance dans la plupart des formes utérines même anormales. Elle existait en deux tailles [39].

II.B.2.3.3- L'Omga®

L'Omga®, de fabrication suisse et française, avait une forme physiologique avantageuse proche de la lettre grecque omega [4]. La souplesse du matériau utilisé a permis l'adoption d'un DIU dont l'écartement supérieur des boucles (base du triangle) était auto-réglable, c'est-à-dire que l'effet de ressort de ses boucles jouait selon l'espace dont elles disposaient, s'adaptant automatiquement à la largeur du fond utérin. Il a existé en plusieurs tailles.



Omga®

II.B.2.3.4- Le Dalkon Shield®

Le *Dalkon Shield*® a été conçu en 1970 aux USA (Virginie) par le Dr H. J. Davis. Il était constitué d'un plastique flexible et radio-opaque. Par sa conception anatomique qui épousait une grande partie de la cavité utérine et se cramponnait à elle avec ses ailerons latéraux, les risques d'expulsion étaient beaucoup plus faibles qu'avec les modèles précédents. Cette forme spécialement pensée pour réduire ce taux d'expulsion lui a prévalu le surnom de « stérilet tortue ». Sa membrane centrale qui comblait presque toute la surface endométriale avait l'avantage de diminuer les chances de nidation si un ovule était fécondé. Il était également pourvu d'une gaine souple contenant des centaines de filaments en nylon, à la place du classique monofilament rigide de polyéthylène.

Mais ce dispositif allait présenter, à cause de sa forme particulière, des inconvénients majeurs. Au moment où les fils étaient coupés, la gaine protectrice était cassée et les bactéries pouvaient progresser jusque dans l'utérus, parfois responsables d'infections graves. Sa large surface intra-utérine a pu également contribuer à cette rétention bactérienne. De plus ses ailerons latéraux conçus pour limiter les expulsions pouvaient être responsables de lésions du col au moment de l'insertion, ce qui a pu également contribuer à rendre ces femmes plus vulnérables aux infections [7].

A la suite de nombreux accidents infectieux graves répertoriés par la Food And Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis, ce modèle a été interdit et retiré du marché en 1974. Il fut ainsi associé à 18 cas mortels et 200 000 infections pelviennes, hystérectomies ou autres problèmes gynécologiques [8].

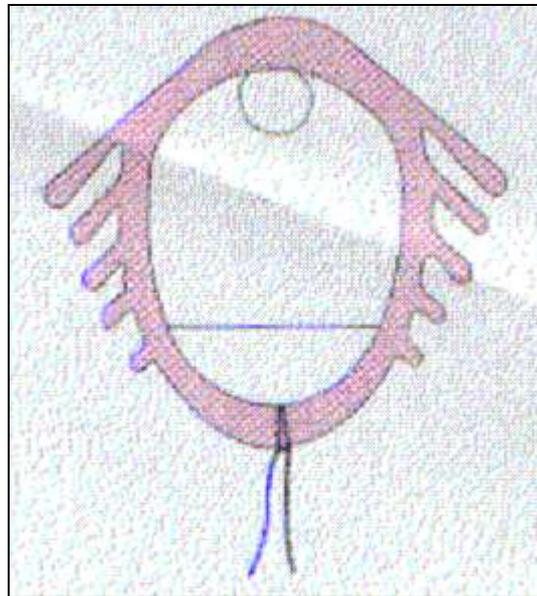
Il n'y avait par ailleurs pas d'augmentation d'efficacité en comparaison des systèmes intra-utérins existants.

Ces événements ont causé la ruine financière de son fournisseur, et ont eu un effet néfaste sur la pratique de la contraception intra-utérine [3].

Suite à la débâcle du *Dalkon Shield*® aux Etats-Unis, les femmes et leurs médecins furent de manière compréhensible prudents face aux DIU. De nouveaux protocoles ont alors autorisés la pose des DIU chez les femmes monogames, ayant des enfants et ne projetant pas d'en avoir d'autres. Les femmes célibataires et nullipares se sont vu refuser cette contraception, aux vues du risque d'infection pelvienne, voire d'infertilité [7].

Alors qu'aucun autre DIU n'avait les mêmes caractéristiques physiques que le *Dalkon Shield*® ni par conséquent les mêmes taux d'infections, une publicité défavorable a débutée, suspectant tous les types de DIU.

A l'exception des DIU au cuivre, tous les autres modèles ont alors été volontairement retirés du marché, dû à la baisse considérable des ventes.



Dalkon Shield®

II.B.2.3.5- Récapitulatif

Les DIU de cette génération, dits « inertes », ont un effet essentiellement mécanique grâce aux modifications endométriales qu'ils entraînent.

On a d'ailleurs démontré que leur efficacité était d'autant meilleure que le volume de l'appareil était plus important, avec cependant un risque associé d'augmentation de certains effets secondaires. Si le dispositif était trop petit, les risques d'expulsion ou d'échec augmentaient ; et s'il était trop grand, la pression exercée entraînait davantage de douleurs et de saignements.

II.B.3- DU PLASTIQUE AU CUIVRE

II.B.3.1- Intérêt du cuivre

Vers la fin des années 1960, des chercheurs ont mis en évidence que l'adjonction de cuivre à un DIU en plastique permettait non seulement une diminution de la taille des dispositifs pour une pose facilitée et une meilleure tolérance, mais aussi une augmentation de leur efficacité.

II.B.3.1.1- Les innovations des Drs Zipper et Tatum

En 1964, le Dr H. J. Tatum (médecin aux USA) rencontra à l'université de Santiago au Chili le Dr J. Zipper. Ensemble ils prennent conscience des fâcheux effets secondaires engendrés par les dispositifs intra-utérins en plastique.

Le Dr Tatum conclut que les saignements et les douleurs étaient le résultat d'une incompatibilité spatiale entre la forme des DIU et celle de la cavité utérine. Ayant découvert que la cavité utérine, quand elle se contracte, adopte la forme d'un « T » majuscule, il stipula qu'un DIU en forme de petit « T » pourrait résoudre ces problèmes. De plus, en raison de sa forme, il serait moins sujet aux expulsions.

Il conçut donc un DIU en forme de « T » en plastique. Les essais cliniques avec ce système montrèrent comme prévu que les taux de saignements, de douleurs et d'expulsions étaient diminués ; mais, à leur consternation, le taux de grossesses (18,3 pour cent utilisatrices en un an) se révéla trop élevé pour être acceptable [3].



T® de Tatum

De son côté, le Dr Jaime Zipper a démontré en 1968 les effets contraceptifs intra-utérins des ions métalliques tels ceux du cuivre chez la lapine. La voie était ouverte pour l'application humaine, après vérification de l'absence de toxicité éventuelle.

Ainsi la solution au problème du Dr Tatum était à portée de main. Si les femmes réagissaient à une libération locale d'ions cuivre de la même façon que l'ont fait les lapines du Dr Zipper, l'efficacité du DIU en « T » du Dr Tatum serait rehaussée en enroulant un morceau de cuivre autour de sa branche verticale [3].

II.B.3.1.2- Les travaux du Dr Zipper (Chili) en 1969

Pour sa première expérience, le Dr Zipper utilisa le dispositif en « T » de Tatum comme support et un fil de cuivre de 30 mm² de surface enroulé autour de son bras vertical : il créa ainsi le *T-Cu-30*®.

Le taux de grossesses à la fin de la première année se réduisit de 18,3% pour le *T*® à 4,9% pour le *T-Cu-30*®, avec des effets secondaires à peu près identiques [9].

Dans une seconde série d'expériences, le Dr Zipper décrivit les résultats des études cliniques réalisées avec le *T*® et des quantités croissantes de cuivre. Par addition de 200 mm² de cuivre, le taux de grossesse a été réduit de 18,3% pour le *T*® à 0% avec le *T-Cu-200*® [9].

Cette addition de cuivre fut ainsi reconnue comme un agent actif, dont la charge permettait d'augmenter l'efficacité du DIU.

Les résultats indiquaient également que le taux d'expulsion primaire du *T*® se réduisait de façon marquante lorsque le cuivre ajouté occupait une surface de 120 mm² ou plus [9].



T-Cu 200®

II.B.3.1.3- Les travaux du Dr Roy (Etats-Unis) en 1979

Ces travaux viennent compléter ceux du Dr Zipper par une étude comparative impliquant des modèles de DIU au cuivre avec des surfaces actives différentes et supérieures à celles utilisées par le Chilien. Le *T-Cu-200*® fut comparé successivement au *T-Cu-300*® et au *T-Cu-380*® composés respectivement de 300 mm² et 380 mm² de cuivre [10].

Cette nouvelle étude permit ainsi de mettre en évidence qu'un manchon de cuivre le long des bras horizontaux en plus du fil de cuivre sur le bras vertical du dispositif donnait une meilleure protection vis-à-vis de la grossesse intra-utérine.

II.B.3.1.4- Récapitulatif

Ainsi, les DIU au cuivre présentent un double avantage.

Leur taille réduite par rapport aux systèmes inertes permet d'augmenter leur tolérance : il existe une diminution des effets secondaires tels que douleurs et saignements. De plus, leur forme plus proche de celle de la cavité utérine est à l'origine d'une diminution du taux d'expulsion.

Enfin, l'adjonction d'un fil de cuivre à l'armature de plastique les rend plus efficaces.

II.B.3.2- Les principaux modèles de DIU au cuivre

Le premier DIU à base de cuivre, le *T-Cu-200*®, a été fabriqué en 1969. Cependant des problèmes de brevet l'ont empêché d'être le premier sur le marché. A sa place, le *Cu-7-200* ou *Gravigard*® a été commercialisé en 1974 par Searle and Company [3].

II.B.3.2.1- Classification des DIU au cuivre selon trois catégories

-Les DIU de première génération ont un fil de cuivre de 200 mm². Ils ont une forme de « 7 » (*Gravigard*®), de « T » (*T Cu 200*®, *Gyné T 200*®) ou tridimensionnelle (*Dimelys*®). Ces DIU ne sont plus commercialisés en France.

-Les DIU de deuxième génération ont une surface de cuivre de 250 mm² (*Multiload Cu 250*® qui n'est plus commercialisé en France), ou un noyau d'argent dans le fil de cuivre (*Nova T*®).

-Les DIU de troisième génération ont une surface de cuivre supérieure à 250 mm² : c'est-à-dire 375 mm² (*Multiload Cu 375*®), 380 mm² avec des manchons de cuivre (*Gyné T 380*®), ou 330 mm² avec la suppression de l'armature en plastique (*Gynefix*®), ...

II.B.3.2.2- Le *7-Cu 200* ou *Gravigard*®

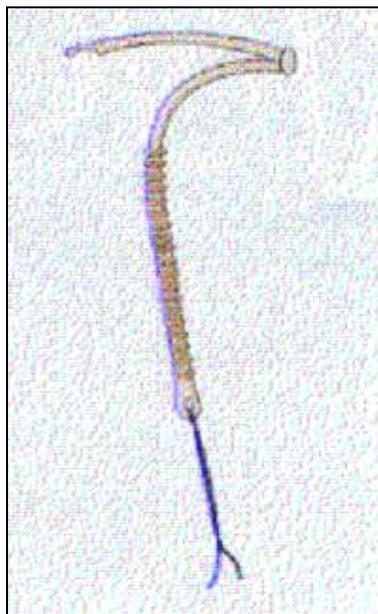
En 1974, le *7-Cu-200* ou *Gravigard*® (ayant la forme du chiffre « 7 ») a été créé par les Drs J. Zipper et H. Abramson (Chili).

Il a été par sa forme une alternative au DIU en « T » du Dr Tatum.

Il était composé d'un homopolymère de polypropylène moulé par injection, avec adjonction de sulfate de baryum pour une radio-opacité, et un seul fil de polyéthylène. Sa surface de cuivre était de 200 mm² sous forme d'un fil enroulé autour du bras inférieur du 7. Il possédait le plus faible calibre d'insertion, celle-ci se faisant par retrait [4].

Sa durée d'utilisation recommandée était de trois ans [4].

Il a surtout été utilisé en Australie, en Europe et aux Etats-Unis.



Gravigard

II.B.3.2.3- Le *Dimelys*®

Ce système d'origine française avait une forme tridimensionnelle rappelant la fleur de lys. Le fil de cuivre était réparti en deux points distincts sur la tige verticale et à la partie supérieure des bras latéraux. L'ensemble représentait une surface de cuivre de 204 mm².

Il a été commercialisé en deux tailles.

L'insertion se faisait par poussée [4].



Dimelys®

II.B.3.2.4- Le *T-Cu*®

En 1975 le DIU en polyéthylène et cuivre qui avait été créé par les Drs Howard Tatum et Jaime Zipper fut commercialisé par les laboratoires Schering.

Il était composé de polyéthylène avec adjonction de sulfate de baryum. Son fil de cuivre fin (200 mm²) était enroulé autour de la tige verticale du dispositif. L'insertion se faisait par retrait. Il a aussi été le plus facile à retirer [4].

Sa durée d'efficacité était d'environ trois ans [4].

Au fil des ans, le Dr Tatum a développé lui-même plusieurs dispositifs à base de cuivre.

Le *T-Cu 220*® présentait une forme identique au *T-Cu 200*®. Le fil de cuivre était réparti sur sept manchons, deux placés sur les bras transversaux et cinq sur la tige verticale. Avec une surface de cuivre de 220 mm², sa durée de vie était estimée par le fabricant à 15 ans.

Ce modèle n'a pas été commercialisé en France [4].

Le *T-Cu 380A*® a été le dernier modèle mis en scène par le Dr Tatum. Il était plus flexible que les précédents. Il a couramment été utilisé en tant que DIU de référence dans de nombreuses études comparatives [3]. Il est décrit au paragraphe II.B.3.2.7.

II.B.3.2.5- Le *Gyne T 200*®

En 1979, le *Gyne T 200*® (toujours en forme de « T ») a été commercialisé par les laboratoires Cilag.

Son aspect était proche du précédent. Il était composé d'un cadre en polyéthylène en forme de T, rendu radio-opaque par l'adjonction de sulfate de baryum. Son fil de cuivre (200 mm²) était enroulé sur la branche verticale du T. Il possédait un double fil de retrait en polyéthylène attaché à la base de la branche verticale du T. Son insertion se faisait par retrait [4].

Sa durée d'efficacité était d'environ trois ans [4].

Il a été le DIU de référence des modèles T en polyéthylène, utilisé dans le monde entier.

II.B.3.2.6- Le *Nova T*® ou *Novagard*®

En 1980, le *Nova T*® ou *Novagard*® inventé par les Drs A. Kosonen et T. Luukkainen (Finlande) a été commercialisé par les laboratoires Schering.

Afin d'empêcher les altérations du cuivre, les Drs Kosonen et Luukkainen ont pensé enrouler des spires de cuivre sur un noyau d'argent. La fragmentation du cuivre ainsi stoppée a permis une plus longue durée d'utilisation du dispositif.

Constitué de polyéthylène moulé, rendu opaque aux rayons X grâce à l'adjonction de sulfate de baryum, il a gardé une forme en « T ». Les bras transversaux sont légèrement arrondis. Le fil de cuivre est enroulé sur la tige verticale, la surface exposée est de 200 mm². Son insertion se fait par retrait [4].

Sa durée d'efficacité était estimée de quatre à cinq ans [4].

Ce modèle est toujours disponible sur le marché français (il est détaillé au paragraphe II.B.6.1.6).



Nova T

II.B.3.2.7- Le *Gyne T 380*®, le *T-Cu 380A*® et le *T-Cu 380 Ag*®

Le *Gyne T 380*®, le *T-Cu 380A*® et le *T-Cu-380 Ag*® ont la même forme que le *Gyne T 200*®.

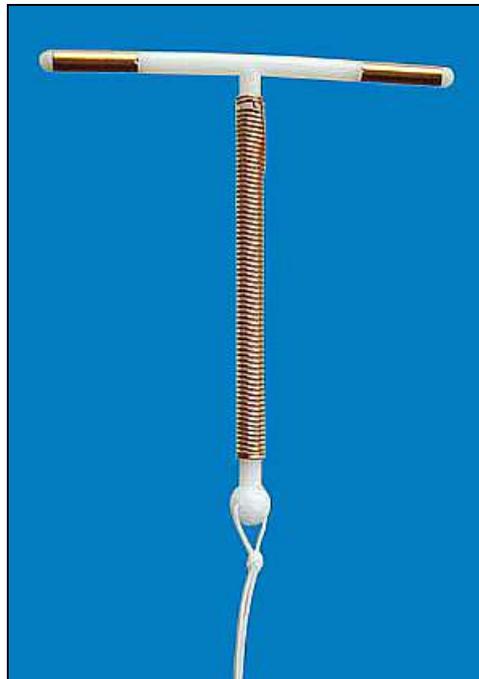
Un fil de cuivre de 320 mm² est enroulé sur la tige verticale, deux manchons de cuivre de 30 mm² chacun sont placés à l'extrémité des bras horizontaux. Ces derniers assurent une libération de cuivre dans le fond utérin et près des ostiums tubaires.

Le modèle *T-Cu-380 Ag*® possède en plus un noyau d'argent qui évite la fragmentation du cuivre.

La durée de vie était initialement estimée à 6 à 10 ans pour les modèles T 380 et davantage pour le modèle *T-Cu-380 Ag*® [4].

La France avait homologué le T 380 pour une durée de 4 ans. Le *T-Cu-380 Ag*® n'a pas été commercialisé en France [4].

Ces modèles correspondent aujourd'hui au *TT 380*® et au *NT 380*® des laboratoires CCD (ils sont détaillés aux paragraphes II.B.6.1.3et6).



Gyne-T-380®

II.B.3.2.8- Le Multiload *ML Cu 250*® et le *ML Cu 375*®

Les laboratoires CCD ont commercialisé le Multiload *ML Cu 250*® en 1976. Il avait été créé par Dr Willem Van Os (gynécologue allemand). Ce dispositif a d'ailleurs eu beaucoup de succès.

Sa forme est un ingénieux hybride du DIU en « T » et du *Dalkon Shield*® [3].

Ce système était composé de polyéthylène et de 250 mm² de cuivre sous forme d'un fil enroulé autour d'un arbre vertical. Les bras flexibles étaient des ailettes dentées en plastique souple qui offraient une grande résistance à l'expulsion en maintenant le dispositif en place sans étirer la cavité utérine. Il était également muni d'un fil de repérage.

Il se présentait en quatre tailles de largeurs différentes selon la valeur de l'hystéromètre.

Sa pose était simple si le canal cervical était bien perméable. L'insertion se faisait par retrait sans mandrin, les ailettes restant en dehors du tube de l'inserteur [4].
Sa durée d'efficacité était de trois ans [4]. Ce modèle n'est plus disponible en France.

Le modèle *ML Cu 375*®, commercialisé depuis 1982, lui a succédé.

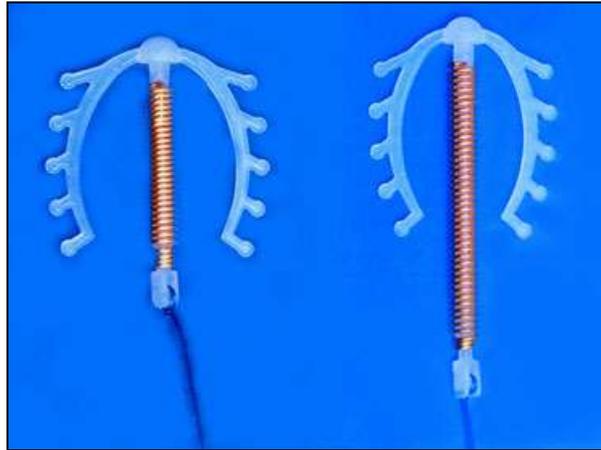
Il est composé de 375 mm² de surface de cuivre.

Une seule taille standard est disponible.

Sa durée d'efficacité est de cinq ans.

Le *Gynelle 375*® disponible sur le marché français correspond également à ce modèle.

Ces deux modèles sont détaillés aux paragraphes II.B.6.1.1 et 2.



Multiload ML-Cu®

II.B.3.3- Un nouveau concept : l'implant contraceptif intra-utérin au cuivre sans armature

Il s'agit d'un tout nouveau concept et d'un événement important dans l'histoire de la contraception intra-utérine.

Il a été créé en 1984 en Belgique par le Dr Dirck Wildemeersch.

Il est commercialisé depuis 1996 sous le nom de *GynéFix*® par la société belge Control.

Pour le différencier des DIU précédents, son inventeur a voulu le qualifier d'« implant contraceptif intra-utérin » [3].

II.B.3.3.1- Découverte du système intra-utérin sans armature

Le Dr Hasson (Etats-Unis) et le Dr Kurz (Allemagne) ont développé dans les années 1980 des instruments permettant de mesurer la cavité utérine. Ils ont ainsi pu étudier la relation entre le DIU et la cavité utérine sur le plan des effets secondaires et des complications.

Ils ont tous les deux conclu que la performance d'un DIU dépendait très largement de la présence ou de l'absence d'une harmonie entre celui-ci et la cavité utérine dans laquelle il était placé. Ils ont donc démontré qu'une efficacité contraceptive optimale pouvait être obtenue si le DIU était placé dans la partie supérieure de la cavité utérine et s'il restait continuellement à cet emplacement [11].

Egalement soucieux des désaccords de géométrie entre la forme et les dimensions des DIU conventionnels et la cavité utérine, le Dr Wildemeersch (Belgique) voulut créer un nouveau concept dans le but d'améliorer l'acceptabilité et le taux de continuation des DIU, c'est-à-dire essentiellement dans le but de diminuer les saignements menstruels, les dysménorrhées et les risques d'expulsion [3].

Il eut ainsi l'idée d'enserrer un manchon de cuivre sur un fil de polypropylène : la forme du DIU avait disparu et un dispositif flexible était alors créé.

Le problème fut ensuite qu'une telle structure dépourvue de forme ne pouvait être retenue durablement par l'utérus. La solution fut aussi ingénieuse : en nouant l'extrémité proximale du fil et en utilisant une sonde munie d'une pointe, l'extrémité du DIU était enfoncé dans le fond du myomètre. Ceci permettait donc au système un ancrage permanent [3].

Avec ce nouveau concept, la présence d'un support plastique était superflue et les problèmes de dimensions étaient résolus.

De nombreuses études internationales ont montré que les promesses du Dr Wildemeersch étaient pertinentes. En effet, correctement placé, le dispositif est quasiment inexpulsable. De même les retraits pour cause de saignements ou douleurs sont significativement inférieurs à ceux reportés pour les DIU au cuivre de forme conventionnelle [3].

Par ailleurs, le risque infectieux est le même qu'avec les autres DIU au cuivre [11].

La libération continue d'ions cuivre, parfaitement assurée au fond utérin, explique effectivement une meilleure efficacité contraceptive [11].

L'implant contraceptif intra-utérin sans armature a une durée d'efficacité de cinq ans, voire plus si le médecin le juge utile (en particulier chez les femmes de plus de 40 ans) [11].

Après plus de dix ans d'études cliniques, ce dispositif a été approuvé et commercialisé dans les pays de l'Union Européenne. La Belgique a été le premier pays l'a avoir introduit.

Malgré tout, il n'est actuellement plus disponible en France. Le fabricant en a cessé la distribution car trop peu de médecins le posaient, il n'est d'ailleurs plus mentionné dans le dictionnaire *Vidal* 2002.

Il reste cependant disponible sur le marché belge (il est détaillé au paragraphe II.B.6.1.8).

II.B.3.3.2- Composition de l'implant contraceptif

Le *Gynéfix*® se compose de six manchons en cuivre qui ont chacun une longueur de 5 mm et un diamètre de 2,2 mm et qui sont enfilés sur un monofilament en polypropylène. Les manchons supérieur et inférieur sont pincés sur le fil afin d'éviter le déplacement des manchons intermédiaires. La surface totale de cuivre, incluant les surfaces internes et externes, est de 330 mm².

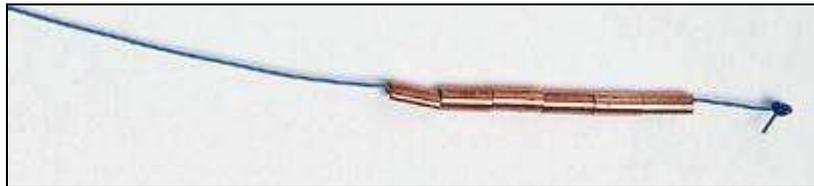
L'extrémité supérieure du fil est pourvue d'un nœud qui est placé à l'aide d'un inserteur dans le myomètre utérin. La profondeur du nœud est limitée à 1 cm.

Ce système n'ayant pas d'armature plastique est ainsi très flexible. Son volume d'occupation est très faible et peut donc être posé quelque soit la forme de la cavité utérine [11].

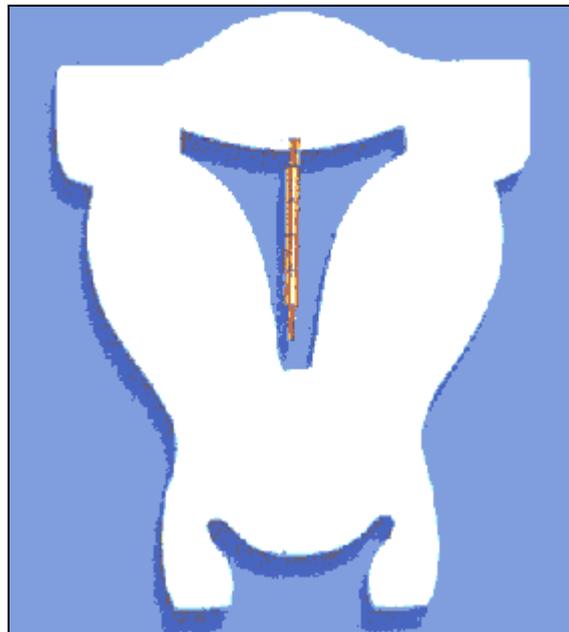
L'instrument utilisé pour l'ancrage de l'implant *GynéFix*® dans la paroi utérine se compose de deux parties, un tube protecteur d'un diamètre de 3,8 mm et une canule équipée d'un stylet dont la pointe se termine par une languette comportant une encoche et permettant l'ancrage du nœud dans le myomètre. L'extrémité de l'inserteur est en forme de poignée.

La nouvelle version d'inserteur, *GyneFix Mark 2*®, a l'avantage d'être plus facile à manipuler que l'inserteur *Mark 1*®, son prédécesseur, et de réduire beaucoup les échecs de pose dus à une mauvaise manipulation. En effet la pose de cet implant exige une technique tout à fait différente que pour les DIU classiques, avec un niveau de compétence élevé [11].

Concernant le retrait, il s'opère par une simple traction sur le fil. La force nécessaire est en moyenne de trois à quatre fois supérieure à celle nécessaire pour le retrait d'un DIU classique en « T ». Le retrait est en général facile, indolore et ne provoquant pas de saignements particuliers.



GyneFix®



Implantation du GyneFix® dans le fond utérin

La technique d'ancrage de l'implant intra-utérin sans armature fut développée dans le but d'implanter des substances bio-actives dans la cavité utérine.

Ce système pourrait donc avoir un grand potentiel d'applications, en dehors même de la contraception [3].

II.B.4- DU CUIVRE AUX HORMONES

II.B.4.1- L'apparition des DIU hormonaux

Les DIU au cuivre, bien qu'ajoutant une nouvelle dimension à la contraception intra-utérine, ne permettent cependant pas de résoudre tous les problèmes, et notamment ceux liés aux importantes ménorragies dont ils peuvent être responsables.

Le problème fut finalement résolu avec l'apparition du premier DIU utilisable libérant des hormones progestatives [3].

Dès la fin des années 1960, le Dr Antonio Scommegna (USA, Chicago) avait démontré les effets utérins de la progestérone : l'atrophie endométriale provoquée par les hormones stéroïdes naturelles permettait non seulement la diminution des saignements menstruels mais aussi une meilleure prévention de l'implantation [3].

En 1970 il adapta pour la première fois à une boucle de Lippes une capsule en Silastic contenant de la progestérone. Ce procédé permettait une libération hormonale lente, progressive et régulière.

En 1974 il adapta à un modèle classique en « T » un réservoir contenant de la progestérone naturelle. Il s'agit du *Progestasert 38*®, chef de file des DIU hormonaux.

Par la suite, d'autres travaux ont succédé, impliquant cette fois une hormone progestative de synthèse : le lévonorgestrel. En 1975 eut lieu en Finlande la première communication sur les DIU contenant du lévonorgestrel.

II.B.4.2- Le DIU à base de progestérone naturelle

En 1974, le Dr Antonio Scommegna adapta un réservoir contenant 38 mg de progestérone naturelle à un dispositif classique en forme de « T ». Ce DIU hormonal a été commercialisé sous le nom de *Progestasert 38*® par la société américaine Alza en 1976 et mis sur le marché français en avril 1983 [6].

Il était constitué d'un corps flexible de copolymère d'éthylène et d'acétate de vinyle en forme de « T », il mesurait 32 mm horizontalement et 36 mm verticalement. Ce corps contenait dans sa partie verticale le réservoir de progestérone naturelle, dispersée dans une huile de silicone et additionnée de sulfate de baryum pour rendre le système radio-opaque. Cette partie verticale se prolongeait par les deux bras du « T », constituant une extrémité arrondie et émoussée [4]. Deux fils de nylon étaient fixés à la base du « T » : l'un de 9 cm partant du haut du dispositif et servant à vérifier la bonne mise en place de celui-ci, l'autre plus long permettant de maintenir le *Progestasert*® dans son inserteur.

L'inserteur du *Progestasert*® a été conçu pour que l'insertion soit une manœuvre aussi facile et sûre que possible. Il était constitué d'un tube en polyéthylène, sans piston pousseur, légèrement incurvé pour pouvoir s'adapter à la configuration normale du col et de l'utérus. Il était malléable et pouvait être redressé ou davantage courbé si cela s'avérait nécessaire [39].

La diffusion de progestérone naturelle (demi-vie biologique très brève : environ 30 minutes) à travers la membrane de copolymère s'effectuait de façon constante et délivrait au niveau de l'endomètre un taux très faible d'hormone : 65 µg par 24 heures.

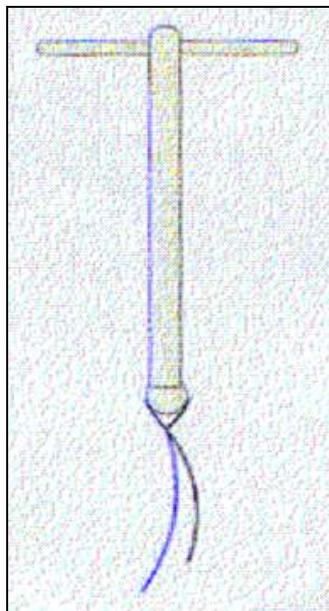
La durée de vie estimée par la United States Food and Drug Administration était de 12 mois. En France, sa durée d'efficacité autorisée a été de 18 mois [4].

Ainsi, parmi ses principaux inconvénients, on peut citer : une courte durée d'efficacité, un risque de grossesse extra-utérine probablement plus élevé qu'avec les autres DIU, des petits saignements fréquents pendant les premiers mois d'utilisation [12].

Il présentait cependant deux avantages majeurs : il permettait la diminution des saignements menstruels et il avait la propriété de diminuer voire de supprimer les douleurs menstruelles.

Malgré tout, du fait de ces inconvénients, il n'a jamais acquis une grande popularité : il a finalement été retiré du marché français. Il n'est plus mentionné dans le Dictionnaire *Vidal* 2002.

Sa grande zone d'utilisation a été les Etats-Unis, l'Allemagne et l'Italie.



Progestasert 38®

II.B.4.3- Le DIU à base de progestérone de synthèse

Il fallut attendre le système intra-utérin hormonal au lévonorgestrel (SIU-LNG) pour que le concept d'un dispositif utérin délivrant des hormones aboutisse et se développe à grande échelle, de la contraception à la thérapeutique gynécologique.

Ce système intra-utérin (SIU) a été mis au point en Finlande par le Dr Jouni Valter Tapani Luukkainen (inventeur du *Nova T®*) dans les années 1980. Il est d'abord commercialisé dès 1990 en Finlande et en Suède. Il arrive ensuite sur le marché français en 1997 où il est commercialisé par les laboratoires Schering.

Sa dénomination est *Mirena®*, sauf dans les pays scandinaves où il s'appelle *Levonova®*.

Du fait qu'il libère le lévonorgestrel graduellement, il a été baptisé « Système Intra-Utérin » au lieu de Dispositif Intra-Utérin.

Le SIU-LNG a été approuvé en tant que moyen contraceptif aux Etats-Unis et dans 100 pays à travers l'Europe, l'Amérique Latine et l'Asie [13].

Il a une forme identique à celle du *Nova T*, constitué ainsi d'un support plastique en forme de « T » mesurant 32 mm en largeur et en hauteur. L'anneau de cuivre autour de la tige verticale est remplacé par un réservoir cylindrique contenant initialement 52 mg de lévonorgestrel (progestatif de synthèse). Le réservoir est recouvert d'une membrane en polydiméthylsiloxane qui régule la libération intra-utérine de LNG au taux initial de 20 µg par 24 heures [14].

L'armature est imprégnée de sulfate de baryum qui rend le système radio-opaque.

L'efficacité de ce système est validée sur le plan contraceptif pour cinq ans (même si des études ont démontré son efficacité sur sept ans [14]).

Le LNG est détectable dans le plasma dès 15 minutes après son insertion. Les taux plasmatiques mesurés sont maximum quelques heures après l'insertion puis diminuent avec le temps [14]. Globalement, les taux plasmatiques moyens de LNG sont faibles [13]. Il existe également des variations inter-individuelles importantes. Par ailleurs, la sécrétion endogène d'estradiol est conservée.

En revanche les taux de LNG sont élevés dans les tissus endométriaux et adjacents [13]. Ces taux sont surtout importants dans l'endomètre, moins dans le myomètre et dans les trompes de Fallope.

Ainsi, grâce aux faibles doses plasmatiques de LNG délivrées, l'ovulation n'est habituellement pas perturbée et les effets systémiques sont faibles. Le principal inconvénient de ce système reste l'aménorrhée induite qui peut devenir un problème pour certaines utilisatrices [3].



Mirena®

Il est détaillé dans le paragraphe II.B.6.2.1.

II.B.5- LES PERSPECTIVES D'AVENIR

II.B.5.1- L'implant contraceptif intra-utérin au lévonorgestrel sans armature : *Fibroplant-LNG®*

En cours d'étude, le *Fibroplant-LNG®* dériverait directement de l'implant au cuivre *GynéFix®*.

Il comprendrait deux parties : un réservoir vertical souple et très fin de 1,2 mm de largeur et de 4 cm de longueur diffusant 14 µg par 24 heures de lévonorgestrel pendant au moins trois ans et le système d'ancrage identique à celui du *GynéFix®*.

L'extrémité supérieure du segment vertical diffusant du LNG serait attachée au système d'ancrage à l'aide d'un clip métallique visible à l'échographie, ce qui permettrait de vérifier la qualité d'ancrage du système [15].

En théorie, le *Fibroplant-LNG®*, du fait de l'absence d'armature en plastique et de sa flexibilité pourrait s'adapter à toutes les cavités utérines, même celles de dimensions réduites des femmes en post-ménopause.

Toujours en théorie, le faible taux de diffusion de LNG (14 µg / 24 heures) de ce nouveau dispositif ne pourrait que s'accompagner de peu d'effets secondaires systémiques.

Dans une étude pilote, le *Fibroplant-LNG®* aurait démontré son efficacité contraceptive.

Par ailleurs, ce DIU au LNG se serait révélé efficace dans le traitement médical des ménorragies et dans celui de la dysménorrhée primaire et secondaire.

Ces résultats du *Fibroplant-LNG®* en contraception et en thérapeutique nécessiteront, bien entendu, d'être confirmés.

Il faudrait finalement comparer l'efficacité contraceptive (excellente) du *Mirena®*, dont le taux de diffusion de LNG est de 20 µg par 24 heures à celle du *Fibroplant-LNG®*, dans des études cliniques multicentriques de méthodologie correcte.

Il faudrait de plus que la technique d'insertion du *Fibroplant-LNG®*, devenue très simple depuis la mise au point du nouvel inserteur actuellement utilisé dans la dernière version (*Mark 2®*) du *GynéFix®*, soit acquise.

II.B.5.2- Les DIU en « T » au lévonorgestrel *Femilis®* et *Femilis-Slim®*

Ils sont mis au point par une organisation de recherche belge Contrel.

Il s'agirait de DIU en forme de « T » libérant du lévonorgestrel.

Il existerait une version *Slim*, plus petite, pour les femmes nullipares.

Ces DIU seraient destinés à simplifier les procédures d'insertion par une technique de « poussée » qui n'exigerait pas de piston comme pour le *Mirena®*.

Les systèmes *Femilis®* et *Femilis-Slim®* pourraient être insérés par des prestataires de soins formés à cet effet et qui n'insèrent pas souvent de DIU classiques [15].

II.B.5.3- Le système *Butterfly-IUD*® au cuivre

Il est étudié à Nottingham (Royaume-Uni).

Il s'agirait d'une boucle fermée en élastomère, en forme de papillon, avec une surface de cuivre de 380 mm² et sans fil (le retrait se ferait à l'aide d'un crochet approprié).

Sa durée d'efficacité serait de dix ans.

Son avantage essentiel résiderait en l'absence de fil, cela signifie qu'il n'y aurait pas de possibilité de gêne pour le partenaire sexuel et que les écoulements vaginaux attribués à l'irritation du col par les fils de nylon seraient moindres.

Ce dernier argument serait annoncé, selon ses concepteurs, dans le but de diminuer le risque infectieux [12].

II.B.5.4- Un DIU à l'indométacine

Ce système est à l'étude en Chine.

Il s'agirait d'un dispositif intra-utérin à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien (indométacine).

La présence de cet anti-inflammatoire aurait pour but de réduire les règles abondantes dont souffrent parfois les utilisatrices de DIU au cuivre [12].

II.B.6- DESCRIPTIF DES DIU ACTUELLEMENT DISPONIBLES

II.B.6.1- Les DIU à base de cuivre

II.B.6.1.1- *Multiload Cu 375*® (laboratoire Organon)

Date de mise sur le marché : 1982.

Indications préférentielles : béances de l'isthme, désir de longue durée d'efficacité, hauteurs utérines courtes pour le modèle *Short* [12].

Structure : deux bras flexibles en polyéthylène partant d'un axe vertical autour duquel s'enroule un fil de cuivre de 375 mm² et un fil de nylon monofilamenteux attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 4,4 mm (bras en dehors de l'inserteur).

Hauteur et largeur : 35 mm et 18 mm (*Standard*), 30 mm et 18 mm (*Short*).

Technique de pose : pose rapide par retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Tailles : *Standard* (hauteur utérine de 6 à 9 cm) et *Short* (hauteur utérine de 5 à 8 cm).

Prix : 27,44 euros, remboursement Sécurité Sociale (SS) : 65 % du tarif de responsabilité (TIPS, tarif interministériel des produits sanitaires).

II.B.6.1.2- *Gynelle 375*® (laboratoire CCD)

Date de mise sur le marché : 1996.

Indications préférentielles : béances de l'isthme, désir de longue durée d'efficacité [12], l'inserteur rigide convient bien aux multipares.

Structure : deux bras flexibles en polyéthylène partant d'un axe vertical autour duquel s'enroule un fil de cuivre de 375 mm² et un fil de nylon monofilamenteux attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 3,65 mm, rigide (bras en dehors de l'inserteur).

Hauteur et largeur : 35 mm et 20 mm.

Technique de pose : pose rapide par retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Taille unique.

Prix : 27,44 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

Remarque : c'est le même modèle que le *Multiload Cu 375*®.

II.B.6.1.3- *TT 380*® (laboratoire CCD)

Date de mise sur le marché : 2002.

Indications préférentielles : désir de longue durée d'efficacité [12], l'inserteur rigide convient bien aux multipares.

Structure : support en « T » en polyéthylène avec un fil de cuivre autour de l'axe vertical et une bague de cuivre à chaque bras de surface totale 380 mm² et un fil de nylon monobrins attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 4,4 mm, rigide.

Hauteur et largeur : 34 mm et 32 mm.

Technique de pose : pose rapide par retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans (possible 10 ans).

Taille unique.

Prix : 27,44 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

Remarque : il remplace le *Gyne T 380*® à la seule différence que les manchons de cuivre sont situés au milieu des bras horizontaux au lieu d'être distaux. C'est le DIU au cuivre de référence dans le monde. Son équivalent américain, le *TCu380A*®, a été agréé aux USA pour être efficace 12 ans.

II.B.6.1.4- *UT 380*® (laboratoire CCD)

Date de mise sur le marché : 1985.

Indications préférentielles : désir de longue durée d'efficacité, hauteurs utérines courtes pour le modèle *Short* [12], inserteur rigide pour les cols résistants.

Structure : deux bras flexibles en polyéthylène partant d'un axe vertical, autour duquel s'enroule un fil de cuivre de 380 mm² et un fil de nylon monobrin attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 3 mm, rigide (bras dans l'inserteur).

Hauteur et largeur : 35,4 mm et 32 mm (*Standard*), 28,4 mm et 32 mm (*Short*).

Technique de pose : pose en deux temps par poussée / retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Tailles : *Standard* (hauteur utérine supérieure à 7 cm) et *Short* (hauteur utérine inférieure à 7 cm).

Prix : 27,44 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

Remarque : le *Sertalia*® n'étant plus disponible, il peut être remplacé pour les nullipares par le DIU *UT 380*® *Short* [16].

II.B.6.1.5- *NT 380*® (laboratoire CCD)

Date de mise sur le marché : janvier 2006.

Indications préférentielles : hauteurs utérines courtes pour le modèle *Short*, désir de longue durée d'efficacité, inserteur souple pour les utérus retroversés.

Structure : deux bras flexibles en polyéthylène partant d'un axe vertical, autour duquel s'enroule un fil de cuivre-argent de 380 mm² et un fil de nylon monobrin attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 3,8 mm, souple à mémoire de forme.

Hauteur et largeur : 32 mm et 32 mm (*Standard*), 28 mm et 28 mm (*Short*).

Technique de pose : pose en deux temps par poussée / retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Tailles : *Standard* (hauteur utérine supérieure à 7 cm) et *Short* (hauteur utérine inférieure à 7 cm).

Prix : 27,44 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

Remarque : c'est la copie du *Nova T 380*® qui a remplacé le *Nova T 200*® dans beaucoup de pays au monde.

II.B.6.1.6- *Nova T*® (laboratoire Schering) : il a récemment été retiré du marché français.

Date de mise sur le marché : 1980.

Indications préférentielles : isthmes utérins étroits [12].

Structure : deux bras flexibles en polyéthylène partant d'un axe vertical, autour duquel s'enroule un fil de cuivre à noyau d'argent de 200 mm² et un fil de nylon monobrin attaché à la base du dispositif.

Diamètre de l'inserteur : 3,6 mm.

Hauteur et largeur : 32 mm et 32 mm.

Technique de pose : pose par poussée / retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Taille unique.

Prix : 27,44 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

Remarque : dans les autres pays du monde, le *Nova T 200*® avait déjà été retiré du marché et remplacé par le *Nova T 380*®. En effet, par sa faible surface de cuivre, ce système semblait être le moins efficace des DIU présents sur le marché français [16].

II.B.6.1.7- *Sertalia*® (laboratoire Theramex)

Ce modèle a été retiré du marché français en 2005.

Cette décision a fait suite non seulement à un nombre de grossesses observé chez les utilisatrices du dispositif, mais aussi à des difficultés de retrait (le fil de nylon avait tendance à céder au moment du retrait).

La petite taille du DIU ainsi que son petit inserteur en faisait un modèle facilement utilisable chez les patientes nullipares.

II.B.6.1.8- *GynéFix*® (laboratoire Contrel)

Date de mise sur le marché : 1996.

Indications préférentielles : antécédent d'expulsion d'un DIU classique ou intolérance (douleurs, métrorragies), utérus bicorne (un DIU dans chaque corne), désir de longue durée d'efficacité, béances de l'isthme [12].

Structure : absence d'armature en plastique, 6 manchons de cuivre de surface totale 330 mm² enfilés sur un mono filament en polypropylène et un fil.

Diamètre de l'inserteur : 3,8 mm.

Hauteur et largeur : 30 mm et 2,2 mm.

Technique de pose : ancrage dans le myomètre du fond utérin par une technique simple mais qui nécessite un apprentissage.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Prix : 50,70 euros (pas de remboursement SS).

Remarque : il n'est à l'heure actuelle disponible que sur le marché belge :

Laboratoire CONTREL Europe

Piers de Raveschootlaan 125

8300 Knokke-Heist

www.contrel.be

II.B.6.2- Le DIU à base de progestérone

II.B.6.2.1- *Mirena*® (laboratoire Schering)

Date de mise sur le marché : 1997.

Indications préférentielles : contre-indication au cuivre, ménorragies, dysménorrhées, anémie, désir de longue durée d'efficacité [12].

Structure : forme analogue au *Nova T*® avec un réservoir (en polydiméthylsiloxane) de 52mg de lévonorgestrel autour d'un corps en polyéthylène et un fil de polyéthylène.

Diamètre de l'inserteur : 4,8 mm.

Hauteur et largeur : 32 mm et 32 mm.

Technique de pose : pose par poussée / retrait.

Durée d'efficacité : 5 ans.

Taille unique.

Prix : 125,54 euros, remboursement SS : 65 % du tarif de responsabilité TIPS.

DE LA THEORIE A LA PROBLEMATIQUE

III- DE LA THEORIE A LA PROBLEMATIQUE

III.A- CONSTAT : PLACE DES DIU EN FRANCE

III.A.1- QUELQUES CHIFFRES

Les dispositifs intra-utérins (DIU) constituent de nos jours la méthode de contraception réversible la plus employée au monde, et probablement l'une des plus sûres. Ils concernent près de 150 millions de femmes, surtout en Asie du Sud-Est et au Moyen Orient.

Alors que moins de 1 % des femmes aux USA portent un DIU, entre 3 et 24 % des Européennes l'utilisent selon les pays [17].

En France les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion depuis le vote, en 1967, de la Loi Neuwirth, il y a exactement 40 ans. Depuis cette date, les Françaises occupent la première place mondiale dans l'utilisation des méthodes médicales de contraception réversible.

D'après les données du Baromètre santé de l'INPES publié en 2005, les méthodes employées par la population âgée de 18 à 45 ans sont, par ordre décroissant, la pilule (60,2 %), le dispositif intra-utérin (20,6 %), le préservatif (10,9 %) [18].

En outre, il existe toujours en France de nombreuses grossesses non désirées (environ un tiers des naissances selon l'étude COCON de 2003) et plus de 200 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées chaque année [38].

III.A.2- UNE MAUVAISE REPUTATION

Les chiffres montrent que les DIU, première contraception à l'échelle mondiale, restent largement sous-utilisés en France comparés à l'usage de la pilule contraceptive.

Ce paradoxe est principalement dû à l'ignorance et aux préjugés fréquents dans le public, et malheureusement souvent entretenus par les médecins ou certains médias.

Aujourd'hui même, en France, nombreux sont les médecins qui n'informent pas leurs patientes ou les informent mal.

Au cours d'une consultation pour demande de contraception, une information claire et adaptée devrait être obligatoirement faite à la patiente ou au couple sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles, et donc sur les DIU.

Or, cette information est encore souvent omise ou trop succinctement réalisée.

Les causes de cette non-information sont les mauvaises habitudes et les préjugés que certains médecins gardent face à l'utilisation des DIU. En effet par le passé, quelques fâcheux événements tels que l'augmentation des risques de grossesse extra-utérine, d'infection ou de stérilité (entre autre liés au *Dalkon Shield*®) ont contribué à instaurer une mauvaise réputation à ce type de contraception. Une forte médiatisation s'en est suivie ; relayée même,

essentiellement en France, par l'émergence d'autres désavantages concernant les DIU, cette fois mal documentés (tels que des contre-indications dans le cas de patientes nullipares ou sous anti-inflammatoire...).

Désormais les techniques ont évolué et les inconvénients autrefois reprochés ne sont clairement plus d'actualité. Cependant trop nombreux sont les médecins français ayant encore à l'esprit ces représentations.

Notre pays reste en retard dans ce domaine, même si les choses vont en s'améliorant, avec notamment les nouvelles recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, éditées en décembre 2004. Ces recommandations sur les méthodes contraceptives en général et sur les DIU en particulier tentent de réhabiliter ces derniers. De même, les formations médicales vont désormais aller dans le sens d'une information complète sur les DIU actuels. Progressivement cette mauvaise réputation devrait donc disparaître auprès des professionnels de santé. Mais il est encore bien difficile de changer l'image des DIU au sein même de la population française, les « idées reçues » se transmettant si facilement par le bouche à oreille.

III.B- PROBLEMATIQUE

III.B.1- OBJECTIF

Les médecins généralistes étant bien souvent les premiers informateurs auprès de leurs patientes, ce sont eux qu'il faut ré-informer en urgence. Car l'idée qu'ils se font des DIU influence en conséquence l'opinion de leurs patientes.

Le sujet de notre recherche porte sur l'amélioration de l'information transmise par les médecins à leurs patientes au cours d'une consultation de contraception, dans le but de promouvoir la place du dispositif intra-utérin en tant que moyen de contraception sûr, efficace, réversible et de longue durée.

Implicitement, cette promotion pourrait aussi participer à réduire le nombre d'IVG annuelles.

Bien que les patientes soient très à l'écoute de toutes les « fausses idées » qui ont pu circuler sur les DIU ces dernières années, elles se réfèrent principalement à leur médecin traitant, pour peu qu'il y ait bien sûr une relation de confiance avec lui, pour tout ce qui est validation ou non de ces représentations.

En effet, l'information auprès des patientes, autrement appelée « *counseling* », est essentielle dans le domaine de la contraception. Il a été démontré qu'elle était nécessaire et indispensable à la satisfaction des patientes sur le choix de leur moyen de contraception.

Au médecin donc de retransmettre correctement ce qui est désormais sûr et validé sur les DIU, car de cette bonne réactualisation des connaissances dépend l'opinion de la femme, le choix de sa contraception et aussi le pouvoir non négligeable de diffusion de l'information retenue au sein de son propre entourage.

L'objectif à plus long terme est de redéfinir la contraception par DIU au sein même de la population féminine.

Outre les patientes elles-mêmes qui sont un support de valeur, l'appui des médias (revues médicales ou populaires, Internet, ...) qui ont une participation plus qu'importante dans l'opinion publique, est capital.

A nous, médecins, d'agir pour faire réagir en conséquence tout ce monde.

III.B.2- MISE EN PLACE D'UN FOCUS GROUP

Pour comprendre et prendre part à cette mission, il faut prendre le problème à la base : pourquoi l'information faite par les médecins est-elle parfois défectueuse ?

La réponse est tout simplement que les médecins eux-mêmes ont souvent une mauvaise connaissance, une mauvaise opinion ou des préjugés face aux DIU, dont ils ont du mal à se débarrasser.

Ces craintes doivent être clairement exprimées, il faut les extérioriser pour savoir si elles sont ou non justifiées. Et si elles ne le sont pas, l'information auprès des médecins est à faire ou à refaire pour tenter de dématérialiser ces « fausses idées », dans l'objectif de participer à leur disparition.

Nous avons donc choisi de réexaminer ces représentations une par une et de les redéfinir avec les connaissances actuelles, afin que tout soit clair et pour tous.

C'est par le moyen d'une discussion avec des médecins généralistes sur leur pratique, leurs connaissances et leurs réticences face aux DIU, que nous avons procédé au recueil des données nécessaires à notre étude. Une réunion regroupant un nombre suffisant d'entre eux nous a permis de réaliser un entretien collectif sur le sujet.

Nous avons choisi pour cet entretien la méthode des focus group dont sont résumés plus loin l'origine, les procédés et la finalité.

MATERIEL ET METHODE

IV- MATERIEL ET METHODE

IV.A- METHODOLOGIE

[19]

L'un des objectifs de cette étude est de faire état de la relation médecin-patiente ou médecin-couple, en terme de discussion et de transmission de l'information concernant les DIU. Tout en représentant des enjeux pour la médecine, cela place donc l'objet de notre étude dans le champ large des sciences humaines. Les sciences humaines s'opposent aux sciences fondamentales dans le fait que le matériau de l'étude concerne des communications écrites ou orales.

Il existe plusieurs méthodologies d'étude au sein des sciences humaines. On distingue les méthodologies dites quantitatives, inspirées largement des sciences fondamentales, et les méthodologies qualitatives. D'une manière générale, si les approches quantitatives permettent de valider des lois avec précision et fiabilité, les approches qualitatives sont plus adaptées pour explorer des contextes peu ou mal connus.

Il existe plusieurs méthodes de recherche dans le champ de l'analyse qualitative : entretiens, observations, analyses documentaires. Parmi celles-ci se trouve l'entretien de groupe. C'est cette technique que nous avons choisi d'employer pour notre étude.

Il existe différentes façons de désigner les entretiens réalisés avec plusieurs personnes en même temps : « focus group » (par emprunt à la langue anglaise), « entretiens collectifs », « entretiens de groupe », « groupes de discussion ».

Ce type d'entretien se définit a minima par le fait qu'il implique plus de deux personnes et met en jeu une relation sociale dépassant le traditionnel couple constitué par l'enquêteur et l'enquêté.

IV.A.1- PETITE HISTOIRE ANGLO-SAXONNE ET FRANCOPHONE

IV.A.1.1- Origine du Focus Group

De nombreux ouvrages en anglais faisant référence à la méthode du focus group ont été publiés dans le domaine des sciences sociales dès la fin des années 1980. Ils ont fixé un récit des origines et désigné un père fondateur. Cette histoire débute par la naissance en 1941 du « focused interview » grâce aux talents conjugués de deux grands noms de la sociologie américaine, Paul Lazarsfeld et surtout Robert Merton. Il est alors utilisé dans le domaine de la recherche en marketing car il permet de produire des résultats exploitables à un coût acceptable.

L'élément important dans cette méthode d'entretien est qu'elle est centrée (focused) sur une expérience vécue par l'ensemble des enquêtés. L'intérêt porte clairement sur les individus plutôt que sur le groupe et les interactions qu'il génère, l'avantage étant de faciliter le recueil de la parole individuelle. Cette méthode contribue à réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement et elle facilite le travail de remémoration. Finalement la dimension collective n'est jamais prise en compte pour elle-même.

En France, la pratique de l'entretien collectif est nettement plus marquée par l'empreinte de la psychologie sociale. Pour ses promoteurs français, dont Alain Touraine, elle est définie comme une « action du sociologue pour faire apparaître les rapports sociaux et en faire l'objet principal de son analyse » (A. Touraine, 1978) [19]. Elle ne se donne pas comme but principal de recueillir des informations ou de produire des connaissances, mais d'agir sur la réalité sociale.

Ce survol des traditions angle-saxonnes et francophones d'utilisation de l'entretien collectif nous a donné un aperçu de la diversité des pratiques.

En France, le recours aux entretiens collectifs dans le domaine de la communication, de même que pour les sciences sociales, a été plus tardif que dans les pays angle-saxons.

L'autre domaine dans lequel l'entretien collectif a acquis ses lettres de noblesse est celui de la santé publique, et plus généralement, de l'analyse des risques.

IV.A.1.2- Vers une définition de l'entretien collectif (David L. Morgan, sociologue anglais, 1998) [19]

Il s'agit d'abord d'*entretiens de recherche*, autrement dit de données discursives destinées à l'analyse, provoquées et recueillies par un chercheur sur des thèmes qu'il a déterminés et qui peuvent bien évidemment aussi concerner les enquêtés.

Ces entretiens sont *collectifs*. Ils mettent en scène plus de deux personnes. La relation sociale qui les caractérise ne se réduit pas au rapport enquêteur / enquêté et suppose donc une prise en compte des interactions sociales qui se jouent dans le cadre collectif de la discussion. Les participants peuvent former un groupe « naturel » d'inter-connaissance, ou un groupe d'appartenance doté d'une identité ou d'une expérience commune. Mais ils peuvent aussi rassembler simplement, le temps de la discussion, des personnes n'ayant pas de relations sociales préalables et peu d'expériences en commun.

Au delà de ces deux caractères - entretien et collectif - toute une série de décisions s'offrent à l'utilisateur potentiel, tant en matière de recueil que d'analyse.

IV.A.2- ORGANISATION DU FOCUS GROUP

IV.A.2.1- Le recrutement

Que l'on travaille sur des données quantitatives ou qualitatives, la qualité du recrutement est un problème général dans la mesure où elle constitue un élément décisif de la fiabilité de l'enquête. Dans le cas des entretiens collectifs, l'enjeu est double. Car en recrutant, on construit non seulement un *échantillon*, selon des critères qui pèseront sur l'analyse, mais on construit aussi un *groupe* dont les interactions seront décisives pour la qualité du matériau. Les relations qui se nouent au sein du groupe relèvent toujours un peu de l'alchimie sociale et sont donc pour partie imprévisibles.

Les entretiens collectifs se pratiquent aussi bien avec des groupes de personnes totalement étrangères les unes des autres qu'avec des groupes d'inter-connaissance.

La sélection des personnes participant aux entretiens collectifs doit donc notamment contribuer à faciliter la construction du groupe, autrement dit à favoriser la prise de parole de chacun. Or on sait bien que le rapport à la parole, c'est-à-dire tout à la fois le sentiment de

légitimité, la propension à prendre la parole en public et la manière de le faire sont socialement déterminés. Pour que la discussion ne manifeste pas seulement l'inégalité de ces rapports, il est nécessaire qu'existe un minimum d'homogénéité sociale entre les participants. L'organisation d'une réunion à plusieurs est plus difficile que de prévoir un rendez-vous individuel. Le premier contact avec des participants potentiels est l'occasion d'explicitier de manière assez générale l'objectif du projet et de les convaincre d'y participer, sachant que le coût que cela représente est élevé en raison du déplacement que cela nécessite. La plupart des spécialistes s'accordent pour dire que la taille optimale d'un groupe doit être comprise entre 5 et 10 personnes. La discussion dans un petit groupe peut « prendre » plus facilement mais court le risque d'être moins animée et riche, en raison de la moindre variété des points de vue représentés. Quant aux grands groupes, ils sont plus difficiles à animer [19].

IV.A.2.2- L'organisation matérielle

Organiser des entretiens collectifs exige d'abord de disposer d'un endroit adapté à la réunion de 5 à 10 personnes. Il faut trouver une salle agréable, spacieuse et calme, dans un endroit neutre et relativement facile d'accès.

Les praticiens du focus group conseillent que les participants et l'animateur prennent place autour d'une table. La structure circulaire signifierait l'absence de hiérarchisation, la table constituerait un élément de protection.

En ce qui concerne la durée de l'entretien, certains se réfèrent à des discussions d'une ou deux heures tout au plus (Morgan, 1997) [19]. En principe la durée de la discussion a été précisée auparavant ; il est important de respecter ce qui a été convenu.

Dans la perspective de recherche qui est la nôtre, les questions d'enregistrement des données et de préservation des traces sont essentielles. Car ce qui a été produit dans la discussion va être analysé en profondeur. Un enregistrement sonore est généralement réalisé. La question de l'enregistrement vidéo est controversée, l'argument en défaveur est son caractère intrusif et supposé refroidissant (Morgan, 1997) : il entraverait la spontanéité des prises de parole [19].

IV.A.2.3- L'animation

Même si l'encadrement de la discussion est minimal, il se manifeste toujours par la présence d'une personne qui impose aux participants le sujet de leur réflexion et veille à ce que la discussion suive son cours.

Le choix de l'animateur soulève la question de sa professionnalisation et celle de sa ressemblance avec le groupe. Il doit avoir suivi une formation à la méthode.

La conduite d'entretiens collectifs s'appuie sur un système de rôles qui inclut évidemment un animateur mais aussi, de préférence, un observateur ou secrétaire, parfois un caméraman, voire éventuellement un intervenant se faisant passer pour un participant, ce qu'on a coutume d'appeler un « compère ».

L'animateur occupe les devants de la scène et mène la discussion. L'observateur est en retrait ; il regarde et note tout ce qu'il peut observer du comportement des participants et de l'animateur, les petits incidents, les interactions non verbales et tout ce qui passe « en coulisses », hors de portée de tout enregistrement.

Animer revêt des significations variées puisque pour certains, l'animateur est seulement là pour faire en sorte que la discussion se déroule sans embûches alors que pour d'autres, il l'organise véritablement [19]. En anglais, les termes de *facilitator* ou de *moderator* témoignent de cette conception souple de la fonction d'animation : il s'agit bien de faciliter la

discussion, voire de temporiser en désamorçant les tensions et conflits. Dans cette logique l'objectif principal de l'animateur est que la discussion se déroule avec une certaine fluidité, que le plus grand nombre de personnes y participent et que l'on traite du sujet proposé. Cela suppose à la fois de mettre en confiance les participants, de répartir les tours de paroles, de tâcher de solliciter ceux qui restent silencieux, de relancer, voire de recadrer la discussion si nécessaire.

Pour que la discussion « prenne », il faut que les participants ne se contentent pas de faire connaître successivement leurs points de vue à l'animateur, mais entament entre eux un véritable échange. Pour ce faire, l'animateur doit inciter chacun à s'adresser à l'ensemble du groupe. Il doit intervenir pour renvoyer ce qui est dit à tous les participants et les amener à découvrir ensemble les liens ou les différences pouvant exister entre leurs interventions et à les commenter.

IV.A.2.4- Le guide d'entretien collectif

L'entretien collectif doit s'appuyer sur un guide ou questionnaire. Ce guide utilisé par l'animateur ne doit pas être conçu comme la version orale d'une liste de questions dont on attend une série de réponses. L'objectif est de saisir la manière dont un thème est traité, discuté ; même s'il n'est pas exclu de prévoir, en alternance, des moments où l'accent est mis sur la discussion collective et d'autres où les réponses sont produites individuellement.

L'élaboration du guide d'entretien exige donc de définir au préalable le fil directeur que l'on veut donner à la discussion et d'en prévoir les ressorts et les étapes.

On ne pose pas aux enquêtés les questions que l'on se pose en tant que chercheur. Il faut trouver les questions qui livreront dans les réponses les indicateurs dont on a besoin pour valider (ou non) les hypothèses. Par ailleurs il faut aborder au début les questions les plus générales et les plus ouvertes pour n'aborder les thèmes plus précis que progressivement.

IV.A.3- ANALYSE DU FOCUS GROUP

IV.A.3.1- La transcription

L'objectif de la transcription est de livrer une image synthétique et claire des propos recueillis. Si elle reste l'élément essentiel du corpus, il importe qu'elle rende compte le plus finement possible de ce qui se joue pendant les entretiens.

Les notes prises au cours d'un entretien collectif visent plutôt à conserver la trace de ce qui se passe et s'échange en dehors de l'interaction verbale. Elles contiennent non seulement des notations de faits, mais aussi des commentaires, des remarques qui n'ont pas nécessairement leur place dans la transcription. Elles s'ajoutent donc à la transcription.

IV.A.3.2- Les enjeux de l'analyse

L'analyse des entretiens collectifs peut se focaliser sur le groupe pris dans sa globalité ou prendre comme unité d'analyse les interactions entre les participants. Concrètement, cela revient à choisir entre centrer l'analyse sur le contenu des opinions collectivement exprimées ou au contraire, sur la manière dont elles sont élaborées.

Considérer le groupe dans son unité incite à porter l'attention sur ce qu'il y a de commun, à homogénéiser les différences individuelles et donc à construire de la cohérence. Cette cohérence est généralement attribuée à des caractéristiques sociales et culturelles, critères ayant présidé à la composition des groupes. A l'inverse, s'attacher plus spécifiquement à l'enchaînement des prises de position individuelles va de pair avec l'attention portée aux contradictions, aux tensions et au bout du compte aux ambivalences.

IV.A.3.3- Le codage

Le codage est très certainement la méthode la plus répandue pour analyser systématiquement un corpus, surtout si celui-ci est constitué de transcriptions. Il rend possible l'analyse en permettant, théoriquement, la vérification de chaque idée. Ce qui importe surtout, c'est le fait que ces codes donnent à voir précisément pourquoi, ou en quel sens, chaque unité de texte a été mobilisée dans l'analyse. De plus, le codage remplit la fonction essentielle de mise en relation des différents morceaux du corpus les uns par rapport aux autres.

Mais le codage peut être utilisé de deux façons profondément différentes.

Le codage qualitatif a pour objectif l'élaboration de catégories d'idées permettant de rendre compte de façon fine et détaillée du phénomène capturé par les données. Le principe est donc de parcourir systématiquement les données en attribuant des codes conçus sur le principe de la comparaison et de la répétition.

Le codage quantitatif consiste à réduire le corpus à des codes pouvant être soumis à des traitements statistiques plus ou moins sophistiqués, et ce afin d'en inférer une interprétation. Aujourd'hui, cette analyse reste un outil privilégié des spécialistes des médias. Cette analyse de contenu suppose de définir, avant même la grille de codification, l'unité de codage. Ce pourra être le mot, la phrase, le paragraphe, le texte, peu importe, mais il faut une unité permettant d'affecter le code à un individu statistique.

IV.B- REALISATION DE NOTRE FOCUS GROUP

IV.B.1- RECRUTEMENT

Pour notre recherche le groupe est constitué de 9 médecins généralistes, cinq hommes et quatre femmes, exerçant tous en cabinet dans la région nantaise. La mixité du groupe est ainsi respectée. Parmi ces médecins, quatre hommes et deux femmes sont également maîtres de stage pour les internes ; deux (un homme et une femme) sont enseignants au département de Médecine Générale de Nantes. Il s'agit donc d'un groupe socialement homogène, constitué de personnes d'inter-connaissance pour la plupart.

Seuls trois d'entre eux connaissaient déjà la méthode des entretiens collectifs. Le recrutement s'est fait initialement par le biais d'une communication téléphonique au cours de laquelle le sujet de la recherche a été succinctement exposé ; les médecins intéressés nous l'ont fait savoir lors de cette première approche. Les contacts suivants se sont faits par courriers électroniques, notamment pour confirmer les présences et fixer la date, l'heure et le lieu de l'entretien.

IV.B.2- ORGANISATION

Le département de Médecine Générale de la faculté de Nantes nous a permis de nous regrouper dans ses locaux. Il s'agissait d'une petite salle de réunion, où les participants et l'animateur étaient placés en cercle, autour d'une table ; deux observateurs étaient également présents, à l'écart, un de chaque côté de la table. La durée du focus group avait été prédéfinie, aux alentours d'une heure et trente minutes. Pour le recueil des données, nous avons opté pour un enregistrement audio, ce qui nous ramène donc uniquement à l'analyse de contenu et de la dynamique de groupe.

L'entretien collectif en lui-même a commencé après une brève introduction sur le sujet de recherche, puis chaque participant s'est rapidement présenté à l'ensemble du groupe.

IV.B.3- ANIMATION

L'animateur choisi, Pr Pierre Le Mauff, est un médecin généraliste expérimenté dans ce type de recherche, enseignant au département de Médecine Générale du CHU de Nantes. Sa ressemblance avec le groupe est donc réelle, ce qui exclue ainsi les biais liés au malaise des participants ou à une éventuelle hiérarchisation au sein de la discussion. Avant de démarrer l'entretien, le modérateur explique à l'ensemble des médecins ce qu'est un focus group et la façon dont va se dérouler la réunion. Un tour de table est proposé après chaque intervention de l'animateur ; un deuxième peut être envisagé à la demande de certains, en cas de réactions supplémentaires. Après chaque question, le modérateur fait une synthèse succincte de ce qui a été dit, permettant à chacun de réagir à nouveau s'il le souhaite. Je me propose, avec l'aide de ma directrice de thèse, de remplir la mission de l'observateur ou secrétaire au sein de ce groupe. Nous sommes installées en retrait du groupe, diamétralement opposées, nous prenons des notes essentiellement sur les réactions de chacun, réactions qui ne pourront être relevées par l'enregistrement audio.

IV.B.4- GUIDE D'ENTRETIEN

L'animateur s'est adressé au groupe via un guide d'entretien. Ce guide est préalablement constitué par le chercheur en fonction de sa problématique.

Le guide élaboré avait pour objectif d'explorer l'attitude de chacun des médecins participants face aux DIU, à partir de ses connaissances (cognition), de son ressenti (émotions) et de sa pratique (comportement/expérience).

Les questions retenues ont constitué une base de réflexion, un guide pour le modérateur, l'entretien pouvant prendre une tournure quelque peu différente.

Voici le guide de notre recherche :

I- Quelle est votre définition des Dispositifs-Intra-utérins ?

Quelles sont vos connaissances sur le sujet ? Quels sont vos sentiments ?

L'objectif est de pointer les facteurs bloquant / facilitant à la pose du DIU.

II- Quelle en est votre pratique ? Quelle est votre expérience ?

L'objectif est identique, pointer les facteurs bloquant / facilitant à la pose.

III- Comment pensez-vous pouvoir améliorer cette pratique ?

L'objectif est de faire réfléchir les médecins généralistes sur les facteurs pointés précédemment et de leur demander de donner des pistes d'amélioration.

ANALYSE DU FOCUS GROUP

V- ANALYSE DU FOCUS GROUP

V.A- INTRODUCTION

Malgré leurs nombreux avantages, les DIU restent sous-utilisés par les femmes et encore trop peu proposés par les médecins. Ceci est imputable à la mauvaise réputation dont a souffert ce moyen de contraception.

Après avoir étudié la littérature scientifique sur le sujet, les experts plaident en faveur d'une réhabilitation de ce mode de contraception qui combine une très bonne efficacité et l'absence de risque cancéreux ou cardiovasculaire [20].

Compte tenu de sa faible utilisation en France, notamment chez les femmes jeunes, ces experts recommandent que « l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement spécifique. »

L'analyse de notre entretien collectif réunissant neuf médecins généralistes de la région nantaise va nous permettre de mettre en évidence dans un premier temps leurs connaissances et leurs opinions personnelles en ce qui concerne les DIU. Nous analyserons ensuite leur pratique médicale, c'est-à-dire comment ils présentent les DIU à leurs patientes et comment ils répondent à leurs interrogations. Enfin nous essaierons de les faire réfléchir sur la façon dont ils pourraient améliorer cette pratique, dans le but de participer à promouvoir ce moyen de contraception.

Cette analyse du focus group passe tout d'abord par une retranscription du corpus. Celle-ci comprend non seulement les propos exacts rapportés par chacun mais également les éléments non dits, notés par les observateurs de l'entretien.

Le codage utilisé dans cette analyse est qualitatif, c'est-à-dire qu'il s'appuie essentiellement sur les principes de comparaison et de répétition.

Afin d'étayer la constitution de nos catégories, nous avons opté pour le système de codage suivant : nous avons désigné entre parenthèses (), en majuscules, l'initiale de l'interlocuteur, suivie de la (ou des) ligne(s) correspondant au propos permettant la constitution de la catégorie. Lorsque plusieurs intervenants tiennent des propos en rapport avec la catégorie, nous maintenons le même système mais séparons les intervenants par un point virgule
Exemple : (X, 10 ; Y, 11-14,20).

V.B- LES MEDECINS FACE AUX DIU

V.B.1- LE TERME DIU

Nous avons tout d'abord remarqué que les médecins interrogés n'étaient pas à l'aise avec la nouvelle dénomination des stérilets. Le terme dispositif intra-utérin leur est connu mais ils ne l'emploient pas spontanément. Cinq médecins sur neuf avouent d'emblée ne pas l'utiliser, et tous parlent plutôt de stérilets que de DIU. Au cours de notre entretien, le terme DIU se raréfie dès les premières interventions pour ne quasiment plus réapparaître par la suite.

Les médecins justifient ceci par le fait que « stérilet » est le terme qu'ils ont appris pour le nommer, au cours de leurs études (C,11 ; AM,30), et qu'il est ainsi difficile pour eux de le remplacer dans leur langage courant (N,18 ; B,23).

De plus, un argument avancé et intéressant (R,55-56) est que « stérilet » est le nom connu des patientes, ce qui sous-entend la volonté d'éviter une barrière de langage, de compréhension dans la relation aux femmes. La nouvelle dénomination n'est pas simple à prononcer et complique encore davantage l'approche de ce moyen de contraception face aux patientes (N,18).

Malgré tout, un des médecins interrogés avance que le terme « stérilet » trop proche de « stérilité » est mal choisi (L,6-7) et qu'il serait temps de le changer. La neutralité du nouveau nom est d'ailleurs ici soulignée (L,7). Ceci implique une conscience de l'évolution des connaissances médicales en matière de DIU (AM,30-31 ; A,49 ; J,66).

Quant il s'agit d'en donner une définition, six des médecins interrogés soulignent le fait qu'il en existe deux types : un au cuivre et un plus récent à base d'hormones (L,8-10 ; C,12-13 ; P,15-17 ; AM,33 ; A,49-50 ; J,66-67). Dans leur esprit, même si le système est identique, les indications et les modes d'action sont bien différents. Le DIU hormonal est d'ailleurs plutôt bien accueilli par ces mêmes médecins (L,9-10 ; C,12-13 ; P,17 ; AM,33 ; A,50 ; J,66-67).

V.B.2- LES ARGUMENTS MEDICAUX FACILITANT LA POSE DES DIU

Concernant les avantages et les inconvénients des DIU, de nombreux arguments ont été soulignés. Ces points positifs et négatifs ont souvent été mis en balance avec la contraception orale estroprogestative, qui reste actuellement le moyen de contraception le plus utilisé en France (B1,25-27 ; A48-49 ; R,58-60,63).

Par ailleurs un des médecins ajoute à cela que toute sa génération de médecins a davantage reçu une formation axée sur la pilule contraceptive plutôt que sur le DIU (L,551-552).

V.B.2.1- Une méthode efficace

Pour tous les médecins interrogés une première impression peut être d'emblée mise en avant, il s'agit d'un sentiment de satisfaction de ceux-ci pour cette méthode contraceptive (L,9-10 ; C,13 ; P,17 ; N,19 ; B,23,25 ; AM,33 ; A,47,53 ; R,61 ; J,67-68).

V.B.2.2- Une méthode réversible et de longue durée d'action

La longue durée d'action du système (J,74-75 ; AM,102 ; B,109 ; P,134-135 ; C,156-157) est rapidement énoncée.

En revanche, la réversibilité des DIU n'est pas un argument énoncé en premier car c'est sans doute un avantage déjà sous-entendu. Un médecin a tout de même tardivement souligné que ce système réversible permettait à la femme de retrouver une fertilité normale dès son retrait (C,358-360).

V.B.2.3- Le suivi médical annuel

Le suivi des patientes sous DIU se fait tous les ans, en l'absence de complications (J,75 ; C,157-158), ce qui en fait un suivi simple mais nécessaire. Cette consultation gynécologique annuelle est également l'occasion pour le médecin de refaire le point sur le suivi de base, le dépistage gynécologique (L,162-163).

Un des médecins a par contre souligné que parfois ce suivi annuel pouvait être une contrainte pour certaines femmes : elles oublient alors l'importance de cette visite et ne consultent finalement que tardivement, au bout de quatre ou cinq ans, au moment où il faudrait changer le DIU (C,155-157).

V.B.2.4- Une méthode sans contrainte

Les patientes porteuses d'un DIU sont à l'abri d'un oubli de leur contraception (A,49,93 ; R,79-80 ; AM,102-103 ; B,109 ; P,135 ; C,152). Elles n'ont pas besoin d'y penser (P,135), ce qui est assez confortable. Les médecins interrogés insistent sur cet avantage non négligeable dans le quotidien de la femme.

En effet les oublieuses de pilule ne sont pas rares et elles sont continuellement demandeuses de conseils à ce sujet (R,79-81). Quand les femmes sont de fréquentes oublieuses de pilule, elles finissent parfois par demander d'elles-mêmes la pose d'un DIU (C,151-152).

La simplicité de la sexualité est aussi mise en avant (A,93-94 ; B,107-108), les DIU n'entravant pas la spontanéité des rapports sexuels.

V.B.2.5- La simplicité de prescription

Pour les DIU au cuivre, la prescription possible en cas de contre-indication médicale aux contraceptifs hormonaux, est un argument de taille qui peut faciliter beaucoup de situations (A,95-97 ; AM,103 ; B,109-111 ; R,266-267 ; J,305-307,310-311).

Tous les DIU peuvent être prescrits aux patientes fumeuses (B,110-111,337-338 ; P,138-140 ; R,266-267 ; J,305-307), de plus en plus fréquentes dans la patientèle selon plusieurs médecins.

Par ailleurs, seulement deux médecins ont souligné l'absence d'interaction médicamenteuse entre les DIU et l'aspirine ou les anti-inflammatoires (AM,32 ; C,153-154), ce qui ajoute pourtant à la simplicité de prescription de cette contraception.

V.B.2.6- La diminution des ménorragies avec le système hormonal

En ce qui concerne le profil des saignements, l'arrivée du DIU hormonal est vue différemment d'une patiente à l'autre, comme un avantage pour certaines et comme un inconvénient pour d'autres (R,81-88 ; N,122-125 ; P,140-143). L'absence de règles peut également être vécue comme une perte de féminité (L,166). Les médecins soulignent alors que l'information préalable à la pose d'un tel système est nécessaire et indispensable à sa bonne acceptation (R,83-87,91-92 ; N,122-125 ; P,141 ; L,167-169). Cependant ce type de DIU représente bien un avantage quand il s'agit de traiter les anémies ferriprives (J,76-77 ; R,81-82 ; A,100-101 ; AM,105-106 ; P,140-143), que l'on rencontre parfois chez les femmes ayant des règles abondantes.

V.B.2.7- Une contraception d'urgence pour le système au cuivre

Les DIU au cuivre peuvent être proposés comme contraception d'urgence, dans les suites d'un rapport sexuel à risque de grossesse (N,20-22 ; B,24-25 ; P,135-136). Seulement deux des médecins disent l'avoir utilisé une fois en tant que tel (N,21-22 ; B,24-25).

V.B.2.8- La compatibilité avec la nulliparité

Quelques médecins soulignent que certains modèles de DIU sont désormais adaptés aux nullipares (AM,31-32 ; C,386-389).

Cependant il n'est pas encore facile pour la plupart des médecins interrogés de les conseiller aux jeunes patientes (A,249 ; R,264 ; B,331-332 ; N,347-349 ; P,352-353 ; L,365). Ces derniers ont gardé à ce propos leurs anciennes habitudes, à savoir que les DIU ne sont pas indiqués chez les nullipares ; et ceci bien qu'ils aient conscience que les choses ont actuellement évolué sur ce point (N,349-350 ; L,364).

V.B.2.9- La prescription dans le post-partum

Tous les types de DIU sont une bonne contraception du post-partum, même pour les femmes qui allaitent (N,187-189). C'est d'ailleurs souvent le cas des femmes musulmanes et immigrées africaines qui allaitent très longtemps, ce type de situation s'adapte donc tout à fait à la pose d'un DIU (N,188-189).

Ils peuvent aussi être posés dans les suites d'une césarienne, moyennant certaines précautions (C,458-460).

V.B.2.10- La prescription dans la périménopause

Le DIU est un moyen de contraception qui a une place importante dans la gestion de la périménopause (AM,105-106 ; J,308-310). En effet le fait d'avoir un DIU respecte le cycle naturel de la femme et permet de savoir si elle entre ou non en réelle ménopause, ceci tout en continuant de lui assurer une contraception efficace (C,158-160).

V.B.2.11- Le respect du cycle hormonal pour les DIU au cuivre

Les DIU au cuivre permettent de respecter le cycle hormonal naturel de la femme (P,136-138), ce qui signifie entre autres que leur libido n'est pas altérée (C,152-153).

Il faut noter cependant que les femmes n'ont pas toujours pleinement intégré leur contraception, et qu'il n'est pas rare d'observer chez certaines des baisses de la libido, dues simplement au fait qu'elles se savent non fécondes (A,175-177).

V.B.2.12- Le faible coût des DIU au cuivre

Les DIU au cuivre sont un des moyens contraceptifs les moins coûteux, et a fortiori depuis que les laboratoires en ont baissé les prix. Ils sont de plus en partie remboursés par la Sécurité Sociale (N,515-517).

V.B.3- LES ARGUMENTS MEDICAUX BLOQUANT LA POSE DES DIU

V.B.3.1- Les hyperménorrhées et les douleurs pour les systèmes au cuivre

Les DIU à base de cuivre ont pour principaux inconvénients le fait d'être souvent responsables d'hyperménorrhées (J,76-77 ; A,99-100 ; AM,104-105 ; P,140-141 ; L,376-377) et de douleurs (A,100 ; L,377). Les médecins interrogés sont nombreux à insister sur ces effets secondaires fréquents, comme pour souligner le grand nombre de patientes qui en souffrent.

V.B.3.2- Le risque de grossesse

Le risque de grossesse sous DIU est réel (N,132-133 ; P,145-146), qu'elle soit intra ou extra utérine. Il semble s'agir de situations non habituelles mais cependant déjà vécues par quelques médecins.

V.B.3.3- Le risque d'infection

Les cas d'infections sur DIU sont de moins en moins fréquents (A,52-53 ; P,143-144). Le fait que seulement deux des médecins le soulignent montre également qu'il s'agit d'incidents rarement rencontrés.

Pour témoigner de l'amélioration des DIU actuels, une comparaison est même faite avec les systèmes anciens tels que le *Dalkon Shield*® (A,50-52).

La fréquence plus importante des cervicites chez les utilisatrices de DIU est citée, en comparaison avec la population générale (A,178-179), ceci restant rare cependant (P,181-183).

V.B.3.4- Le risque d'expulsion et de perforation

Le problème des expulsions est rapidement évoqué (B,112-113 ; C,185), ces cas sont actuellement reconnus comme étant de moins en moins fréquents.

On retrouve également la notion de possibles perforations utérines, désormais dues à des accidents dits exceptionnels (A,499).

V.B.3.5- Le coût élevé des DIU hormonaux

Le coût élevé des systèmes hormonaux est aussi mis en avant (N,517). Selon un des médecins, il pourrait bien être entretenu par les laboratoires pharmaceutiques dans le but de promouvoir ces dispositifs comme étant plus modernes (N,519-520).

V.B.4- LA PRATIQUE DES MEDECINS

V.B.4.1- Les habitudes de chacun

Parmi les neuf médecins interrogés, quatre d'entre eux posent régulièrement des DIU et cinq n'en posent pas ou plus depuis plusieurs années.

Ceux qui les posent y voient un avantage puisqu'ils présentent les DIU au même titre que les autres moyens de contraception, sans en faire une contraception plus complexe qui relèverait du domaine du spécialiste (C,11-12 ; P,14-15,215-216).

En revanche, les médecins qui ne les posent pas peuvent se sentir désavantagés (P,218-219 ; A,429-434). En effet le temps qui se passe entre la consultation d'information et de prescription et celle de la pose, qui plus est avec un autre médecin que l'informateur, peut être vu comme une difficulté. Ce temps est ainsi vécu comme une période de réflexion, ou une démarche supplémentaire, pouvant amener dans ces deux cas la femme à changer d'avis. Un des médecins a également émis l'hypothèse que la femme pouvait, suite à la pose du DIU par un de ses confrères, fuir sa clientèle pour préférer assurer son suivi gynécologique avec le médecin « poseur » (P,217-219).

Pour les autres, le fait de ne pas poser de DIU n'est pas un inconvénient puisqu'ils assurent l'information et le suivi, adressant simplement leurs patientes vers des collègues généralistes ou gynécologues pour la pose (B,23-24 ; AM,34 ; R,271-275 ; J,439-441).

V.B.4.2- L'information faite à la patiente

Les médecins interrogés sont unanimement favorables aux DIU.

Lors d'une première consultation de contraception, certains vont prendre le temps d'énumérer aux patientes les principaux avantages et inconvénients des différentes méthodes actuellement disponibles, ils présentent alors les DIU au même titre que les autres méthodes (AM,29,240-241 ; P,207-208). D'autres vont s'attacher d'emblée à la demande de la femme pour orienter leur information (N,220-222 ; R,265-266,276-277,280-281 ; B,509-511).

Puis, lorsque le choix de la patiente s'oriente vers le DIU, la plupart des médecins poursuivent par une présentation plus détaillée de celui-ci et de sa technique de pose. Pour cela, certains utilisent un DIU et un utérus de démonstration (L,196-197 ; C,201 ; P,208-209 ; AM,241-242), d'autres choisissent l'utilisation de schémas explicatifs (N,223 ; B,238-239). Il existe désormais également des CD de démonstration d'une durée de quelques minutes et qui mettent l'accent sur la simplicité du geste (P,563-566).

Le but de ce type d'information est de montrer qu'il s'agit d'un système de petite taille, de poids insignifiant, et que la pose est un geste simple et rapide (L,198).

Un détail simple peut également rassurer les patientes : bien que la boîte vendue en pharmacie et contenant le dispositif soit grande, le DIU est au contraire de petite taille (N,224-225).

V.B.4.3- La prescription

Pour la majorité des médecins interrogés, la prescription d'un DIU relève avant tout du choix de la patiente ou du couple (B,117-118 ; L,199-200 ; C,205-206,545-546 ; A,247-249 ; R,280-281,318,492-493 ; AM,328-329). Le médecin se doit alors d'être le plus neutre possible au cours de son information (L,364).

Cependant lorsqu'il existe une contre-indication médicale à l'utilisation d'une méthode, la plupart des médecins sont plus incitatifs dans le choix du moyen contraceptif (L,167-168,361,365 ; B,231-232,236-238 ; A,246,249-250 ; AM,329-330 ; B,333,335-336,337-338 ; N,342-343,345-346 ; P,351 ; C,356) que d'autres (R,312-318). L'incitation si elle a lieu se fait cependant sur un mode relationnel, il faut que la patiente soit d'accord avec l'indication thérapeutique. Cette incitation prend parfois une grande importance dans l'information, « je suis avant tout médecin » (A,325-326).

Dans presque tous les cas où il s'agit d'un changement de méthode contraceptive, il n'y pas d'urgence à poser un DIU (L,380-383 ; J,478-481). C'est pourquoi plusieurs consultations informatives préalables à la prescription peuvent être nécessaires à la réflexion de la femme ou du couple, pour les amener finalement à une prise de décision éclairée. Même si le résultat est finalement identique, c'est toujours mieux accepté que d'imposer d'emblée un moyen de contraception donné. Il s'agit là encore d'un travail d'éducation et d'information (J,478).

V.B.4.4- Les problèmes techniques déjà rencontrés

Un des médecins s'est récemment trouvé face à une pose difficile (AM,35) et suppose que cela arrive moins fréquemment aux personnes expérimentées.

Cependant, les nouveaux DIU semblent plus faciles à poser et plus stables in utero (A,49-51,496-497).

La technique de retrait des DIU est par contre globalement considérée comme un geste très simple (A,260 ; N,344 ; L,367-368).

V.C- LES REPRESENTATIONS DES PATIENTES ET LES SOLUTIONS APORTEES PAR LEURS MEDECINS

Pour l'analyse de ces représentations, nous mettons en écriture « normale » les craintes des patientes rapportées par leurs médecins, suivies en « italique » des réponses proposées par ceux-ci face à de telles situations.

Les difficultés rencontrées au moment de l'information sont essentiellement liées aux interrogations des patientes ou des couples, à leurs propres représentations des DIU. Les médecins s'accordent à penser que leur rôle est d'essayer d'y répondre le plus clairement possible (L,199 ; C,201-202 ; P,209-210,406-407 ; N,220-222 ; AM,240,242-243 ; A,252,259 ; J,283-284,289). Ces questions sont souvent la conséquence directe de la mauvaise réputation de ce type de contraception au sein même de la population (P,390-395 ; J,284-285,451 ; N,130-131).

Les représentations des patientes face aux DIU sont en effet diverses et variées.

V.C.1- LA CRAINTE D'UNE GROSSESSE

La peur d'une grossesse sous DIU est généralement la crainte énoncée en premier. A entendre les patientes, il y a beaucoup de femmes dans leur entourage, leurs connaissances qui sont tombées enceintes malgré le port d'un DIU (N,130 ; J,284,451 ; L,373-374 ; P,395-396 ; B,420).

Pour un des médecins, c'est le principal frein émis par les femmes (J,452-453) mais c'est aussi un des plus simples auquel faire face car c'est bien d'efficacité des DIU dont il est ici question (C,202 ; B,422).

Pour y remédier, une solution simple est de leur présenter des chiffres statistiques (L,375) ou de faire un comparatif avec la pilule estroprogestative (C,202-203 ; B,419-421). Il est aussi possible d'essayer de les faire réfléchir sur l'attitude qu'elles adopteraient si elles se trouvaient dans cette situation (P,396-398). Nous pouvons aussi supposer que les femmes sont désormais mieux informées, grâce aux médias entre autres (J,453), et il s'agit alors de revenir sur les arguments qu'elles ont déjà lus ou entendus.

V.C.2- LES MODIFICATIONS DU PROFIL DE SAIGNEMENT

Les différents profils de saignement font également partis des préoccupations des femmes (N,120 ; L,166 ; C,203-204 ; P,210-211,398-399 ; L,377-378), et cela est bien justifié puisqu'il est question de leur vie quotidienne.

Les possibles hypoménorrhées ou hyperménorrhées réactionnelles aux différents DIU sont vécues pour certaines comme un effet secondaire négligeable et pour d'autres comme un désavantage majeur. L'aménorrhée du système hormonal éveille d'ailleurs beaucoup d'interrogations, et notamment sur la probabilité d'une grossesse (L,166,378-379 ; P,211,403).

Une première solution serait de les faire réfléchir sur l'impact qu'une telle modification aurait sur leur vie, éventuellement dans un but de dédramatisation (C,205).

Parfois, l'angoisse d'une possible grossesse en cas d'aménorrhée avec le DIU hormonal n'est pas toujours facile à lever (L,379). Un des médecins pense qu'il est alors important de leur ré-expliquer la physiologie de la femme (P,212-215,403-406).

V.C.3- LA CRAINTE DE LA POSE

Les douleurs au moment de la pose (A,259,429 ; J,288 ; AM,294 ; L,377 ; N,408 ; C,540-541) et les difficultés d'insertion (J,288 ; N,408) sont des réticences à l'acceptation du système. Malgré tout, les poses sont le plus souvent peu douloureuses (A,260). Cependant la pose du système hormonal qui possède un diamètre d'inserteur plus important est sensiblement plus douloureuse, et peut nécessiter une dilatation préalable du col (AM,294-295). Il peut également exister quelques douleurs dans les jours suivants la pose (AM,296).

Des antalgiques peuvent être systématiquement prescrits pour pallier cet inconvénient (AM,297 ; N,298-299,410-412). Le fait de savoir que le DIU peut être posé par son médecin traitant lui-même au cours d'un examen gynécologique à son cabinet peut aussi avoir un effet bénéfique sur cette crainte (N,412-417).

V.C.4- LA CRAINTE D'UNE INFECTION

La crainte d'une infection sur DIU par la patiente a été peu énoncée au cours de la discussion (C,386). Cette inquiétude, quasi inexistante sur le plan médical selon un des médecins (A,51-53), semble cependant très fréquemment rencontrée dans les inquiétudes des femmes.

V.C.5- LA CRAINTE DE LA STERILITE

La question de l'éventuelle stérilité réside encore de nos jours chez quelques rares patientes (L,454-455).

Face à cette situation, le médecin doit rassurer la patiente, lui expliquer l'absence de lien sémantique entre les termes « stérilet » et « stérilité », malgré la ressemblance orthographique entre ces deux mots (L,456-457).

V.C.6- LA CRAINTE D'UN CORPS ETRANGER

La notion de corps étranger intra-utérin (B,116 ; N,129 ; L,166 ; AM,243) et l'appréhension de la femme sur sa propre sexualité (R,88-89) sont également des arguments rencontrés.

Il faut là encore s'accorder à rassurer la femme, ne jamais imposer un DIU (B,117-118 ; L,167-169). Un bon moyen de résoudre cette crainte est aussi de lui présenter un DIU en taille réelle (AM,241-242).

V.C.7- LA CRAINTE D'UNE GÊNE POUR LE PARTENAIRE

La crainte d'une gêne du partenaire au cours des rapports sexuels est très fréquemment citée par la femme ou le couple (R,89 ; N,226-227 ; J,286-287 ; P,400).

Il faut avant toute chose les rassurer (N,227-228) en leur expliquant la place du système dans l'anatomie féminine. Les fils normalement coupés se logent spontanément dans le cul de sac vaginal et ne peuvent être sentis par le partenaire (P,401-403), cela tient souvent du « fantasme » (P,403).

V.C.8- LA CRAINTE D'UNE PRISE DE POIDS

La crainte d'une prise de poids avec les DIU hormonaux est aussi une des grandes préoccupations des patientes d'aujourd'hui (B,113-114 ; P,212-213 ; A,252-253). Cette prise de poids est souvent mise en relation avec l'aménorrhée parfois obtenue, puisque aménorrhée éveille dans certains esprits les périodes de grossesse ou de ménopause (P,213-214). La question du poids prend de plus en plus une place essentielle dans la vie des femmes (B,114 ; A,252-253).

Cette inquiétude se résout à nouveau à force d'explications sur la physiologie des règles (P,214-215) ou en rassurant la patiente (A,253).

V.C.9- LE REFUS D'UNE METHODE HORMONALE

Certaines patientes sont « anti-hormones », c'est-à-dire que pour des convictions personnelles ou à cause d'une mauvaise expérience liée à une prise hormonale, elles refusent toute contraception à base d'hormones.

Le DIU au cuivre est donc tout à fait acceptable pour ces femmes (J,445-447).

V.C.10- LE REFUS D'UNE METHODE ABORTIVE

Certaines patientes, pour des raisons personnelles ou religieuses, refusent la pose d'un DIU, pensant qu'il s'agit d'une méthode abortive (AM,423-424 ; J,447-448).

Face à cette opposition, un des médecins s'est senti dans une impasse, ne sachant pas comment soulever ce frein (AM,425-426). Selon un autre, il suffirait d'expliquer à la patiente le mécanisme d'action des DIU modernes (J,449-450).

V.C.11- L'IMPACT DES RELIGIONS

Quelques uns des médecins interrogés n'ont pas omis de signaler le frein que certaines religions pouvaient encore de nos jours avoir sur les décisions de la femme ou du couple en matière de contraception.

V.C.11.1- Le cas de la religion musulmane

La religion musulmane étant peu encline à la contraception, les DIU ont parfois été prescrits aux femmes musulmanes sur leur demande et à l'insu de leur mari (N,126-129). Ceci peut être cependant mal vécu par ces femmes car cela nécessite pour elles à la fois d'utiliser une méthode contraceptive en désaccord avec leur religion, et de mentir à leur conjoint. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir ces patientes finalement non satisfaites, leur mari ne comprenant pas ou ne les respectant plus du fait qu'elles n'enfantent plus (A,174-175).

Et quand la femme en discute avec son mari, il peut aussi s'opposer d'emblée à la pose d'un DIU (A,465-466). Cette opposition masculine se rencontre non seulement dans la religion musulmane mais également chez de nombreux autres couples.

V.C.11.2- Le cas de la religion catholique

Certaines patientes catholiques rejettent l'utilisation d'une méthode contraceptive qui aurait une action abortive (AM,424 ; L,467-468). Les DIU gardent parfois leur étiquette de méthode dite abortive et les femmes le refusent de ce fait.

En ce qui concerne l'éventualité d'une campagne d'information promouvant les effets bénéfiques des DIU, la religion catholique joue là encore un rôle dans le sens où elle est la base de notre culture et qu'il est difficile de changer certaines de ses opinions. Il est ainsi souligné la difficulté de mise en place d'une telle campagne dans notre société (L,555-558), trop de tabous demeurant présents (P,560-562).

V.C.12- UNE METHODE RINGARDE

Deux médecins s'interrogent sur le fait que le DIU pourrait être considéré par certaines femmes comme une méthode contraceptive dite « ringarde », en comparaison des autres (R,464 ; N,520-522). Cela pourrait également bien être le cas des dispositifs au cuivre par rapport aux systèmes hormonaux, compte tenu de leur faible coût (N,519-520).

Dans la société actuelle, la pilule contraceptive garde malheureusement toujours sa place prédominante dans le choix des femmes (R,463).

V.D- PERSPECTIVES POUR UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE

V.D.1- FAIRE AU DEPART UNE INFORMATION COMPLETE

Deux des médecins pensent qu'il faudrait revoir l'information faite par les professionnels de santé eux-mêmes au cours de la première consultation pour demande de contraception (B,510-513 ; L,549-551,553-554).

C'est au cours de cet entretien que doivent être détaillées toutes les méthodes contraceptives actuellement disponibles, et même si la femme vient dans une demande précise. Cette consultation permet ainsi aux femmes de faire un choix éclairé, de connaître les autres méthodes et de savoir qu'il existe autre chose si la méthode choisie antérieurement s'avérait inadaptée (B,511-512). Enfin, cette première approche doit rester neutre et uniquement informative, aucune sorte d'incitation ne doit y transparaître (L,554).

Quand il est question de DIU, il est important de présenter le système en taille réelle, de faire une démonstration de la pose (P,529-533), dans le but de souligner la simplicité et la rapidité du geste.

V.D.2- LAISSER DU TEMPS A LA PATIENTE POUR CHOISIR

Deux des médecins interrogés s'accordent pour insister sur le fait que la prescription d'une nouvelle contraception n'a généralement pas de caractère d'urgence et qu'il ne faut donc pas se précipiter. Le choix d'une méthode contraceptive ou un changement de méthode implique de la part du médecin tout un travail d'éducation et d'information de la patiente et du couple (J,487-488 ; C,545-546). Ce travail se fait sur plusieurs consultations successives. Au cours de cette période est maintenue une contraception efficace, orale par exemple (J,485-486 ; C,544). Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on confronte le choix de la femme avec d'éventuelles contre-indications médicales (J,482-483).

V.D.3- AMELIORER L'APPRENTISSAGE DES MEDECINS

La formation des médecins mériterait d'être améliorée. Il faudrait enseigner aux futurs médecins généralistes que la pose des DIU est un geste simple qui appartient à leur domaine de compétences, contrairement à ce qui était dit avant où cela relevait du domaine du spécialiste (P,534-536).

Selon un des médecins, cette amélioration des pratiques ne peut se faire que si les médecins décident eux-mêmes de progresser (N,525-528). Malheureusement, les jeunes médecins n'osent souvent pas poser des DIU. Le message est alors tout simplement qu'« il faut oser » (N,528).

Selon un autre, une solution serait de pouvoir accompagner des médecins expérimentés pour apprendre ou réapprendre la technique afin d'être plus à l'aise (dans des centres de planification, auprès de gynécologues ou généralistes expérimentés...) (AM, 504-507).

Enfin, les laboratoires pharmaceutiques tentent à leur niveau de contribuer à l'apprentissage des techniques de pose en offrant aux médecins intéressés des CD, des utérus et des DIU de démonstration pour apprendre le geste (P,530-533,564-565).

V.D.4- DEVELOPPER DES CAMPAGNES D'INFORMATION GRAND PUBLIC

Une information grand public telle qu'une campagne promouvant les bénéfices des DIU serait une excellente solution pour améliorer l'image de ce moyen contraceptif au sein de la population générale (A,500,502-503). En effet les réticences des patientes sur ce type de contraception sont les freins majeurs à sa prescription.

V.D.5- CREER UN DIU IDEAL

Un des médecins fait une ouverture intéressante concernant l'amélioration des techniques en émettant l'hypothèse d'un dispositif intra-utérin idéal. Il aurait pour effet de respecter l'abondance normale des règles, un intermédiaire donc entre les systèmes au cuivre et hormonaux (N,120-121).

Il a été finalement question de s'interroger sur ce que pourrait amener l'industrie pharmaceutique comme innovation supplémentaire en matière de DIU : des facilités de pose ? une meilleure tolérance ? (A,494-496).

V.E- ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE

V.E.1- LES MEDECINS INTERROGES

Du point de vue de l'animateur comme des médecins interrogés, l'entretien de groupe s'est bien déroulé, dans une ambiance conviviale et détendue. Chacun s'est exprimé à son tour, la prise de parole s'est faite de manière équilibrée entre les différents participants. Il n'y a pas eu de personne leader entraînant le groupe dans une direction, au contraire chacun a pris son tour de parole et a même pu revenir sur celle des autres.

Il y a eu peu de contradictions dans les différents propos, et davantage de compléments d'information ou de rebondissements sur ce qu'ont dit les confrères. Une certaine harmonie dans les connaissances et les pratiques a pu se dégager de cet entretien.

Le fait de savoir à l'avance que cet entretien constituerait une base pour un travail de recherche de médecine générale a certainement motivé la richesse des informations transmises par chacun et le souci d'être entendu de tous.

Par ailleurs, le fait que quelques médecins, dont l'animateur, appartenaient au département de médecine générale et se connaissaient bien a sûrement autorisé quelques familiarités entre eux dans leurs propos, et peut être également de la retenue dans les arguments plus personnels.

V.E.2- LES OBSERVATRICES

Du point de vue des observatrices, bien que la discussion ait été riche, il a semblé manquer un peu de vie au groupe, notamment dans l'enthousiasme de la discussion. Les paroles ont été énoncées en générale de façon posée et laissant transparaître peu d'émotions.

Cependant, peu de silences ont été observés ; cela signifie que tous avaient à dire sur le sujet, que les arguments sont venus de manière relativement spontanée. Tous les participants ont semblé être à l'aise pour exprimer librement leur opinion.

La répartition mixte de notre groupe a aussi permis quelques « clins d'œil » entre individus de même sexe, notamment sur les propos de N (N,121,414). Elle a effectivement été particulièrement à l'aise au cours de la discussion, n'oubliant pas de citer des petites anecdotes parfois personnelles, qui ont fait sourire l'assemblée (N,132,350). Ces clins d'œil et sourires ont été les seuls éléments retenus par les observatrices et non enregistrés par la bande audio.

Nous avons par ailleurs remarqué que AM et P parlaient également sincèrement, livrant facilement des difficultés rencontrées au cours de leur pratique (AM,35,426 ; P,218-219), et cherchant ouvertement des solutions à celles-ci.

De même, A s'est trouvé très à l'aise avec le sujet, nous offrant quelques anecdotes historiques (A,38-40) voire personnelles (A,37,43,53).

Il nous a semblé au contraire que R s'exprimait moins librement sur la fin de l'entretien (R,493) ou de façon plus convenue qu'au début de la séance.

Enfin, chacun a respecté et pris en compte la parole de l'autre. Il n'y a pas eu de jugement sur l'opinion des uns ou des autres. Ces éléments ont contribué à faciliter l'analyse du contenu de cet entretien.

V.F- LES LIMITES DE L'ANALYSE

La méthode utilisée comporte certaines limites. Elles concernent notamment le recrutement des médecins.

Il aurait été intéressant de pouvoir sélectionner des médecins ne se connaissant pas et donc non amenés à se rencontrer de nouveau, ceci afin de les laisser plus libres de s'exprimer sur le sujet et d'éviter le biais lié au recueil de pensées intimes. En effet six d'entre eux sont maîtres de stage pour les internes, ce qui signifie qu'ils sont amenés à se rencontrer. Ils sont également plus susceptibles d'être informés des nouvelles connaissances médicales. Par ailleurs trois des médecins sont rattachés au département de Médecine Générale et connaissent donc déjà ce type d'entretien collectif, ce qui a pu constituer un autre biais, une inégalité dans la technique et peut-être dans la prise de parole par rapport aux nouveaux initiés.

Les médecins généralistes recrutés exercent tous dans la région nantaise, il n'existe donc pas de disparité régionale dans les pratiques médicales, ni dans les caractéristiques de leurs patientes.

On aurait également pu élargir le recrutement à des professionnels de santé d'horizons plus diversifiés, tel que des personnes travaillant en centre de planification familiale, des médecins gynécologues, des sages-femmes, des infirmières conseillères en contraception...

Par ailleurs, le choix de l'animateur aurait pu également être plus anonyme en sélectionnant une personne ne connaissant pas les participants, avec pour objectif une expression plus libre et moins retenue de chacun. Malheureusement il n'est pas évident de trouver des enseignants formés à cette technique d'animation.

Une autre limite tient au fait qu'un seul entretien de groupe a été réalisé. Il aurait fallu en organiser plusieurs et les confronter entre eux pour être conforme avec la technique des entretiens de groupe et rendre les résultats plus fiables. Cependant devant la difficulté rencontrée à constituer un groupe de médecins généralistes intéressés et disponibles pour une réunion collective en dehors de leurs lourds horaires de travail, nous avons décidé de nous en tenir à ce groupe unique.

En outre, afin d'enrichir l'analyse, nous aurions pu organiser un groupe de discussion composé uniquement de patientes, porteuses ou non d'un DIU. Cet entretien aurait ainsi pu nous renseigner sur la connaissance des patientes et leurs représentations directes. Nous aurions aussi pu connaître la manière dont elles ont reçu de leur médecin l'information contraceptive et ce qu'elles en ont pensé. Finalement elles auraient pu nous donner des pistes personnelles sur la façon dont elles concevraient une information efficace concernant ces DIU. Cependant cette enquête autour de la femme se serait inscrite au sein d'une problématique différente de l'objet de notre étude et en constituerait davantage une ouverture qu'un complément.

DISCUSSION

VI- DISCUSSION

VI.A- LES MEDECINS FACE AUX DIU

VI.A.1- LE TERME DIU

Le terme DIU pour Dispositif Intra-Utérin est la nouvelle dénomination des stérilets. Ce terme beaucoup plus neutre et sans aucune connotation de sens devrait avoir déjà remplacé le mot stérilet dans le langage courant des Français.

La dénomination « stérilet » est en effet désormais à abolir de notre langage. Elle suggère à tort la stérilité, et cette notion reste en conséquence dans l'esprit de nombreuses personnes. Or nous savons à l'heure actuelle que ces dispositifs ne rendent pas stérile ; et même l'éventualité d'une grossesse, quoique très faible, n'est pas totalement écartée par leur présence dans l'utérus.

« Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3) » [20 et annexe 2].

Par l'analyse de notre entretien collectif, nous pouvons malheureusement déplorer le fait que les médecins généralistes eux mêmes n'utilisent pas ce terme. Ils ne sont pas à l'aise avec cette dénomination qui leur semble complexe à la fois pour eux mais aussi vis à vis de leurs patientes. Pour certains d'entre eux, l'utiliser représenterait un obstacle à la bonne compréhension de l'information contraceptive par la femme ou le couple.

Cet argument est intéressant mais de même qu'il faut informer et éduquer ses patients, il faut également les tenir au courant des nouvelles recommandations ; et c'est bien de cela dont il est ici question.

« J'aimerais que le mot « stérilet » soit remplacé par celui de DIU (Dispositif Intra-Utérin) comme c'est le cas dans tous les pays au monde » souligne David Serfaty, médecin gynécologue français et Président de la Société francophone de Contraception [37]. En anglais, il est nommé IUD pour « IntraUterine Device » depuis déjà longtemps.

Nous n'utiliserons donc plus que le terme DIU dans la suite de cette discussion.

VI.A.2- LES ARGUMENTS MEDICAUX FACILITANT LA POSE DES DIU

Parmi les nombreux avantages des DIU, les médecins généralistes soulignent en premier lieu le fait qu'il s'agisse d'une méthode de contraception efficace, réversible et de longue durée d'action. Ce sont des critères importants qui font la définition même de cette contraception, une méthode contraceptive de première intention.

VI.A.2.1- Une méthode efficace

C'est un moyen contraceptif sûr, c'est-à-dire que tous les DIU « sont considérés comme toujours très efficaces » [20].

Cette efficacité s'explique par leur propre mécanisme d'action.

L'effet contraceptif des DIU actuels réside à la fois dans leur forme ou le fait qu'ils occupent l'utérus, et dans les substances contraceptives qu'ils délivrent. Quand un corps étranger est dans l'utérus, il se produit avant tout des changements anatomiques et biochimiques : l'endomètre réagit en libérant des globules blancs, des enzymes et des prostaglandines ; ces réactions endométriales semblent empêcher la migration des spermatozoïdes. Les DIU empêchent ainsi la grossesse en inhibant la capacité des spermatozoïdes à survivre et à migrer dans les trompes de Fallope, où se produit la fécondation. Par ailleurs, ces mécanismes sont également responsables d'un retard de maturation de l'endomètre, créant un milieu utérin néfaste à toute nidation [31].

Dans le cas d'un DIU au cuivre, le mécanisme décrit est renforcé. Les ions cuivre ont un effet direct sur la mobilité des spermatozoïdes, affectant la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale. Cette action provoque ainsi l'altération des spermatozoïdes et peut-être aussi des ovules, empêchant finalement la fécondation [7].

Dans le cas des DIU hormonaux, le lévonorgestrel, libéré en quantité infinitésimale, agit comme tous les progestatifs. Il épaissit les sécrétions de la glaire cervicale, ce qui « emprisonne » les spermatozoïdes et les empêche de passer dans l'utérus. Il diminue l'épaisseur de la muqueuse utérine, ce qui, en accord avec la réaction à corps étranger, contribue à la rendre impropre à l'implantation d'un ovule fécondé [7]. Par ailleurs, le SIU au LNG introduirait l'expression d'une glycoprotéine endométriale qui inhibe la liaison spermatozoïde-ovule pendant la période fertile de milieu de cycle, période où cette protéine est habituellement absente [13].

En terme de chiffres, les DIU à base de cuivre ont un taux d'échec de 0,6 % la première année, ce même taux cumulé sur sept ans est de 1,4 pour 100 femmes [7]. Pour le DIU hormonal, le taux d'échec est de 0,1 % la première année et de 1,1 % sur sept ans [7]. Ce dernier assure donc une efficacité contraceptive très bonne, proche de 100 % et donc comparable à celle d'une pilule estroprogestative prise dans des conditions optimales (indice de Pearl² de 0,1 dans ce cas seulement [20]).

D'autre part, les données de l'étude anglaise Cochrane de 2001 [21], confirmées en 2004 [21], ne montrent pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre de surface > 250 mm² et le DIU au lévonorgestrel. L'Anaes, l'Afssaps et l'Inpes se sont basés sur ces résultats pour établir leurs recommandations communes quant aux efficacités comparées des différents DIU.

Toutefois une étude française récente [22] ferait ressortir un net avantage pour le DIU hormonal. A eux seuls, ces résultats ne remettent pas en question ces recommandations.

² L'Indice de Pearl permet de mesurer l'efficacité des méthodes de contraception. Il est calculé en divisant le nombre de grossesses accidentelles par le nombre de mois d'utilisation de la méthode contraceptive concernée et en multipliant le résultat par 1200 (la femme a environ 12 cycles par an). Cela correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée pendant un an. Selon cet indice, la probabilité mensuelle d'un événement demeure constante dans le temps, ce qui ne correspond pas à la réalité.

VI.A.2.2- Une méthode réversible

La réversibilité du système est parfaitement avérée. Le retour à la fertilité après retrait du DIU est excellent et rapide.

« Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception suite au retrait du DIU sont plus élevés que pour l'utilisation des seules méthodes barrières mais semblent comparables à ceux observés pour la contraception orale, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 2) » [20 et annexe 2].

Le retour à la fertilité après le retrait du DIU-LNG se fait de la même manière qu'avec un DIU au cuivre [13,14].

VI.A.2.3- Une méthode de longue durée d'action

La durée d'efficacité des DIU actuellement disponibles en France est théoriquement entre trois et dix ans selon les modèles. Les essais cliniques montrent d'ailleurs que les DIU au cuivre les plus communs restent efficaces pendant au moins cinq ans et que beaucoup le sont même plus longtemps [17].

Il faut néanmoins changer de DIU en respectant les durées d'utilisation validées par le fabricant et mentionnées dans le dictionnaire *Vidal*, sauf dans quelques cas particuliers tels que la périménopause (cf paragraphe VI.A.2.12).

La principale raison est que le dispositif perd de son efficacité avec le temps. Concernant les DIU au cuivre, on ne retient plus l'idée qu'ils peuvent se calcifier et perdre alors de leur pouvoir anticonceptionnel. Par contre, leur efficacité est diminuée par la disparition progressive du cuivre puisque l'on voue à ce métal un rôle spécifique dans l'absence de grossesse. De la même façon, la résorption progressive du lévonorgestrel est susceptible de diminuer l'action sur la glaire et l'endomètre des DIU-LNG [17].

VI.A.2.4- Un suivi médical annuel

Comme l'ont souligné les médecins de notre focus group, le suivi médical des patientes porteuses d'un DIU est simple, puisqu'une seule visite annuelle est nécessaire. C'est un argument essentiel pour le confort de la patiente, mais c'est aussi une consultation importante qui doit être respectée pour assurer une surveillance correcte du DIU et un suivi gynécologique de dépistage.

Une première visite est programmée de un à trois mois après la pose, et généralement après les règles. « L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne » [20]. La longueur des fils est alors également contrôlée.

Par la suite, et en dehors de problèmes particuliers, une consultation annuelle est simplement recommandée. L'objectif de ces consultations est alors de connaître le vécu de la patiente par rapport à sa contraception et de vérifier cliniquement l'absence de problèmes.

Beaucoup de femmes apprécient ce moyen de contraception du fait de cette surveillance simple, une fois le dispositif en place [23].

Le Docteur Martin Winckler, médecin et spécialiste en matière de contraception, souligne d'ailleurs que « les utilisatrices de DIU ont souvent l'esprit si tranquille qu'elles en oublient leur consultation annuelle » [16].

VI.A.2.5- Une méthode sans contrainte

Les femmes sous DIU sont à l'abri des oublis, cette contraception permet ainsi une certaine liberté dans leur vie sexuelle. Elle offre un grand confort pour la patiente et le couple.

Lorsque le DIU est bien toléré (et le plus souvent c'est le cas) la femme l'oublie et, avec lui, les angoisses de grossesse [16].

C'est un argument fort, exposé par le médecin généraliste au moment d'informer sa patiente sur les DIU, et notamment quand celle-ci est sujette à des oublis fréquents dans sa contraception. L'efficacité des DIU est indépendante du rythme de vie, au contraire de la contraception orale dont les échecs sont liés aux aléas de la vie qui pèsent chaque jour sur les utilisatrices.

« Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance » [20].

VI.A.2.6- La simplicité de prescription

Les DIU n'ont pas d'effet sur les constantes biologiques de l'organisme.

Dans le cas des systèmes hormonaux, sachant que les effets du lévonorgestrel sur la fonction ovarienne sont doses-dépendants, les doses plasmatiques sont souvent trop faibles pour induire un blocage de l'ovulation. Globalement, la plupart des utilisatrices (85 %) continuent d'ovuler normalement [14]. L'ovulation étant ainsi souvent préservée, les effets systémiques sont faibles.

Ainsi, dans les situations à risque cardio-vasculaire où la contraception estroprogestative est contre-indiquée, il est toujours possible de mettre en place un DIU (au cuivre ou hormonal). C'est le cas des patientes fumeuses et âgées de plus de 35 ans, des femmes migraineuses avec signes neurologiques focaux, des patientes ayant un antécédent d'hypertension artérielle, des femmes diabétiques avec complications vasculaires, des patientes dyslipidémiques [20].

Dans de telles situations, « le DIU au cuivre peut être utilisé sans restriction (hors contre-indication) et constitue donc la méthode recommandée en première intention » [20]. Cette simplicité de prescription est très intéressante pour les médecins généralistes et leur permet de discuter facilement de DIU avec leurs patientes.

Un autre argument est essentiel : les DIU n'entraînant pas de modifications du métabolisme des glucides et des lipides, ils n'ont pas d'effet sur le poids des patientes. Par ailleurs, une étude menée sur 12 ans d'utilisation a démontré que le gain de poids chez les patientes sous SIU-LNG comparé à celles sous DIU au cuivre était identique [14].

VI.A.2.7- L'absence d'interaction médicamenteuse

Il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les DIU.

Il n'y a donc pas lieu de contre-indiquer les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les femmes porteuses d'un DIU. Cette contre-indication qui n'a d'ailleurs existé qu'en France et dans aucun autre pays, était basée sur des études comportant beaucoup de biais et notamment sur l'hypothèse que l'action contraceptive des DIU était uniquement la conséquence d'une micro-inflammation locale de l'utérus, action qui risquait d'être annulée par l'administration d'anti-inflammatoires.

La revue *Prescrire*, qui fait référence en matière d'information indépendante sur le médicament, a publié le communiqué suivant : « Contraception : pas d'interaction établie entre AINS (anti-inflammatoire non stéroïdiens) et stérilet [...] Les informations officielles des différents stérilets disponibles sur le marché français sont plutôt rassurantes : il n'y est pas fait mention de précautions avec les AINS, ni même avec les corticoïdes. On ne retrouve pas non plus de précautions dans l'équivalent américain du Dictionnaire *Vidal*, ni dans les ouvrages de référence britanniques sur les médicaments. Il semble s'agir en fait d'une hypothèse ancienne selon laquelle le mécanisme d'action des stérilets passerait par un effet inflammatoire local dans l'utérus, effet que les AINS pourraient diminuer. Certes, une étude sur 1434 femmes a suggéré en 1989 un effet défavorable de l'aspirine sur l'efficacité du stérilet. Mais cette étude était de faible qualité et elle n'a rien montré de tel avec les autres AINS ou les corticoïdes. Aucun autre travail probant n'est venu depuis étayer cette thèse. La revue *Prescrire* rappelle que l'antalgique de référence est le paracétamol. Mais il semble que l'utilisation d'un stérilet ne doit pas faire obstacle à la prescription d'un AINS, si nécessaire. » [24]

Les médecins et les pharmaciens semblent être au courant de ce communiqué. Cependant il est possible de rencontrer encore chez certains des réticences injustifiées à l'utilisation de ces traitements en cas de port de DIU. D'ailleurs au cours de notre entretien, le fait que seulement deux médecins aient abordé le sujet pourrait souligner leur absence de certitude à ce sujet.

Une large étude multicentrique cas-témoins française récente portant sur les facteurs de risque d'échec de la contraception intra-utérine est à ce sujet clairement rassurante. Elle montre que ni les anti-inflammatoires ni aucun autre type de traitement pris par la patiente ne constituent des facteurs de risque d'échec de la contraception par DIU [22].

Des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, tel que l'ibuprofène, sont d'ailleurs prescrits depuis longtemps en Grande-Bretagne comme aux Etats-Unis aux patientes sous DIU présentant des douleurs menstruelles ou des règles très abondantes.

VI.A.2.8- La diminution des ménorragies avec le dispositif hormonal

Le DIU hormonal diminue et peut même arrêter les menstruations grâce à l'effet atrophiant du lévonorgestrel sur l'endomètre. Il peut dans cet objectif être une alternative aux DIU au cuivre qui ont plutôt tendance à intensifier les saignements menstruels. Il est également employé à titre thérapeutique pour soigner les ménorragies et protéger du risque éventuel d'anémie qui pourrait en découler. De ce fait, il est bien souvent proposé par les médecins.

En terme de chiffres, il est observé globalement chez les utilisatrices une diminution significative du volume des règles de 40 % [12]. Dans deux larges études randomisées multicentriques, il est retrouvé 17 % d'aménorrhée au cours de la première année chez les utilisatrices du système [25], et 30 % à deux ans d'utilisation [26].

Cet effet sur le volume des menstruations est bien évidemment réversible suite à l'ablation du système [13].

En terme de tolérance, des études récentes à l'échelle mondiale ont mis en évidence que les femmes des pays développés étaient plus enclines à l'utilisation de contraceptifs stoppant les menstruations que par le passé. Parmi elles, les patientes les plus intéressées sont plus souvent jeunes, instruites et vivant dans des zones urbaines [27].

Dans une autre étude récente menée sur trois ans, l'aménorrhée est vécue comme un changement positif pour 81 % des femmes [14].

Il faut noter cependant que ce dispositif hormonal est souvent responsable de « spotting » lors des 4 à 6 mois de la phase d'adaptation initiale. Cela concerne 25 % des patientes à 6 mois et 8 % à 18 mois [13].

VI.A.2.9- Une contraception d'urgence pour le système au cuivre

Le DIU au cuivre peut être utilisé en post-coïtal dans le cadre d'une contraception d'urgence : il doit être posé le plus tôt possible et en tout cas dans les cinq jours suivant le rapport sexuel supposé fécondant. Il est alors très efficace, avec un taux d'échec de 0,1 à 0,2 % quel que soit le moment du cycle, cette efficacité est donc excellente et supérieure à toutes les autres méthodes dites post-coïtales [28]. Il peut être alors d'emblée posé chez les femmes multipares ou nullipares à condition qu'elles aient un faible risque d'infection sexuellement transmissible (IST).

Comme l'ont indiqué les médecins généralistes de notre focus group, ce type de contraception d'urgence est malheureusement peu utilisé. Ce qui est dommageable puisqu'il s'agit bien d'une méthode qui a l'avantage d'embrayer sur une contraception de longue durée d'action. Cette faible utilisation peut être imputée au fait qu'il s'agisse d'une part d'une méthode moins facilement accessible comparée à la « pilule du lendemain », et d'autre part que la majorité des femmes candidates soient jeunes et donc plus à risque d'IST, dont les chlamydioses. On comprend alors la réticence des médecins à insérer un DIU en urgence dans ce contexte.

Il existe cependant des pistes possibles à étudier afin d'augmenter cette utilisation : en procédant systématiquement au préalable à un dépistage de *Chlamydia trachomatis* dans les urines de premier jet par PCR ou en prescrivant systématiquement au moment de la pose une antibiothérapie efficace [12].

Les DIU à base de progestérone ne peuvent être employés dans cette indication d'urgence à cause de leur délai d'action. Le lévonorgestrel n'est en effet considéré comme pleinement actif que cinq jours après la pose du DIU.

VI.A.2.10- La compatibilité avec la nulliparité

D'après les dernières recommandations de l'Anaes, « Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares [...] Un DIU peut être posé à toute femme dès lors que : les contre-indications à sa pose sont prises en compte ; les risques infectieux et de grossesse extra-utérine (GEU) ont été évalués et les situations à risques écartées ; la femme est informée des risques de maladies inflammatoires pelviennes (MIP) et de GEU... » [20].

Ces recommandations ne sont d'ailleurs nouvelles qu'en France puisqu'elles sont déjà appliquées depuis longtemps dans d'autres pays du monde.

Ainsi, il est parfaitement possible de poser un DIU chez une femme nullipare, d'autant plus si elle vit une relation monogame avec un partenaire stable.

Les nullipares, surtout de moins de 25 ans, sont à risque potentiellement plus élevé de maladies inflammatoires pelviennes (MIP) ; cependant les DIU sont utilisables « dès lors que le risque infectieux a été évalué, et écarté, et que la jeune fille a été informée des risques potentiels... » [20].

Il faut choisir un modèle adapté à l'utérus de la nullipare, dont le col est plus étroit et la cavité un peu moins grande que chez la multipare [29]. Seul le *Sertalia*® avait une indication officielle pour les nullipares, mais il a récemment été retiré du marché français. Les autres DIU ne sont pas contre-indiqués mais cette autorisation administrative n'a tout simplement

pas été demandée par leurs fabricants. Certains DIU au cuivre sont commercialisés en deux tailles : « standard » et « short ». Les DIU de petite taille « short » à inserteur souple et étroit sont tout à fait adaptés aux petits utérus des nullipares.

L'Anaes indique par ailleurs que « Le DIU au LNG n'est pas recommandé chez l'adolescente en raison du calibre important de son inserteur... » [20]. Il n'est pas pour autant contre-indiqué, il peut donc être utilisé chez les patientes nullipares, à condition qu'elles aient un utérus de taille normale.

Néanmoins, malgré toutes ces recommandations, une vraie réticence demeure face à cette situation dans la pratique courante des médecins généralistes de notre focus group. Ils l'expliquent par l'obsolescence des informations reçues lors de leur apprentissage mais néanmoins ancrées dans leurs habitudes et malheureusement difficiles à combattre.

Cependant, le fait qu'il n'y ait plus sur le marché français de DIU ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les patientes nullipares, montre bien qu'il existe un retard de notre pays, non seulement dans les pratiques médicales mais aussi entretenu par les autorités concernées.

Pour sa part, le Docteur David Serfaty, spécialiste français de la contraception, estime qu'il faut réserver une place au DIU chez les nullipares :

- en contraception d'urgence pour les DIU au cuivre,
- dans les cas de contre-indications à la contraception orale,
- en cas de problème d'observance avec la pilule ou lorsque les implants, patchs et anneaux vaginaux ne sont pas souhaitables ou acceptés,
- en présence d'un partenaire stable chez les femmes de plus de vingt ans bien informées et souhaitant la pose d'un DIU [12].

Il exclue en revanche les femmes à haut risque d'IST [12].

VI.A.2.11- La prescription dans le post-partum et le post-abortum

Le DIU (qu'il soit au cuivre ou hormonal) est une méthode de choix dans le post-partum. « La pose d'un DIU est possible dans les 48 heures après l'accouchement (malgré un risque d'expulsion accru et bien que cela ne corresponde pas à la pratique française) puis contre-indiquée jusqu'à quatre semaines après l'accouchement » [20]. Dans les suites d'une césarienne, il peut être posé après six semaines.

Les deux types de DIU sont tout à fait compatibles avec l'allaitement maternel, sans risque pour la lactation ni pour le nourrisson [30]. Après un accouchement, il est souvent temps de passer à un autre mode de contraception, plus adapté que la pilule au nouveau mode de vie de la femme. Elle peut également poursuivre son allaitement aussi longtemps qu'elle le désire, en étant libre et parfaitement protégée. Avec le SIU au LNG, les concentrations hormonales sont détectables dans le lait maternel mais à des doses très faibles, ainsi ce passage ne contre-indique pas l'allaitement [14,31].

Tous les DIU sont également utilisables dans le post-abortum. Au cours du premier et du deuxième trimestre de grossesse, le DIU peut être posé au décours immédiat de l'interruption instrumentale de la grossesse ou après les prochaines règles.

VI.A.2.12- La prescription dans la périménopause

Les DIU, et spécialement celui au lévonorgestrel, offrent une option intéressante aux femmes en pré-ménopause qui ont toujours besoin d'une contraception et qui ont des cycles irréguliers. L'addition d'un progestatif local au cours de cette période permet de prévenir la prolifération du tissu endométrial [13].

« Par prudence et afin d'éviter les sur-risques cancéreux et cardio-vasculaire, le groupe de travail recommande la substitution, entre 35 et 40 ans, de la méthode contraceptive estroprogestative utilisée par une contraception par DIU ou par progestatif seul [...] (en l'absence de contre-indications) » [20].

En principe, toute contraception est arrêtée un an après l'arrêt définitif des règles. Cependant, chez une femme de moins de 50 ans, il est plus prudent de continuer la contraception pendant deux ans, les faux diagnostics de ménopause n'étant pas rares.

Après 45 ans, en raison de la diminution de la fertilité, il n'est pas nécessaire de retirer un DIU au cuivre s'il est bien toléré. Il peut donc être laissé jusqu'à la ménopause. Avec le DIU au LNG, il est possible dans cette situation d'étendre raisonnablement à 7 ans la durée d'efficacité [12].

Cette gestion de la périménopause est bien connue des médecins généralistes de notre entretien collectif qui la recommandent et l'emploient dans leur pratique. C'est en effet un moyen sûr de connaître l'entrée de la patiente en ménopause tout en lui assurant une contraception sans contrainte.

VI.A.2.13- Le faible coût des DIU

Tous les DIU modernes représentent l'une des méthodes de contraception les plus économiques car ils sont efficaces pendant plusieurs années (5 à 10 ans selon les modèles). Il en est de même pour le système hormonal malgré son coût de base plus élevé que les systèmes au cuivre (125,54 euros contre 27,44 euros).

Cependant l'Anaes recommande tout de même que « compte tenu de la moins bonne tolérance (aménorrhée) et du coût plus élevé du DIU au lévonorgestrel (LNG) relativement au DIU au cuivre de surface > 250 mm², il est recommandé de ne privilégier le DIU au LNG qu'en cas de bénéfice complémentaire attendu » [20].

De plus la surveillance des DIU n'exige, en dehors de complications, qu'une visite médicale annuelle contre au moins deux ou trois pour la plupart des autres contraceptifs. Ceci vient également argumenter en faveur du caractère économique des dispositifs intra-utérins.

VI.A.3- LES ARGUMENTS MEDICAUX BLOQUANT LA POSE DES DIU

VI.A.3.1- Les hyperménorrhées et les douleurs pour le système au cuivre

L'intensification des saignements menstruels est le problème le plus fréquent que pose l'emploi des DIU à base de cuivre, ils peuvent augmenter de 20 à 50 % par rapport au flux normal de la patiente. De plus, cette hyperménorrhée s'accompagne souvent de douleurs pelviennes accrues. Malgré cela, la plupart des femmes dans cette situation désirent garder

leur DIU. Le taux de retrait pour cause de saignements ou douleurs varie à 12 mois d'utilisation entre 1 et 17 % selon les études [23].

Le risque d'anémie clinique n'a jamais été prouvé. Certaines études montrent des diminutions sensibles de la ferritine dans le sérum, d'autres ne constatent aucun changement [31].

Les dysménorrhées réagissent en général favorablement aux antalgiques simples. Si elles persistent, elles peuvent alors traduire un signe d'appel qui doit amener à rechercher une éventuelle complication.

Ces effets secondaires des DIU au cuivre sont les premiers cités par les médecins généralistes de notre focus group qui se trouvent régulièrement confrontés à ces situations. L'information et la surveillance des femmes sous DIU sont indispensables à mettre en pratique, afin de dépister au mieux ces effets pour y remédier si besoin.

VI.A.3.2- Les hypoménorrhées pour le système hormonal

Quelques médecins de notre entretien collectif ont souligné le fait que l'absence de règles suite à la pose d'un DIU hormonal pouvait être vécue comme un inconvénient.

En effet, chez certaines femmes, le maintien des menstruations est important. Elles contribuent à représenter un signe de leur féminité, leur capacité à se reproduire, l'assurance de ne pas être enceinte ou simplement un indicateur de bonne santé.

Ces cas ne constituent cependant pas la majorité : le taux de retrait à 12 mois des DIU hormonaux est de 2 à 5 % pour les cas d'aménorrhées, de 6 % pour les autres modifications des saignements [27].

VI.A.3.3- Le risque de grossesse

Le risque de grossesse chez les patientes porteuses d'un DIU existe mais il est très rare, compte tenu de la grande efficacité contraceptive des dispositifs actuels. Pour mémoire, l'indice de Pearl des DIU au cuivre est de 0,6 et de 0,1 pour les DIU hormonaux [20].

Les médecins rencontrent en effet désormais peu de grossesses sous DIU, ils sont donc bien conscients de l'efficacité de cette méthode contraceptive. Ce risque n'est cité en tant qu'inconvénient à la méthode que par deux des neuf médecins interrogés au cours de notre entretien, en revanche le risque de grossesse est plus régulièrement craint et énoncé par les patientes.

En cas de grossesse intra-utérine (GIU) sous DIU, l'avortement spontané est la complication la plus fréquente si le DIU n'est pas retiré. Comme toute grossesse peut conduire à une infection quand le DIU est en place, celui-ci doit être retiré dès que la grossesse est confirmée, et quand cela est possible. Un DIU laissé en place durant la grossesse fait également augmenter le risque infectieux et d'accouchement prématuré [12].

Par ailleurs, le mythe selon lequel les DIU favoriseraient les grossesses extra-utérines (GEU) est né du fait que, parmi les grossesses sur DIU, la proportion des GEU est plus grande que parmi les grossesses chez les femmes sans contraception. Cette proportion plus élevée s'explique par le fait que l'effet contraceptif du DIU s'exerce surtout sur l'endomètre et sur la glaire cervicale, beaucoup moins sur les trompes. Lorsqu'une grossesse survient chez une femme porteuse d'un DIU, cette grossesse a donc une probabilité plus grande d'être une GEU

[14]. Mais en nombre absolu, les GEU sont dix fois moins nombreuses chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception [20].

Le risque de GEU est donc rare chez les utilisatrices de DIU : environ 0,05 pour 100 femmes par an avec le dispositif au cuivre et 0,02 avec celui à base de lévonorgestrel. Ce risque étant estimé de 0,12 à 0,26 pour 100 femmes par an dans la population sans contraception, nous pouvons conclure que les DIU auraient même un rôle protecteur [14].

VI.A.3.4- Le risque d'infection

Le risque de développer une infection génitale haute chez les femmes porteuses d'un DIU représente la complication la plus grave que craignent les médecins de notre focus group, au sujet de la contraception intra-utérine. Il est rare, de 1 à 2 pour 1000 femmes par an, ce qui correspond aux chiffres de la population générale. Cependant ce risque est environ six fois plus élevé les vingt jours suivant la pose du système [7,23].

Par mesure de précaution, le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) étant « limité aux trois semaines qui suivent l'insertion du DIU (niveau de preuve 2) », et d'autant plus « s'il existe des facteurs de risque infectieux (niveau de preuve 4) », il est tout de même recommandé « la nécessité de réaliser son insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses et après évaluation du risque infectieux » [20 et annexe 2].

Ces mesures prophylactiques ainsi que le fait de ne pas changer de DIU trop souvent constituent la meilleure prévention contre ces infections.

Posés dans des conditions d'asepsie strictes, les DIU actuels ne peuvent pas provoquer d'infections pelviennes graves. Celles-ci sont toujours dues aux infections sexuellement transmissibles (IST). Ainsi le facteur favorisant les infections pelviennes n'est pas la présence du DIU, mais le mode de vie sexuelle des patientes. Les jeunes nullipares, les femmes à partenaires multiples, celles sous traitement immunosuppresseur, sont plus exposées que les autres aux infections, aux IST et peuvent donc être de ce fait plus sujettes à ce type de complications.

Chez ces patientes, il est possible de procéder au préalable à la vérification de l'absence d'IST, et notamment à la recherche de Chlamydia trachomatis qui est la cause la plus fréquente des salpingites dans notre pays. D'autres préfèrent proposer dans cette situation une antibiothérapie prophylactique adaptée [23].

Chez les patientes utilisant le DIU au lévonorgestrel, le risque d'infection est inférieur à celui de la population générale. Cette différence est même significative pour les femmes de moins de 25 ans [13,14]. Ceci s'explique par l'épaississement du mucus cervical qui agit comme une barrière pour les bactéries, par l'atrophie de l'endomètre qui réduit la zone d'infection possible, et par la diminution du volume des règles qui réduit les risques de reflux sanguin. Ainsi ce DIU serait même protecteur vis à vis des infections.

Le risque augmenté d'actinomyose pelvienne est par contre réel chez les utilisatrices de DIU, bien que rare. Les actinomycètes sont des germes commensaux de la flore vaginale, pouvant entraîner une infection pelvienne. Leur présence sur un frottis ne signifie pas qu'il existe une infection, en dehors de signes associés [12,31].

VI.A.3.5- Le risque d'expulsion

Le risque d'expulsion fait également parti des freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes interrogés. En effet, après l'insertion du dispositif, des contractions utérines peuvent pousser le système vers le bas et provoquer ainsi son expulsion. Une technique d'insertion correcte, c'est à dire avec un dispositif bien placé au fond de l'utérus, pourrait réduire ce risque.

Le taux d'expulsion varie de 2 à 8 pour 100 femmes durant la première année d'utilisation. L'expulsion survient essentiellement au cours de cette première année et particulièrement dans les trois mois suivant la pose [23].

Ces taux sont globalement identiques pour un DIU au cuivre ou au LNG [14].

Une large étude française récente a étudié les facteurs de risque d'échec de la contraception intra-utérine. Il a été mis en évidence que seul l'antécédent d'expulsion du DIU est un facteur de risque d'échec, résultat devant inciter les praticiens à proposer à ces patientes un suivi médical et échographique régulier [22].

VI.A.3.6- Le risque de perforation

La perforation de l'utérus (partielle ou complète) est un accident rare qui se produit presque toujours au moment de l'insertion et s'accompagne d'une douleur et/ou d'un saignement soudains. Elle peut également survenir immédiatement après, ou encore secondairement à distance de la pose, par migration transpariétale utérine du dispositif.

Dans beaucoup d'études, ce taux rapporté est très faible et inférieur à 2 pour 1000 insertions [7,14,23].

La perforation a des facteurs favorisants : inexpérience ou maladresse du médecin, sténoses cervicales, déviations utérines accentuées, utérus fragiles (hypoplasie, césarienne ou myomectomie antérieure, post-partum).

La prophylaxie de ces perforations utérines est possible : il faut choisir le DIU en fonction de chaque cas particulier, respecter la technique de pose et pratiquer cette pose avec douceur, sans jamais forcer [12].

Cette perforation reste une crainte de certains médecins de notre recherche au moment de l'insertion d'un DIU, bien qu'ils ne se soient jamais trouvés confrontés à elle.

Comme disait le docteur Lippes (un des pères du DIU moderne) : « Ce n'est pas le DIU qui perfore, c'est le médecin » [16].

VI.A.4- LA PRATIQUE DES MEDECINS

Concernant la pose des DIU, « il est recommandé d'effectuer l'insertion en première partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte » [20].

La période préférentielle est la période post-menstruelle immédiate, pour deux raisons : absence de grossesse et orifice externe du col ouvert rendant la pose souvent plus facile et moins douloureuse. Néanmoins, la pose d'un DIU peut être effectuée à n'importe quel moment du cycle menstruel sous réserve de l'absence de grossesse.

Pour prévenir un malaise ou une douleur au décours de la pose, aucune prémédication n'est obligatoire. Une bonne relation de confiance vaut mieux que toutes les médications. Mais il n'est pas interdit de prescrire au préalable un analgésique antispasmodique, un anxiolytique ou de l'atropine, dans le cas de certaines femmes particulièrement sensibles, nerveuses, anxieuses ou vagotoniques [12].

« En raison de la démonstration de son absence d'efficacité (niveau de preuve 1 pour les molécules testées), l'administration d'une antibioprofylaxie en relation avec la pose d'un DIU n'est pas recommandée. En revanche, l'administration d'antalgiques avant la pose semble d'usage, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé (niveau de preuve 2) » [20 et annexe 2].

Concernant le choix du DIU, selon le Dr Serfaty et s'il ne s'agit pas d'un cas particulier, le médecin doit choisir de poser le DIU qu'il connaît le mieux et qu'il a l'habitude de poser. C'est avec ce DIU que les meilleurs résultats seront obtenus [12].

VI.B- LES REPRESENTATIONS DES PATIENTES

De très nombreuses craintes concernant les DIU sont toujours présentes au sein de la population. Ainsi, le médecin se doit, au cours de son information, d'être à l'écoute de la femme ou du couple.

Certaines craintes des patientes sont directement liées aux « arguments bloquant » que nous avons détaillés aux paragraphes VI.A.3.1 à 4 (risques de grossesse, de saignement ou de douleur, d'infection, de stérilité, de prise de poids). D'autres craintes sont liées à la pose elle-même.

L'objet de ce paragraphe est de présenter les craintes propres aux patientes et rapportées par leurs médecins, mais qui ne constituent pas un frein pour ces derniers.

VI.B.1- LA CRAINTE D'UNE GENE POUR LE PARTENAIRE

Cette crainte des femmes et des couples est souvent formulée : le partenaire sentira-t-il le dispositif intra-utérin au cours des relations sexuelles ?

En temps normal, le DIU ne peut pas blesser le partenaire au cours des rapports sexuels. Pour l'expliquer au couple, il faut revenir sur l'anatomie féminine : le DIU est inséré dans l'utérus, les rapports sexuels ont lieu dans le vagin. Seuls les fils sortent de l'utérus et ils ont tendances spontanément à se mettre dans le cul de sac vaginal. Cependant, dans de très rares cas, ils peuvent être sentis par le partenaire, sans douleur ni traumatisme possibles. Et dans ce cas, le médecin peut facilement les raccourcir [16].

VI.B.2- LA CRAINTE D'UN CORPS ETRANGER

La notion de corps étranger intra-utérin peut être à l'origine d'une gêne ou d'un rejet de la méthode par certaines femmes.

Sur ce point, il suffit de rassurer la patiente en lui montrant ce qu'est un DIU en taille réelle, ce qui permet la plupart du temps de résoudre ce genre de situation.

VI.B.3- LA CRAINTE D'UNE MALFORMATION FETALE

Une autre représentation, également présente dans certains esprits mais non citée par les médecins de notre groupe, est la crainte de malformations fœtales en cas de grossesse sous DIU [16,30].

Nous savons au contraire que la présence d'un DIU ne fait pas augmenter le risque de malformations congénitales, d'anomalies génétiques ou de grossesses molaire [31].

En revanche, dans les rares cas où une femme débute une grossesse alors qu'un DIU est en place, le risque d'avortement spontané, d'avortement septique au milieu du premier trimestre de la grossesse et d'accouchement prématuré est plus élevé si le dispositif n'est pas retiré.

VI.B.4- LA CRAINTE D'UNE METHODE ABORTIVE

Enfin certaines patientes, pour des convictions personnelles ou religieuses, évoquent la réticence à utiliser un moyen de contraception qui aurait une action abortive.

Des recherches récentes ont permis de mieux appréhender la façon dont les DIU empêchent la grossesse [31].

Ainsi, comme nous l'avons décrit dans le chapitre concernant l'efficacité des DIU, ceux-ci n'agissent pas en « éliminant » une grossesse mais bien en prévenant sa survenue. L'explication des mécanismes d'action complexes des DIU contribue bien à affirmer qu'il s'agit effectivement d'un mécanisme contraceptif, et non abortif [14].

VI.C- LES PERSPECTIVES POUR UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE

Depuis ses plus anciennes tentatives et les premières recommandations pertinentes du Dr Gräfenberg, la contraception intra-utérine a considérablement progressé. Elle doit certes toujours faire l'objet d'un suivi attentif et d'une sélection judicieuse des patientes, mais beaucoup de craintes ont aussi pu être dissipées, comme il a été détaillé précédemment. Pour poursuivre au mieux cette évolution favorable des DIU, de nombreuses études s'accordent sur la nécessité de mettre l'accent sur l'information, l'éducation et le conseil des patientes et des couples désireux de suivre une contraception efficace [20,23].

VI.C.1- LES RECOMMANDATIONS

VI.C.1.1- Les recommandations à l'échelle mondiale

Un groupe d'experts scientifiques rattaché à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) travaille sur la mise à jour des recommandations dans différents domaines médicaux, en se basant sur les publications les plus récentes de la littérature médicale. En 2004, ils sont revenus sur les recherches récentes faites sur l'utilisation des DIU et ont modifié certaines indications médicales, publiées dans la troisième édition du rapport « *Medical Eligibility Criteria for Contraception Use* » [32]. Ces critères d'éligibilité permettent d'approuver ou non la pose d'un DIU chez une patiente donnée en fonction d'une liste simple de caractéristiques bien définies, en différenciant pour chacun des items les DIU au cuivre ou au lévonorgestrel. Dans cette dernière édition, de nouvelles indications concernent les femmes à risque général de développer une IST, de même que les patientes HIV positive qui vont cliniquement bien et qui sont traitées par anti-rétroviraux, pour lesquelles les autres moyens de contraception ne sont pas indiqués. Une nouvelle indication est également formulée pour les patientes nullipares.

Ces recommandations mondiales se veulent pratiques et faciles d'utilisation. Elles constituent pour de nombreux pays la principale base de l'élaboration et de la mise à jour de leurs directives nationales.

VI.C.1.2- Les recommandations françaises

La Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'établir des recommandations de pratique clinique, en lien avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes).

Ces nouvelles recommandations intitulées « *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* » [20], publiées en décembre 2004, ont largement inspiré notre discussion. Elles font écho à celles de l'OMS précédemment détaillées et qui avaient été établies à Genève par un groupe de 35 experts provenant de 18 pays. Pour la première fois la France y était représentée. Il était donc légitime que des recommandations françaises sur les stratégies de choix des méthodes de contraception voient le jour.

Pour la première fois, le texte comprend un paragraphe important sur l'entourage de la prescription. Il ne s'attache pas qu'à l'efficacité et la tolérance propres aux différentes techniques de contraception, il insiste aussi sur la nécessité du dialogue avec les femmes. Il souligne la nécessité « d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle » [20]. Il insiste sur l'importance d'adapter la contraception au désir des femmes dans la mesure du possible et il recommande de prendre en compte le rôle du partenaire dans le choix de cette contraception.

L'Afssaps et les recommandations françaises corroborent ainsi celles de l'OMS. Le DIU est réhabilité chez les jeunes et chez les nullipares. Enfin, toute la communauté scientifique internationale est unanime pour dire que le risque infectieux du DIU est cantonné aux trois premières semaines qui suivent sa pose et, qu'à partir de là, il n'y a pas de risque infectieux augmenté chez les femmes qui ne sont pas à haut risque d'infection sexuellement transmissible (IST). Le DIU est une excellente méthode de contraception en cas de monogamie mutuelle.

VI.C.2- L'APPRENTISSAGE MEDICAL

Les médecins imposent souvent leurs propres barrières à l'utilisation des moyens de contraception. Cela parce qu'ils ne sont pas au courant des nouvelles directives, ou qu'ils les interprètent mal voire les ignorent quand elles contredisent leurs connaissances, leurs pratiques ou leurs croyances.

C'est dans cet objectif que l'OMS a émis de nouvelles directives en matière de DIU. Celles-ci ont été validées comme étant faciles d'application, cependant les pratiques de chacun parfois solidement ancrées, sont difficiles à bouleverser. Aussi ce programme n'est pas suffisant pour changer toutes les mentalités. Des approches différentes et appropriées doivent être mises en place pour venir à bout des barrières rencontrées.

D'après l'OMS, la formation des professionnels de santé en matière de DIU devrait englober les techniques de pose et de retrait, la gestion des effets secondaires potentiels et des complications ainsi qu'une bonne communication avec les patientes [23].

De la même manière, l'Anaes recommande « que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles (FMC, etc) » [20]. Ainsi, des séminaires ou des ateliers pourraient être organisés dans l'objectif d'améliorer les connaissances et les pratiques des médecins.

Dans ce sens, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a conçu, en collaboration avec la Direction Générale de la Santé (DGS), une formation d'une journée destinée à des médecins généralistes, ayant pour but d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception. Huit formations ont été organisées entre mars et juin 2006 pour environ 180 participants. La cible était les généralistes enseignants afin que les messages puissent être relayés vers les confrères généralistes et vers les étudiants en formation [33].

Une étude récente a permis de présenter que, dans le cadre d'une population de médecins généralistes formés à la pratique de la contraception et de la gynécologie médicale, la pose et

la prise en charge de DIU sont réalisables en médecine omnipraticienne sans être délétère pour les patientes. Cette constatation est remarquée malgré la moindre expérience des généralistes en terme de fréquence de pose des DIU comparée aux gynécologues [34]. Cela justifie les efforts pour assurer la formation continue de ces praticiens dans le domaine de la gynécologie médicale et pour favoriser leur participation dans les centres de planification familiale.

VI.C.3- L'INFORMATION MEDICALE DELIVREE A LA PATIENTE

Une information adaptée sur les besoins des patientes les aide à faire un bon choix et augmente l'usage des méthodes contraceptives. En effet les femmes ayant reçu des conseils avisés sont globalement plus satisfaites de leur méthode et la gardent plus longtemps que celles n'ayant eu que peu d'informations [20,23].

VI.C.3.1- En théorie

Le prescripteur doit nécessairement mettre en place une démarche structurée pour accompagner la consultante dans ce choix.

Deux types d'approches, le « *counseling* » et la « *démarche éducative* », ont fait la preuve de leur efficacité en matière de contraception, dans le but de favoriser l'aide au choix. Elles ont été retrouvées de manière récurrente dans la littérature et sont considérées comme majeures et complémentaires [20].

Le *counseling* renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne pour favoriser l'expression de son choix.

La *démarche éducative*, pour sa part, renvoie à un partenariat pédagogique, centré sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge.

L'OMS a développé un modèle de *counseling* dans le domaine de la contraception, le modèle BERGER [20]. Dans celui-ci le *counseling* correspond à un partenariat (médecin/femme ou médecin/couple) pour aider la femme à la décision.

Deux principes sont mis en avant :

- La possibilité de faire des choix éclairés constitue un droit de la femme.
- Le choix appartient à la femme.

Le modèle BERGER permet de séquencer la première consultation pour demande de contraception en six étapes obligatoires, à adapter ensuite selon la patiente ; et toujours dans le but de l'aider à choisir sa contraception :

- 1) Bienvenue : c'est le temps d'accueil de la patiente ;
- 2) Entretien : c'est le temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes ;
- 3) Renseignement : c'est le temps de la délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure, le professionnel doit s'assurer de la bonne compréhension des informations ;
- 4) Choix : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la patiente ;
- 5) Explication : c'est le temps de la discussion autour de la méthode choisie et de son emploi ;

- 6) Retour : les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications de ses situations personnelle, affective et sociale [20].

VI.C.3.2- En pratique

Certaines informations sont indispensables à délivrer au cours de l'entretien médical de contraception.

Si le *counseling* s'oriente vers le DIU, les informations à aborder seront [23] :

- comment est inséré et retiré le DIU (avec une démonstration): cette démonstration peut être faite par l'intermédiaire de schémas, à l'aide d'un utérus et d'un DIU factices, à l'aide d'un petit film d'animation explicatif fourni par certains laboratoires ou gratuitement sur Internet ;
- les effets secondaires potentiels (surtout ceux concernant le changement du profil de saignements) et les autres problèmes possibles comme l'expulsion, la perforation et les infections pelviennes ;
- comment la patiente peut vérifier seule la bonne mise en place de son DIU, en sentant les fils au fond du vagin ;
- où et quand l'insertion peut avoir lieu, et quelles sont les personnes susceptibles de la réaliser.

Par ailleurs avant l'insertion, le médecin doit détailler à sa patiente les étapes de celle-ci. Il doit mentionner les éventuelles crampes au moment de l'insertion et les jours suivants. Il doit encourager la patiente à s'exprimer en cas de gêne ou de douleurs pendant la pose. Il peut conseiller la prise d'Ibuprofène 30 minutes avant le geste et les jours suivants en cas de besoin [23].

Enfin, après l'insertion du DIU, le médecin doit fournir à la patiente le nom de son dispositif, la date de son insertion et celle où il devra être retiré ou remplacé. Il doit lui recommander de revenir consulter dès qu'elle le souhaite, qu'il s'agisse d'un problème avec le DIU ou d'une simple question. Un suivi médical doit enfin être organisé avec une première visite de contrôle dans les trois à six semaines suivant la pose, ou après les menstruations suivantes. Cette visite permet de discuter du premier vécu de la patiente avec son DIU. Puis un suivi annuel est convenu pour rapporter les éventuels problèmes rencontrés. Si ce suivi n'est pas possible, la patiente ne devrait pas pouvoir bénéficier d'un DIU. Enfin des informations sur les services de consultations en cas d'urgence doivent être mentionnées [23].

Ces étapes sont nécessaires afin que lorsqu'une femme opte pour le DIU, comme pour tout autre méthode, elle le choisisse en toute connaissance de cause.

En terme de chiffres, le *counseling* avant et après insertion d'un DIU a été à l'origine de taux d'utilisation de la méthode de 90 % à 1 an et 79 % à 2 ans, versus 52 % à 1 an et 29 % à 2 ans pour les femmes n'en ayant pas bénéficié [35].

VI.C.4- LES CAMPAGNES D'INFORMATION

VI.C.4.1- Auprès de la population

Pour contribuer à diminuer le nombre toujours important de grossesses non désirées en France [38], le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'Inpes lancent à partir de septembre 2007 un dispositif de communication et d'information intitulé « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » [40].

Cette campagne de grande ampleur s'adresse non seulement aux adolescents, mais aussi à toutes les personnes intéressées par la contraception.

Ses supports sont nombreux et variés.

Elle comprend un film télévisuel, une campagne radiophonique, un site Internet de référence, une brochure diffusée à 6 millions d'exemplaires et un numéro de téléphone pour toutes les questions de contraception.

Dans un autre registre, l'enquête « Les Français et la contraception » réalisée par l'Inpes et dont les résultats ont été publiés en mars 2007 a permis de faire ressortir le profil type des principales utilisatrices de DIU : la femme de 31 à 50 ans, aux revenus élevés, ayant au moins un enfant de moins de 15 ans, ayant un seul partenaire, ayant déjà eu recours à l'IVG et étant tout à fait satisfaite de ce moyen contraceptif [36].

Cette enquête révèle par ailleurs que certaines croyances sur les DIU persistent au sein de la population française, telle que « le DIU est réservé aux femmes ayant déjà eu un enfant », « le DIU ne peut pas être utilisé en tant que contraception d'urgence ». Les femmes semblent cependant bien informées que l'on peut avoir des enfants après le retrait d'un DIU, donc que le dispositif ne rend pas stérile [36].

Les résultats de cette enquête montrent que : des campagnes de communication grand public telle celle organisée par l'Inpes, sont bien nécessaires pour permettre d'améliorer les connaissances sur les DIU et dénoncer les croyances négatives. Inclure les hommes dans de telles campagnes est important, ils ont en effet un pouvoir, parfois même prédominant, dans les décisions contraceptives du couple. En effet, toujours d'après l'enquête de l'Inpes, 48 % des personnes interrogées disent avoir discuté de contraception avec leur partenaire dès le début de leur relation ; ultérieurement, quand il est question de changement de contraceptif, 88 % en discutent préalablement avec lui [36].

Pour être efficaces et atteindre leur objectif, ces campagnes doivent être adaptées à un type de population, dite population cible. Dans la campagne actuelle il s'agit des adolescents, ils sont en effet des cibles intéressantes dans le sens où ils sont souvent demandeurs d'informations et d'innovations. De plus, ce sont eux qu'il faut éduquer en priorité car leur génération est directement touchée par les événements actuels (IST, IVG...).

Les femmes après une maternité ou un avortement sont aussi des cibles intéressantes : elles sont en effet à un tournant de leur vie et ces changements peuvent les amener à réfléchir sur une nouvelle contraception. A ce titre, des messages d'information contraceptive ont été récemment intégrés dans le nouveau carnet de santé de la maternité ainsi que dans le dossier guide IVG.

Les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale ont un rôle essentiel en tant que conseiller contraceptif.

VI.C.4.2- Après des professionnels de santé

L'amélioration des pratiques médicales en faveur des DIU ne pourra être réalisée si l'on s'en tient à émettre des recommandations visant les professionnels. Il faut avoir recours non seulement aux séminaires et ateliers déjà cités, mais surtout connaître et surmonter les obstacles des médecins à l'encontre des DIU pour adapter efficacement les campagnes qui leurs sont destinées.

A ce titre, l'organisation d'entretiens collectifs tel celui réalisé pour notre étude pourrait être un outil efficace.

En outre, l'enquête Inpes « Les Français et la contraception » de mars 2007 montre que la majorité des personnes interrogées se tournent prioritairement vers leur médecin généraliste en qui elles ont le plus confiance pour les informer sur la contraception [36].

Par leur forte légitimité sur le sujet, il est donc utile d'intensifier davantage le rôle de relais des médecins généralistes.

Pour aider et soutenir les professionnels de santé impliqués dans la contraception (généralistes, gynécologues, sage-femmes, pédiatres, pharmaciens, infirmières scolaires, conseillères conjugales...), les organisateurs de la campagne de septembre 2007 ont diffusé en amont un e-mailing de mobilisation et de sensibilisation. Une rubrique leur est également destinée sur le site Internet créé pour la campagne, avec une publication intitulée « Comment aider une femme à choisir sa contraception ». Enfin, des affichettes et des brochures leur sont adressées, destinées à leur patients, afin d'inciter ces derniers à poser des questions sur la contraception.

VI.C.5- OBJECTIF FINAL : METTRE L'ACCENT SUR LES DIU

A ce jour, aucune campagne d'envergure visant à réhabiliter et à promouvoir les DIU n'a été réalisée, que ce soit à destination des patientes ou des professionnels de la santé.

VI.C.5.1- La formation faite aux médecins

La formation médicale sur la contraception est essentielle. Cependant pour qu'elle puisse être optimale en ce qui concerne les DIU, il faudrait pouvoir organiser des ateliers spécifiques. En effet, il serait important de ne s'intéresser qu'aux DIU, sans avoir à présenter un comparatif avec les autres méthodes contraceptives ; cette approche ayant trop souvent tendance à noyer les informations.

D'autre part, ces ateliers devraient s'organiser autour d'un petit nombre de médecins afin de les laisser parler librement de leurs éventuels freins dans le but d'y répondre efficacement. Ces petits groupes auraient aussi l'avantage de pouvoir permettre une remise à niveau sur les techniques de pose des DIU.

Concrètement, chaque département de France, dans le cadre de la FMC, devrait être à même de proposer à ses médecins de telles formations. Elles pourraient être organisées de manière régulière (plusieurs fois par an par exemple) afin de toucher un maximum de professionnels. Enfin, tous les médecins (généralistes ou gynécologues) compétents et intéressés dans le domaine devraient être à tour de rôle appelés à participer à l'organisation de ces ateliers.

VI.C.5.2- L'information délivrée à la population

La campagne actuelle organisée par l'Inpes est malheureusement trop générale, voulant fournir le maximum d'informations. Ce trop plein d'arguments est néfaste aux DIU puisqu'ils sont présentés succinctement parmi des méthodes plus populaires (tels que la pilule contraceptive, le préservatif) ou plus innovantes donc plus attractives (tels que les patches, anneaux vaginaux, implants sous-cutanés).

Il serait souhaitable de réaliser une campagne axée exclusivement sur les DIU afin que ceux-ci soient reconnus à leur juste valeur au sein de la population française. Une telle campagne permettrait d'éveiller la curiosité de chacun à leur sujet, afin de susciter si possible de l'intérêt et le besoin d'en connaître davantage.

Dans l'idéal, cette hypothétique campagne ne mentionnerait plus le mot « stérilet », comme c'est malheureusement encore le cas dans la campagne de l'Inpes. Il est temps que tout le monde se mette d'accord sur le terme de «DIU » et il va falloir forcer les mentalités à évoluer à ce sujet. Cette nouvelle appellation pourra peut-être aussi concourir à renouveler positivement l'image de ces dispositifs dans l'esprit des Français.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

La contraception appartient désormais au quotidien des Françaises, elle leur permet de vivre pleinement leur sexualité. Cependant il existe toujours en France un nombre important de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse. Cette réalité met en avant le fait que la contraception n'est pas encore suffisamment connue et diffusée d'une part et qu'elle est d'autre part parfois mal adaptée à la patiente donc inefficace.

Pour faire face à ces difficultés, des campagnes de prévention grand public ciblant les jeunes et les personnes désireuses d'informations sur la contraception sont organisées ; des démarches sont également effectuées auprès des médecins pour les aider à améliorer leur « *counseling* ». Par ailleurs, pour répondre à la diversité des individus et des modes de vie, il est actuellement proposé aux femmes et aux couples tout un arsenal de contraceptifs efficaces.

Malgré tout, le malaise persiste. Les médecins généralistes sont conscients de l'importance de leur mission dans la résolution de la situation exposée. Ce sont effectivement les informateurs de premier choix vers lesquels se dirigent les patientes en demande de renseignements. Il semble donc indispensable que chacun d'entre eux connaisse ses propres limites en matière de contraceptifs et particulièrement de Dispositifs Intra-Utérins.

Dans cet objectif, notre recherche porte sur les DIU et sur l'image que les professionnels de santé s'en font. L'analyse de notre focus group a mis en évidence que même si les connaissances des médecins sont satisfaisantes, il persiste en pratique des barrières difficiles à surmonter (telles que des réticences à l'emploi même du terme DIU, à la technique de pose, à leur utilisation chez la nullipare, en tant que contraception d'urgence, en association avec des anti-inflammatoires...). Au terme de la discussion, il est proposé à ces médecins mais aussi à l'ensemble de la population intéressée des réponses aux représentations des DIU les plus fréquentes. Il faut que tous soient convaincus des nombreux avantages qu'offre ce mode de contraception, dans le but que les médecins améliorent l'information faite aux femmes et que la population abandonne enfin ses anciens préjugés.

En complément, il faudrait organiser des campagnes d'information axées exclusivement sur les DIU, elles permettraient plus concrètement au public concerné d'être informé voire intéressé ou désireux d'en savoir davantage.

Finalement, pour suivre de manière plus objective l'évolution des mentalités et pouvoir recadrer si besoin les priorités, il faudrait répéter les entretiens collectifs tels que celui organisé dans le cadre de notre étude. Ces entretiens pourraient non seulement mettre en scène des médecins, mais aussi impliquer l'opinion de la population générale (hommes et femmes confondus).

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dreyfus R. Histoire de la contraception. In Serfaty D. La contraception. Paris. Ed. Doin, 1992.
- [2] Sánchez, Thom. Disputationum de Sacramento Matrimonii tom. III. Ed. Venetiae, sive alarium , a quibus 1.8 disp. 7 detractus est integer num. 4. Decr. 4 Febr. 1627.
- [3] Thiery M. Pioneers of the intrauterine device. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1997 Mar;2(1):15-23.
- [4] Blanc B. La contraception par stérilet en France et dans le monde. Paris : Ed Arnette, 1986 : 175p.
- [5] Thiery M. Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Jun;90(2):145-52.
- [6] Renaud M. Les dispositifs intra-utérins. 1.Histoire du stérilet. La pratique médicale. 1984 ;15 :13-6.
- [7] Morgan KW. The intrauterine device: rethinking old paradigms. J Midwifery Womens Health. 2006 Nov-Dec;51(6):464-70.
- [8] Tone A. Devices and desires : a history of contraceptives in America. New York : Hill and Wong, 2001.
- [9] Zipper JA, Tatum HJ, Medel M, Pastene L, Rivera M. Contraception through the use of intrauterine metals. I. Copper as an adjunct to the "T" device. The endouterine copper "T". Am J Obstet Gynecol. 1971 Mar 1;109(5):771-4.
- [10] Roy S, Casagrande J, Cooper DL, Mishell DR Jr. Comparison of three different models of the copper T intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol. 1979 Jul 1;134(5):568-74.
- [11] Wildemeersch D, Serfaty D, Delborge W, Batar I, Thiery M. [The intrauterine contraceptive implant without armature] Gynecol Obstet Fertil. 2001 Jul-Aug;29(7-8):549-64.
- [12] Serfaty D. et coll. Contraception. 2^{ème} édition. Paris : Ed Masson, 2002 : 436 p.
- [13] Jensen JT. Contraceptive and therapeutic effects of the levonorgestrel intrauterine system: an overview. Obstet Gynecol Surv. 2005 Sep;60(9):604-12.
- [14] Backman T. Benefit-risk assessment of the levonorgestrel intrauterine system in contraception. Drug Saf. 2004;27(15):1185-204.
- [15] Upadhyay, U.D. Nouveaux choix contraceptifs. Population Reports, Series M, N°19, Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, 2005 April.

- [16] Winckler M. Contraceptions mode d'emploi. 3^{ème} Ed. Paris : J'ai lu, 2007 : 619 p.
- [17] Quereux C. La durée de vie des stérilets. Rev Prat Gynecol Obstet 2006 ; 1280-1437.
- [18] Baromètre Santé 2005, www.inpes.sante.fr
- [19] Duchesne S., Haegel F. L'enquête et ses méthodes, l'entretien collectif. Evreux : Armand Colin, 2005 : 126 p.
- [20] Anaes, Afssaps, Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Saint-Denis : Anaes, 2004, 48 p.
- [21] French R, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs), versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001776. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD001776.
- [22] Thonneau P, Almont T, de La Rochebrochard E, Maria B. Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. Hum Reprod. 2006 Oct;21(10):2612-6. Epub 2006 Jun 14.
- [23] Salem R. New attention to the IUD : expanding women's contraceptive options to meet their needs. Population Reports, series B, N°7. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The Info Project 2006 Feb.
- [24] Contraception : pas d'interaction établie entre AINS et stérilet. Revue Prescrire. Janvier 2003, N° 235 :76.
- [25] Baveja R, Bichille LK, Coyaji KJ, Engineer AD, Gogoi MP, Hazra MN, Kochhar M, Lahiri BC, Manuel M, Nanda UK, et al. Randomized clinical trial with intrauterine devices (levonorgestrel intrauterine device (LNG), CuT 380Ag, CuT 220C and CuT 200B). A 36-month study. Indian Council of Medical Research Task Force on IUD. Contraception. 1989 Jan;39(1):37-52.
- [26] Sivin I, Stern J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. International Committee for Contraception Research (ICCR). Fertil Steril. 1994 Jan;61(1):70-7.
- [27] Salem R, Setty V. When contraceptives change monthly bleeding : how family planning providers and programs can help clients choose and use suitable methods. Population Reports, Series J, N°54. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The Info Project 2006 August.
- [28] Organisation mondiale de la santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2nd ed. Genève : OMS ; 2002. Lancet 2002;360(9348):1803-10.

- [29] Quereux C. Intrauterine device and infertility: have the risks changed? Can an intrauterine device be used in a nulliparous woman? *Gynecol Obstet Fertil*. 2000 May;28(5):412-4.
- [30] IMAP statement on intrauterine devices. *IPPF Medical Bulletin*. 2003 Apr ; vol 37, n°2 :1-4.
- [31] Boudineau M, Multon O, Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Gynécologie*, 738-A-09, 2001, 7 p.
- [32] World health organization (WHO), department of reproductive health and research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva, WHO, 2004. 168 p.
- [33] Renard V, Aubin I, Bacle F, Bottet A, Attali C. Un partenariat original pour former les médecins généralistes. *Le concours médical* 05-09-2006 ; tome 128 25/26 : 1057-8.
- [34] Marret H, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou MF, Raudrant D. Intrauterine devices in general practice: a prospective study of 300 insertions. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2002 Sep;31(5):465-70.
- [35] Fournier C. Aider les femmes à choisir leur méthode ; l'accompagnement ou le counseling. *Le concours médical* 05-09-2006 ; tome 128 25/26 : 1053-6.
- [36] Inpes, BVA. Les français et la contraception [enquête]. Paris : BVA, 2mars 2007 ; 47 p.
- [37] Serfaty D. La contraception, de la prévention à la thérapeutique. In : *Compte-rendu du 4^{ème} congrès de la Société francophone de contraception*, 2005.
- [38] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N; COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 2003 May;18(5):994-9.
- [39] Vera N. Le stérilet. Thèse de pharmacie, Université scientifique et médicale de Grenoble, U.E.R.de Pharmacie, 1984,. N°41, 100p.
- [40] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Inpes. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Sept 2007, 17p.

ANNEXES

ANNEXE 1 :
TRANSCRIPTION DU FOCUS GROUP
15 février 2007

FOCUS GROUP DU 15 FEVRIER 2007

Par souci de confidentialité, nous avons délibérément désigné les intervenants par l'initiale de leur prénom.

Les points de suspension correspondent à des passages blancs, d'hésitation de l'intervenant.

Les commentaires placés entre parenthèses et en italique correspondent à des réactions de l'assemblée, des commentaires de l'observateur.

Modérateur : nous sommes le 15 février 2007, il est 14h15 et nous démarrons le focus group concernant le stérilet ou dispositif intra-utérin, travail de recherche de Gwénaëlle Cavaro-Aschehoug. Ce focus group a lieu dans les locaux du département de Médecine Générale de la faculté de Nantes.

5 Question numéro un : c'est quoi pour vous un DIU ?

L : c'est un moyen de contraception, appelé anciennement stérilet avec un nom qui était un peu rébarbatif puisque stérilet suggère la stérilité. Le nom de DIU est beaucoup plus neutre. Il en existe deux types : les DIU mécaniques qui sont très nombreux et un DIU hormonal qui a des indications qui viennent compléter celles du DIU classique et qui nous rend aussi bien des services.

C : je connais le DIU sous le nom de stérilet, nous avons commencé à en poser il y a une trentaine d'années. Il existe actuellement également un stérilet hormonal qui nous rend beaucoup de services à l'heure actuelle.

15 P : le DIU est un moyen de contraception que je pose chez les femmes depuis maintenant 25 ans et que je continue de poser. Il existe des modèles non médicamenteux à base de cuivre qu'on utilise depuis environ 25 ans et des modèles à base de progestérone utilisés depuis quelques années. Une très belle expérience dont on pourra parler tout à l'heure.

20 N : je le nomme toujours stérilet, je trouve que DIU..., on aime bien les sigles mais... (*rives isolés de N*). Il est pour moi un très bon moyen de contraception, malgré quelques échecs qu'on retrouve aussi dans les autres modes de contraception. Pour compléter un peu, il s'agit également d'un moyen de contraception du lendemain et j'ai dû l'utiliser une seule fois dans ma carrière en tant que tel.

25 B : moi aussi, je parle plutôt de stérilet que de DIU. Je le conseille beaucoup même si je ne le pose pas moi-même. Je l'ai également utilisé une fois comme contraception du lendemain chez une patiente. Cette contraception présente beaucoup d'avantages surtout dans les suites d'une contraception estroprogestative posant des problèmes ou après une grossesse, je le conseille presque systématiquement.

30 AM : le DIU est une méthode anti-conceptuelle dont je discute avec les patientes qui viennent me parler de contraception, et à qui j'expose les différentes méthodes qui existent. Quand j'ai appris le stérilet au cours de mes études, il y avait beaucoup de limitations et je pense que cela évolue actuellement ; notamment en ce qui concerne d'une part la population concernée dont les nullipares, et d'autre part les précautions médicamenteuses à prendre avec le stérilet. Le stérilet récent à la progestérone nous rend des services dans des cas ciblés. J'en ai posé très peu depuis que je suis installée, parce que j'ai peu de patientes « preneuses » et la pose du

35 dernier m'a posé un problème technique donc il faudrait que j'améliore ça. J'en posais davantage quand j'étais interne.

A : j'ai commencé ma carrière dans le pays où le principe du stérilet a été inventé, en Tunisie. C'est un gynécologue que je connaissais bien et qui doit être mort actuellement qui en a inventé le principe. Dans son pays depuis des millénaires, on avait pris l'habitude de mettre
40 un galet dans l'utérus des chamelles qui venaient d'accoucher. J'ai beaucoup travaillé là-bas où j'étais très favorable au stérilet, c'était un moyen contraceptif très développé grâce à la renommée de Mohamed Chedli qui avait mis le système en place sur la Tunisie. A cette époque, j'ai posé pas mal de *Dalkon Shield* avec beaucoup de difficultés puisqu'ils étaient très difficiles à poser. Il fallait vraiment une structure hospitalière pour le faire. Si bien qu'une fois
45 de retour en France, seul dans mon cabinet, je n'ai pas posé de stérilet et je continue de ne pas en poser. Alors que je sais de par mon épouse qui en pose plusieurs par semaine que c'est devenu extrêmement facile. Malgré tout, je reste très favorable à cette méthode que je trouve fiable, qui met les gens à l'abri des oublis. Il existe bien sûr des failles dans sa fiabilité mais c'est toujours mieux que tous les oublis de pilule. L'évolution des stérilets est très intéressante
50 avec les modèles au cuivre et maintenant hormonaux, qui sont plus faciles à poser et plus fiables que le *Dalkon Shield*, ce dernier présentait, en plus de la difficulté de pose, des problèmes d'infections. Je crois savoir qu'actuellement ces infections dues aux stérilets n'existent plus. Je préconise énormément de stérilets et je les adresse à ma femme, ce qui est très confortable.

55 R : je conserve également le terme de stérilet puisque c'est celui que les patientes connaissent, parler de DIU c'est les mettre en difficulté par rapport à ce qu'elles connaissent. Le stérilet fait partie des moyens de contraception que je propose de manière systématique aux femmes qui viennent pour une consultation dans le cadre de la contraception. Je suis ainsi amené à en exposer les avantages et les inconvénients par rapport aux autres moyens contraceptifs
60 disponibles. Ceci étant je n'en pose pas moi-même, compte tenu de la structure dans laquelle je travaille. Il fait partie des éléments que j'aurais tendance à favoriser, sans influencer le choix des patientes, et en tout cas à ne pas négliger notamment en ce qui concerne les avantages et les inconvénients par rapport à la contraception orale.

J : je n'ai plus grand chose à dire sur la technique du stérilet. Il fait partie des moyens de
65 contraception que je présente à la femme qui vient me voir pour une contraception. Ils ont considérablement évolués, certains effets secondaires ont bien diminués avec l'apparition des stérilets dits hormonaux. Ils restent à l'heure actuelle le moyen de contraception le plus performant, contrairement à ce qu'on pourrait penser. Il a entièrement sa place dans ma panoplie d'informations aux femmes, je le proposerais cependant plus particulièrement à
70 certaines catégories de femmes, mais je pense qu'on va le développer tout à l'heure.

Modérateur : merci, est-ce que quelqu'un veut réagir sur les propos du groupe ?

Plusieurs fois sont ressorties les notions d'avantages et d'inconvénients, donc je vous propose de faire un second tour de table pour préciser ces points.

J : dans les avantages on peut nommer la durée d'action, notamment des nouveaux systèmes
75 dont le DIU hormonal, qui est de cinq ans. Le contrôle médical est simplement annuel. Les DIU anciens pouvaient être responsables de règles abondantes amenant parfois des anémies ferriprives, ce qu'on ne retrouve plus avec les nouveaux stérilets. Ceci représente un net progrès au niveau des avantages.

80 R : pour moi, le principal avantage du stérilet est le moyen qui contourne l'oubli de la
contraception orale, on est en effet souvent confronté à des appels téléphoniques concernant
ces oublis. Pour les stérilets à la progestérone, l'avantage est de diminuer le flux sanguin des
règles ; cet avantage n'en est un en réalité que si la femme le considère comme tel. A savoir
que j'ai vu des femmes en colère contre leur gynécologue qui leur avait posé un stérilet à la
85 progestérone sans leur expliquer qu'elles pouvaient n'avoir plus du tout leurs règles, et c'était
pour ces femmes un très gros désavantage. Cette semaine même, j'ai proposé un stérilet à une
jeune patiente qui m'a répondu que si le risque était de ne plus avoir de règles, alors elle ne
voulait pas de ce type de contraception. Cet avantage peut donc parfois être vécu comme un
inconvenient. Dans les inconvenients, on peut citer que certaines femmes peuvent avoir une
appréhension sur leur propre sexualité ou sur ce que va ressentir leur partenaire. Ainsi c'est
90 encore dans le vécu et le ressenti des patientes qu'il faut chercher les avantages et les
inconvenients, et c'est fonction de l'information qu'on va leur donner qu'elles pourront
librement s'exprimer.

95 A : les deux avantages du stérilet sont l'absence d'oubli, la simplicité de la sexualité puisque
qu'il n'y a aucun moyen à utiliser avant, pendant ou après l'acte sexuel. En tant que médecin
généraliste, le principal avantage des stérilets au cuivre est l'absence totale de contre-
indications ; sauf des contre-indications locales d'infections, de saignements, d'hypertrophie
de l'endomètre, de fibrome mais sur un utérus sain, il n'y a pas de contre-indication. Ce qui
est extrêmement pratique. Chez les diabétiques, les hypertendues, les antécédents de phlébite,
c'était très facile de prescrire ce stérilet au cuivre. Le seul ennui qu'on pourrait avoir est de
100 faire saigner ou d'avoir des douleurs. Actuellement tout cela a changé avec l'apparition du
stérilet à la progestérone.

AM : dans les avantages, on peut citer la durabilité dans le temps, le contournement des
oublieuses, l'alternative en cas de contre-indication à une autre méthode contraceptive. Dans
105 les inconvenients on cite pour les DIU classiques, la tendance à l'hyperménorrhée
essentiellement, ce qui va aussi conditionner la surveillance. Les principaux intérêts du DIU
hormonal sont la gestion de cette hyperménorrhée et la gestion de la périménopause.

110 B : pour les avantages du stérilet, c'est essentiellement la simplicité, pas besoin de penser à
quoi que ce soit ni avant, ni pendant, ni après le rapport, cela tout au long du mois ; donc il
n'y a pas d'oubli. Le système est posé pour cinq ans. Pour les stérilets au cuivre, il n'y a pas
de contre-indications métaboliques, pas d'âge à risque, pas de problèmes avec les patientes
fumeuses qui sont de plus en plus fréquentes. Pour les stérilets classiques, les inconvenients
majeurs sont les anémies ferriprives qu'on retrouve assez souvent, parfois il peut y avoir des
expulsions. J'ai rencontré également quelques prises de poids avec le stérilet à la
115 progestérone, chose que les patientes ne tolèrent pas du tout. Mais il y a globalement peu
d'inconvénients avec les DIU hormonaux, comparés aux avantages. Il faut noter aussi souvent
la réflexion des femmes par rapport au fait d'avoir un corps étranger dans l'utérus, ce qui les
perturbe parfois. En tout cas, je ne les force jamais à choisir cette contraception, cela reste
avant tout un choix personnel.

120 N : je ne vais pas reprendre tout ce qui a déjà été dit, je voudrais ajouter quand même qu'entre
avoir des règles plus longues, plus abondantes et de ne plus en avoir du tout, il faudrait bien
trouver une solution. (*réaction de l'assemblée : sourire de compassion*). J'ai également eu le
cas d'une patiente dont le stérilet hormonal a été posé par un gynéco sans information
préalable et qui n'était pas du tout satisfaite de cette absence de règles. L'information est donc
125 importante, et il ne faut pas forcément considérer que le stérilet à la progestérone est un
progrès par rapport au stérilet au cuivre. D'autre part dans les avantages : j'ai une patientèle

avec beaucoup de femmes immigrées, et c'est important de pouvoir leur donner une contraception sans qu'elles aient à le dire à leur mari ; un avantage avec malgré tout beaucoup de difficultés pour ces femmes dans le fait de prendre une contraception et de mentir à leur conjoint. Dans les réticences des femmes : on retrouve souvent cette notion de corps étranger, et aussi la notion de grossesse sous stérilet et c'est impressionnant le nombre de femmes qui disent connaître dans leur entourage des femmes qui sont tombées enceintes sous stérilet, (*à nouveau sentiment d'approbation général de la salle*) ce qui ne correspond d'ailleurs pas aux statistiques officielles.

135 P : dans les avantages, je reprends ce qui a été dit : le fait qu'on ne le change que tous les cinq ans, qu'on n'a pas besoin d'y penser, qu'il n'y a pas d'oubli. Le fait qu'on puisse assurer une éventuelle contraception post-coïtale est aussi un avantage. Egalement le respect du cycle hormonal normal est important, avec ses deux périodes, au contraire des contraceptions orales qui donnent des cycles monomorphes qui ne sont pas toujours bien tolérés. Autre avantage par rapport à la pilule est qu'on peut le prescrire à la femme qui fume, ce qui est de plus en plus fréquent. Les stérilets à la progestérone agissent en diminuant et donc en améliorant les hyperménorrhées, à condition d'avoir averti la patiente d'une possible aménorrhée totale. En tout cas l'hypoménorrhée retrouvée a permis de traiter des anémies sans avoir à donner un traitement hormonal. Dans les inconvénients, on retrouve celui théorique de l'infection que j'ai d'ailleurs rarement vu dans ma carrière, et qui est aujourd'hui très limité depuis que les stérilets sont à base de cuivre. Les autres inconvénients sont les grossesses extra-utérines et les grossesses intra-utérines, ce sont des choses qui arrivent donc il faut avoir prévenu la patiente dès le départ et lui faire prendre conscience de l'attitude qu'elle aurait au cas où cela lui arriverait.

150 C : je ne reviendrai pas non plus sur tous les avantages et les inconvénients qui ont déjà été cités. Un avantage à mon sens est qu'auparavant c'était sur notre demande qu'on incitait les femmes à mettre un stérilet alors qu'actuellement ce sont plus les femmes qui nous le demandent, et en particulier quand il y a des oublis de pilules. L'avantage du stérilet est l'absence de modifications de la libido, comparé à certaines pilules. Il n'y a pas de contre-indications avec les prises d'anti-inflammatoires et d'aspirine, c'est maintenant prouvé. Un inconvénient non négligeable est le suivi chez certaines femmes si on les a mal informées, elles ne vont pas consulter régulièrement et on risque de voir des femmes au bout de quatre ou cinq ans avec des stérilets au bout de leur efficacité. Il est donc important de conseiller un contrôle gynécologique annuel. Un gros avantage dans la période de périménopause puisqu'on peut avec le DIU savoir comment fonctionne le cycle de la femme et donc savoir si elle entre ou pas en réelle ménopause.

165 L : c'est extrêmement difficile de passer en dernier puisque beaucoup de choses ont été dites. Je reviendrai sur la notion importante du suivi gynécologique pour éviter de voir les patientes juste pour le changement de stérilet, suivi aussi essentiel dans le dépistage gynécologique. Concernant les représentations qu'ont les femmes du stérilet, cela conditionne beaucoup leurs motivations pour ce choix ; que ce soit les femmes qui se représentent le stérilet comme un corps étranger ou les femmes qui vivent l'absence de règles comme une perte de féminité. Ainsi quand on motive une patiente pour ce type de contraception parce que médicalement elle nous semble la plus adaptée, il faut sûrement travailler sur les représentations que la patiente peut avoir de cette contraception.

170 A : je vais revenir sur ce que vient de dire N, elle pose des stérilets à des femmes issues de l'immigration, et c'est vrai que chez les femmes musulmanes c'était assez pratique de poser des stérilets. Mais de mon expérience, il y a maintenant plus de 35 ans, elles se faisaient poser

des stérilets en se disant « je ne vais plus être enceinte », et c'était assez fréquent de les voir revenir en disant « mais mon mari ne me respecte plus car je ne fais plus d'enfants » ou « mon mari s'étonne que je n'ai plus d'enfants ». Et j'ai remarqué aussi en France une baisse de la libido pour cette raison à l'époque où les femmes n'avaient pas encore bien intégré la contraception, parce qu'elles se savaient non fécondes. Une deuxième chose et je ne sais pas si ce sera l'avis de tout le monde, on voit quand même plus de cervicites et d'irritations avec les fils du stérilet que chez les femmes qui n'en ont pas.

180 Modérateur : des commentaires ?

P : je suis d'accord avec toi : il existe quelques cervicites qui ne se calment qu'à l'ablation du stérilet, mais cela reste quand même extrêmement peu fréquent, en tout cas dans mon expérience.

185 C : un avantage aussi des nouveaux stérilets est qu'ils sont plus faciles à poser qu'autrefois et ils sont plus stables in utero, on n'a pratiquement jamais d'expulsion de stérilet, spontanément.

N : un autre avantage dont on n'a pas parlé est le fait que ce soit une bonne contraception du post-partum pour les femmes qui allaitent, dont celles qui allaitent longtemps comme les musulmanes ou les immigrées africaines.

190 Modérateur : si le sujet est maintenant épuisé, je vais quand même revenir sur un point qui a été évoqué à plusieurs reprises et qui nous permettra de faire un lien avec votre pratique. Il a été beaucoup question d'information pour essayer de déconstruire les représentations des gens ou pour essayer de les motiver, j'aimerais donc connaître le contenu de l'information (ce qui va faire le lien entre vos connaissances théoriques et votre pratique) que vous délivrez à vos patientes ?

195 L : l'information passe aussi par la présentation d'un stérilet à la patiente, par l'intermédiaire d'échantillons, je leur explique en essayant de mimer la pose du stérilet ; cela leur permet de mieux se représenter la taille du système et le procédé de mise en place. Il faut par ailleurs essayer de leur faire expliciter les représentations qu'elles en ont, ceci pour asseoir l'indication en toute connaissance de cause et sans avoir l'impression de les influencer.

200 C : je leur présente également de cette façon et j'essaie de répondre à toutes les questions qu'elles peuvent se poser. On a souvent des questions concernant l'efficacité du stérilet par rapport à la pilule, elles ont aussi souvent peur d'avoir des modifications de leurs règles puisqu'elles ont entendu que les règles pouvaient devenir plus abondantes. Il faut donc dédramatiser ces choses. L'indication du stérilet, qu'il soit au cuivre ou hormonal, se fera selon le désir de la femme et selon son cycle qui sera défini au cours de l'interrogatoire.

205 P : je leur présente toujours les deux types de stérilets existants, parmi les autres moyens de contraception bien sûr, avec leur mode de pose (à l'aide d'un petit utérus en plastique de démonstration). Je réponds à toutes leurs questions et j'essaie justement au niveau de la représentation qu'elles ont et des questions qu'elles se posent vis à vis du saignement, en particulier dans le cas du système à la progestérone, de leur expliquer ce que sont les règles. Et ce n'est pas parce qu'on n'a pas de règles qu'on grossit, car elles ont souvent la représentation que l'aménorrhée fait grossir ; parce que c'est la grossesse et c'est la ménopause. Je leur dis donc ce que sont les règles, comment elles arrivent et ce que ça fait quand il n'y en a pas. L'avantage également de poser soi-même les stérilets est qu'ils font

partie de la panoplie de moyens contraceptifs au même titre que les autres ; contrairement aux deux premières années de mon exercice où je ne les posais pas et je pense que j'avais alors une petite réticence à les proposer dans la mesure où je craignais que la patiente m'échappe dans la suite du suivi. Le fait donc de les poser m'a permis de me libérer à ce niveau.

220 N : si la femme n'a pas déjà une idée d'une méthode de contraception et me demande des renseignements, j'expose alors les avantages et les inconvénients du stérilet, de même que pour les autres moyens contraceptifs ; ceci selon un conseil personnalisé. Parfois elle a décidé à l'avance la méthode du stérilet, à ce moment je lui montre un schéma, un modèle de stérilet. Je précise que la boîte donnée en pharmacie est grande et que le système à l'intérieur est bien plus petit, en effet la plupart sont effrayées en revenant de la pharmacie. (*rires de l'assemblée*). Puis j'explique le suivi. Il y a souvent des questions pour savoir si le partenaire va ou non sentir les fils, il faut donc les rassurer sur l'absence de gêne au niveau des relations sexuelles.

230 B : je ne les pose pas donc j'ai moins de questions aussi pratiques de la part des femmes. Pour moi, l'information est plus au moment du choix d'une contraception. Je suis désolée de le dire mais j'essaie parfois de vendre le stérilet, même si je sais que la meilleure contraception est celle que les femmes choisissent. Il n'empêche que spontanément, moi qui ai une clientèle assez jeune, elles ne vont pas vouloir lâcher d'elles-mêmes leur pilule, et même après une première grossesse ; donc souvent c'est moi qui leur demande si ce ne serait pas désormais plus simple pour elles de passer à autre chose. J'énumère alors les avantages et les inconvénients énoncés tout à l'heure. Je propose rarement dans ces cas les stérilets à la progestérone, ce qui est différents chez les patientes de 40 à 45 ans où il est plus avantageux d'avoir des règles moins abondantes. Et je fais des schémas car je n'ai pas d'utérus de démonstration.

240 AM : je ne vais pas ajouter grand chose, j'expose d'abord les méthodes contraceptives en détails. Quand il s'agit du stérilet j'ai l'habitude de montrer la boîte et l'engin, ainsi que l'insertion avec un petit utérus en plastique. J'essaie aussi de répondre aux questions qu'elles peuvent se poser. A noter une petite réflexion sur la notion de corps étranger, j'ai plus souvent eu des oppositions de femmes pour l'implant sous-cutané à la progestérone que pour le DIU, aussi étrange que cela puisse paraître.

250 A : la contraception est un choix de la patiente mais aussi du médecin. La pilule est souvent essentiellement le choix de la patiente, c'est souvent la jeune femme en bonne santé, qui ne connaît pas ses problèmes métaboliques ou qui n'en a pas ; à cet âge, on va laisser la femme choisir. Le stérilet va s'adresser aux femmes qui ont déjà eu des enfants, qui ont déjà un petit peu d'âge, et on va faire entrer dans ce choix la notion de thérapeutique. Le stérilet simple au cuivre va être celui qu'on va plus facilement proposer à n'importe qui puisqu'il n'y a pas de contre-indication. On va répondre à la question « est-ce que je vais grossir ? », qui est une de leur principale question aujourd'hui : « non, si vous grossissez c'est qu'il y a autre chose ». Dans ma pratique, je préconise très souvent le stérilet, et le stérilet thérapeutique hormonal va être indiqué dans certaines conditions : les femmes qui ont une hyperménorrhée, un fibrome... et elles vont donc bénéficier du traitement d'un inconvénient qu'elles ont déjà. Il est certain que si on pose le stérilet hormonal au tout venant, on va avoir plus de mauvaises surprises que si on a choisi de poser ce stérilet parce qu'il y a des signes d'hyperestrogénie. On a toujours la question de la femme « est-ce que cela fait mal à la pose ? », le problème est résolu avec les stérilets modernes puisque les poses sont relativement peu douloureuses, sauf chez quelques femmes très sensibles. Et je n'ai rien de plus à rajouter.

R : je ne pose pas de stérilets puisque c'est mon associée femme qui le fait. Mon information est déclinée en deux parties. Soit je suis dans le cadre d'une primo-contraception, ce sont alors souvent des jeunes filles où l'indication du stérilet est quand même plus limitée, d'autant plus que ces jeunes filles appartiennent à la génération pilule et viennent souvent directement dans une demande de pilule. Sauf dans les cas où il existe chez ces jeunes femmes un tabagisme, un risque cardio-embolique, où il faudra rediscuter des autres moyens de contraception, sinon elles vont spontanément vers la contraception orale. Soit il s'agit de patientes venant pour un suivi gynécologique, au cours de mon entretien je vais mettre en évidence des problèmes éventuels concernant leur contraception, ceci pour réévaluer l'ensemble des moyens de contraception dont le stérilet. Contrairement à ce que disait P sur son appréhension à voir des patientes partir pour le suivi suite à la pose du stérilet, je n'ai pas ce problème puisque je suis associé à une femme qui a un recrutement gynécologique plus important et c'est d'un commun accord que ma collègue s'est mise à poser les stérilets. Nous avons une patientèle commune au cabinet, ainsi mes patientes vont la voir pour la pose. En terme d'information, je vois donc ces deux états : primo avec davantage de contraception orale puisqu'il s'agit souvent de jeunes filles, hormis problématique de contre-indications ; et l'autre élément c'est qu'à chaque consultation gynéco, savoir comment se passe la contraception et si il y a un problème alors on réévalue les moyens contraceptifs disponibles dont le stérilet. Je ne préconise pas plus le stérilet qu'autre chose puisque je pars du principe que c'est la femme et même le couple qui doit choisir la méthode qui leur convient le mieux.

J : beaucoup de choses ont été dites. Je voudrais aborder le problème différemment : je m'attache plus particulièrement à ces croyances et à ces freins concernant les stérilets, ce qu'elles ont entendu. Effectivement, le nombre de grossesses sous stérilet est impressionnant quand on les interroge, il faut alors leur dire que des milliers d'autres femmes porteuses d'un stérilet n'ont pas eu ce problème. La question de savoir si le partenaire va le sentir, va être gêné au moment des rapports revient assez fréquemment, également des interrogations sur les douleurs à la pose, sur les difficultés de l'insertion. Ainsi en fonction de tout ce que la femme va exprimer, j'essaie d'y répondre point par point pour remettre un peu les choses en place. Dans le cadre de contre-indications à d'autres méthodes de contraception, j'explique pourquoi le stérilet est plus adapté à sa situation particulière.

Modérateur : est-ce que quelqu'un a un complément ?

AM : je reviens sur douleurs et pose. En discutant avec les femmes, il peut y avoir des douleurs au moment de la pose et notamment pour le stérilet à la progestérone dont le diamètre de l'inserteur est un peu plus gros et qui peut donc nécessiter une dilatation. On ne peut pas dire que cela ne fait jamais mal, il peut aussi y avoir des douleurs dans les jours suivant la pose. Nous disposons alors de médicaments pour y répondre.

N : il m'arrive parfois de demander à la femme de prendre un comprimé de *Cytotec*® une heure avant et cela facilite quand même bien la pose du stérilet.

300 Modérateur : d'autres commentaires ?

En terme de stratégies, vous avez donc deux attitudes : soit vous laissez faire et vous adaptez à la demande de la patiente et si vous n'y voyez pas d'inconvénients, vous adhérez à son projet de contraception ; et parfois vous êtes un peu plus directifs et incitatifs. Alors je voudrais qu'on travaille là dessus : comment vous pratiquez votre incitation positive ?

305 J : il y a une contre-indication dont tout le monde a parlé qui est le tabac, à savoir que la contraception orale et le tabac au-delà de 35 ans posent problème, donc le stérilet semble une

indication idéale dans ces cas. De même que lors de risque cardio-vasculaire ou tout autre contre-indication à la contraception orale. On a vu aussi que la période de périménopause paraît être un moment privilégié pour discuter avec la patiente si elle est d'accord de la pose d'un stérilet. Les stérilets répondent quand même à beaucoup de levées de contre-indications des autres contraceptifs et ils constituent donc un moyen qui nous a beaucoup aidés.

R : je ne pense pas être incitatif et encore moins prosélyte par rapport au stérilet. Comme je le disais tout à l'heure, c'est l'analyse du ressenti de la contraception actuelle ou l'apparition de troubles de cette contraception qui vont me faire donner les informations nécessaires à une prise de décision. C'est-à-dire que la femme va prendre la décision, informée des risques potentiels de poursuivre une contraception orale avec le tabac, au delà de 40 ou 45 ans, comparé aux avantages et inconvénients d'une pose de stérilet. Je suis donc d'abord informatif et après je respecte le choix.

A : je pense qu'il faut être respectueux du choix de la patiente, mais ce n'est que son choix. Je suis avant tout médecin, c'est-à-dire que si son choix n'est pas le bon, je lui ferai savoir. C'est une des raisons pour lesquelles je préconise assez souvent le stérilet, car comme je l'ai dit dès le départ, il y a relativement peu de complications. Mais je pense quand même qu'il faut comparer le choix de la patiente qui lui est propre et le choix du médecin qui est scientifique, technique. Si le choix de la femme ne semble pas être le bon, j'essaie de la convaincre d'une autre méthode, ce qui n'est pas toujours facile. Je ne suis pas qu'un prescripteur de médicament ou de contraception, je suis avant tout médecin.

AM : je partage l'avis de mes confrères qui viennent de s'exprimer. A partir du moment où j'ai affaire à une femme sans terrain pathologique particulier, sans contre-indications, je suis son choix de contraception. S'il y a une indication à poursuivre ou à installer un mode spécifique de contraception, autre que celui désiré, je suis nettement plus incitative.

B : je vais redire ce que j'ai exprimé tout à l'heure. Avant 30 ans, avant les premières grossesses, alors pas de problème : la contraception est presque toujours la pilule. Après les grossesses, je commence à leur demander si elles ne pensent pas qu'il serait bien de changer de contraception ; si elles n'ont rien contre car je ne vais jamais les forcer à quoi que ce soit. Je ne vais pas leur dire que la pilule n'est plus bien, mais les informer qu'il existe d'autres moyens qui seraient peut être plus adaptés à cette période. Malgré tout j'ai pleins de patientes de 50 ans qui sont toujours sous pilule. Je ne force personne sauf quand il s'agit de contre-indications majeures : comme pilule, plus de 35 ans et tabac, là je ne renouvelle pas, je ne donne plus d'estrogestatifs.

N : j'ai remarqué qu'au moment où est sorti l'implant sous-cutané à la progestérone, avec tout le tapage médiatique que cela a suscité, beaucoup de femmes jeunes et plus âgées ont été demandeuses ; j'ai alors à ce moment beaucoup freiné et orienté plutôt les femmes vers les stérilets. Ceci après avoir pris connaissance des inconvénients de l'implant, notamment des difficultés pour son retrait comparé au retrait très simple d'un stérilet. A cette période, j'ai effectivement été incitative, par ailleurs je rejoins mes confrères en disant que je suis incitative dans les cas où il y a une contre-indication à une contraception hormonale. Cependant pour les jeunes femmes de moins de 30 ans, je me sais beaucoup moins incitative par rapport au stérilet car je reste sur ce que j'ai appris, c'est-à-dire qu'on ne posait pas de stérilet chez les nullipares. Maintenant je sais que les choses ne sont plus ainsi mais j'en garde malgré tout des séquelles. (*sourires de la salle, approbation générale ?*)

P : comme mes collègues, je suis fortement incitatif uniquement en cas de contre-indication. Dans les autres cas, je propose tous les moyens de contraception, en insistant peut-être sur le stérilet après la première grossesse ; avec alors une présentation de celui-ci de manière un peu plus poussée.

355 C : je pense aussi que c'est un moyen de contraception qui se démocratise de plus en plus. On a moins besoin d'être incitatif dans le sens où les femmes ont souvent dans leur entourage proche des porteuses de stérilet et qui en sont satisfaites. Ensuite on n'a plus qu'à adapter s'il y a une contre-indication éventuelle. L'avantage du stérilet pour une femme en âge de procréer est qu'on peut le retirer et elle peut tomber enceinte immédiatement, contrairement à
360 d'autres moyens contraceptifs.

L : je suis incitatif quand le conseil du médecin est prédominant, de même que vous l'avez dit, et dans la mesure où c'est alors un devoir médical. Cette incitation ne peut se faire que sur le mode relationnel, pour finalement faire adhérer la patiente à cette indication. Pour le reste j'essaie d'être le plus neutre possible, mais comme d'autres je suis marqué par ma formation.
365 J'ai donc probablement une présentation des stérilets plus effacée pour des femmes jeunes. Je reviendrai sur l'implant sous-cutané que je propose, chez ces patientes jeunes et oublieuses, davantage que le stérilet comme une alternative à la pilule. Je n'ai d'ailleurs pas d'appréhensions au retrait.

Modérateur : je n'ai pas eu tout à fait la réponse à la question posée, je vais donc la reformuler
370 différemment. J'ai bien compris qu'il y a des situations où vous faites un choix scientifique. Il n'empêche qu'il y aura forcément des obstacles à lever, je voudrais ainsi connaître les obstacles que vous opposent les patientes et comment vous les contournez ?

L : parmi ces obstacles, il y a premièrement le risque de grossesse souvent mis en avant par les patientes, puisqu'elles ont pour la plupart eu l'écho de personnes dans cette situation. Face à
375 cela, on peut leur montrer les chiffres réels, mais il est néanmoins difficile de lutter contre des idées bien ancrées. Les autres obstacles ont déjà été cités dans les avantages et les inconvénients, à savoir les hyperménorrhées, les douleurs. Avec le système hormonal, l'absence possible des règles suscite la question « comment savoir que je ne serai pas enceinte ? », ce n'est pas toujours facile de leur lever cette angoisse, même dans les cas où il y
380 a une réelle indication thérapeutique de ce type de stérilet. On n'est en général pas dans l'urgence pour changer une contraception. Parfois les consultations successives permettent d'induire un changement de comportement d'une patiente par rapport à un type de contraception, ses avantages et ses inconvénients.

C : parmi les autres obstacles on peut nommer les anti-inflammatoires pour les femmes qui
385 ont des traitements au long cours, et d'autres traitements qu'il faut savoir aussi prendre en compte. Elles ont aussi souvent peur des infections. On a enfin le cas de la femme nullipare (pas toujours la femme jeune) qui peut poser des problèmes, dans le sens où elle a souvent une réticence quant à la pose d'un stérilet, même si elle n'a aucune contre-indication particulière à cette pose.

390 P : les obstacles souvent rencontrés sont principalement toute la contre-publicité qu'ont fait les copines : à cela je réponds que les copines parlent beaucoup et qu'il y a aussi plein de femmes porteuses d'un stérilet qui n'en parlent pas. Dans mon expérience il y a beaucoup plus de satisfaites que d'insatisfaites. C'est vrai que les patientes qui se sont retrouvées confrontées à un problème ont tendance à beaucoup en parler, mais il faudrait davantage en
395 parler au médecin plutôt qu'à la copine. Concernant les grossesses extra-utérines ou intra-

utérines, je leur explique ce qui se passerait au cas où cela arriverait ; je leur fait de suite prendre conscience de l'attitude qu'elles auraient en cas de grossesse évolutive, de manière à amener une première réflexion sur ce point. Quant aux hyperménorrhées, on discute du type de stérilet à poser et des méthodes possibles pour diminuer le flux. Une autre question fréquente est de savoir si les fils seront sentis par le mari : sauf problème technique de notre part où les fils sont coupés au ras du col, sinon ils sont toujours recourbés dans le cul de sac et donc sans gêne pour le partenaire ; je leur explique que cela tient donc plus souvent du fantasme que d'autre chose. Concernant le problème d'aménorrhée lié au système hormonal, je prends le temps de leur expliquer ce qu'est une aménorrhée, pourquoi cela arrive, et qu'elles ne peuvent justement pas être enceinte dans cet état car il n'y a plus de coussin pour recevoir et nourrir l'œuf. Voilà donc les réponses que j'apporte aux principales questions ou réticences exposées par mes patientes.

N : je vais compléter sur la peur de la pose elle-même, de la douleur et de la durée de pose. Je leur dit que c'est à peine plus long qu'un examen gynécologique habituel, que cela peut être un peu douloureux au moment du passage de l'orifice interne du col. En cas d'angoisse ou si la femme le désire, on peut tout à fait leur faire prendre quelque chose avant de manière à diminuer la douleur. Il faut donc être informatif et rassurant, leur dire que c'est à peine plus désagréable qu'un examen gynécologique, déjà souvent vécu comme désagréable. (*sourires d'approbation des femmes de la salle*) Egalement il faut spécifier qui les pose car certaines patientes sont persuadées qu'il faut qu'elles aillent voir un gynécologue ou qu'elles aillent à l'hôpital pour ce geste. Elles sont donc étonnées et contentes quand on leur dit que cela peut se faire par leur médecin traitant au cabinet.

B : je n'ai pas grand chose à ajouter. L'argument souvent répété par mes patientes est que c'est un moyen contraceptif moins fiable que la pilule. Quand elles me disent qu'il peut y avoir des grossesses sous stérilet, je leur répond qu'effectivement une pilule très très très bien prise est certainement plus efficace mais c'est malheureusement rarement le cas ; ainsi l'un dans l'autre, le stérilet n'est sûrement pas moins fiable.

AM : je n'ai pas grand chose à ajouter. Il y a quand même une réticence qui me paraît incontournable, c'est le refus d'une méthode abortive qui a été avancé par certaines de mes patientes. Ça a alors été leur seul refus devant la pose d'un stérilet. Je vois difficilement comment aller à l'encontre de cet argument, même si ... (*hésitation de AM*)

A : je vais rebondir sur ce que N a dit car je ne suis pas dans le même camp puisque je fais partie des gens qui ne posent pas de stérilets, et ça c'est un obstacle réel. En dehors même de l'angoisse de la douleur ou de la pose, il va obligatoirement se passer du temps entre le moment où je vais le préconiser et le moment où il va être posé, il va y avoir un temps entre ma prescription et l'acte supplémentaire. Cet acte supplémentaire est souvent mal vu car cela leur fait perdre du temps, c'est un autre examen gynécologique. En plus de cela le temps entre les deux est un temps de réflexion, qui va parfois les amener à changer d'avis. C'est donc bien un obstacle.

R : si on est face à une contre-indication formelle de prescription d'une contraception estro-progestative, il va donc falloir fournir à la patiente le catalogue des autres possibilités de contraception. Puis je développerai les arguments que nous venons de citer ensemble en fonction de ce que va me dire la femme.

J : je ne pose pas les stérilets mais contrairement à A ce n'est pas un frein pour moi de proposer à la patiente qui l'accepte d'aller voir un gynécologue pour lui poser le stérilet. Elle

continue ensuite de venir me voir pour le suivi, ce n'est pas un frein car c'est quelque chose qu'on prépare ensemble. On discute ensemble du stérilet choisi, au cuivre ou hormonal, du moment du cycle où va se faire la pose. Ainsi je n'ai pas noté que ce soit un frein à l'acceptation du stérilet. On a beaucoup parlé des freins mais je voudrais aussi citer un argument qui peut séduire certaines femmes, c'est l'absence d'hormones pour le système au cuivre ; en effet certaines patientes sont « anti-hormones » et elles sont facilement séduites par ce mode de contraception qui est par ailleurs bien accepté. Pour revenir sur la méthode dite abortive, cela peut effectivement poser un problème pour certaines ; ceci étant je pense qu'il faut qu'on leur explique que c'est d'abord un frein à la progression des spermatozoïdes avant d'être une méthode abortive, et elles sont capables de l'entendre. Voilà ce que je peux ajouter, en dehors du principal frein qui reste l'exemple de la copine qui est tombée enceinte sous stérilet, et c'est le frein le plus fréquent. Mais ce frein se lève actuellement de plus en plus facilement, aussi par le fait qu'elles sont mieux informées, par les médias entre autre.

L : je voudrais faire un petit rajout à propos du terme stérilet qui évoque bien sur la stérilité, on retrouve parfois chez des patientes une représentation très forte de cette association. Il paraît donc important de signaler aux femmes qu'il n'y a pas de lien, même si le nom ressemble.

C : on peut aussi retrouver des réticences suite à une césarienne, la femme peut appréhender la pose d'un stérilet dans ces suites, il faut donc également dédramatiser cette situation. La pose est alors tout à fait possible, moyennant certaines précautions.

B : j'ai récemment été confronté à une situation : une patiente nullipare que j'ai adressée à un gynécologue pour une pose de stérilet et ce dernier n'a pas voulu lui poser.

R : je me pose la question, à l'époque où la pilule prédomine, si dans l'esprit des patientes le stérilet ne serait pas parfois ringard. J'ai le sentiment que oui pour certaines femmes.

A : on retrouve également parfois l'opposition du partenaire masculin à la pose d'un stérilet, c'est le cas dans certaines religions, dont les musulmans.

L : Et même de temps en temps chez des personnes catholiques ou en dehors du cadre de la religion. La religion catholique s'oppose également aux méthodes abortives.

Modérateur : on a donc soulevé un certain nombre d'obstacles. Vous nous avez livré vos pratiques, à la fois complémentaires et diversifiées. L'heure tourne et il va falloir qu'on conclue ce focus group. J'aimerais qu'on fasse maintenant un peu de prospectif : en fonction de tout ce que vous avez pointé, mis à jour, est-ce que vous voyez des pistes d'amélioration sur l'acceptabilité du stérilet par les patientes, sur le fait de pouvoir améliorer votre propre présentation du stérilet. Vous avez en effet soulevé des freins liés à la patiente et liés à votre pratique : est-ce que vous voyez des résolutions de problèmes ?

J : comme je le disais tout à l'heure, je crois qu'il est important de se mettre dans les représentations de sa patiente pour essayer de les remettre à leur juste place si elles sont non fondées. C'est souvent un travail d'éducation et de préparation qui ne se fera pas sur une consultation, on lui demande de réfléchir aux différents moyens de contraception qu'on lui aura préalablement explicités dans les détails. Il faut lui laisser le temps d'accepter et de comprendre toutes les informations, d'en discuter avec son partenaire. Puis on en reparle au cours d'une prochaine consultation pour que son choix soit compatible avec d'éventuelles contre-indications médicales.

Modérateur : j'entends bien ta position, mais en pratique : comment procèdes-tu ?

485 J : en pratique, je peux donner en attendant si possible une contraception estroprogestative en prévoyant de revoir la femme tous les six mois. Parfois cela peut prendre plus d'un an avant que la femme ne se décide sur une autre contraception. On prend le temps qu'il faut pour que la patiente progresse, qu'elle accepte un changement de sa contraception.

490 R : ...quand une patiente va venir me voir dans une demande de contraception, je vais tout d'abord lui demander ce qu'elle en sait et ce qu'elle en attend... Pour moi, la contraception n'est pas le traitement d'une maladie mais bien le choix d'une sexualité sans grossesse... Dans tous les cas la bonne contraception est celle qui est acceptée par la femme d'une part et le couple lui-même...*(beaucoup d'hésitations de R sur cette question)*

495 A : je ne sais pas ce que l'industrie va nous apporter comme amélioration concernant les DIU, pour savoir s'ils vont être plus facilement posés, mieux tolérés, mieux acceptés. Aujourd'hui c'est la quasi perfection puisqu'il n'y a presque plus de douleurs, la pose est devenue très facile et n'est plus un obstacle. Par contre si on veut développer ce mode de contraception qu'on a tous semblé reconnaître comme étant le moins risqué, avec beaucoup d'avantages, malgré quelques perforations utérines (mais il y a des accidents partout), ce serait une
500 information grand public un peu mieux faite. La sécurité sociale a réussi à nous faire diminuer notre prescription d'antibiotiques de manière très facile par une campagne d'information. Si on voulait pousser la contraception par le stérilet, une information également objective serait un bon moyen.

505 AM : j'ai une piste personnelle pour l'avenir, c'est de passer dans un centre de planification ou un service de gynécologie pour réapprendre la technique de pose. Je n'en pose pas suffisamment pour me sentir maître de la technique, on ne peut pas maîtriser quelque chose qu'on ne fait pas régulièrement.

510 B : pour améliorer sans doute le choix des patientes, ce serait de reprendre le discours dès la première consultation. Souvent elles viennent alors dans une demande de pilule et je réponds à cette demande de pilule. A ce moment, je devrais davantage insister sur le fait qu'il existe d'autres méthodes ; et même si elles désirent la pilule, leur expliquer que ce n'est pas la seule méthode et qu'elles ne la garderont probablement pas toute leur vie. Il faut leur dire que d'autres moyens sont tout aussi efficaces.

515 N : pendant longtemps, les stérilets au cuivre n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale, leur coût représentait donc parfois un obstacle. Le remboursement a finalement été acquis grâce à des formations féministes militantes. Les laboratoires ont aussi fini non sans mal par baisser leurs prix. Maintenant arrive le stérilet à la progestérone avec son coût élevé, qui m'a fait d'ailleurs freiner les prescriptions, il en est de même pour l'implant sous-cutané à la progestérone. Il existe sûrement une pression des laboratoires pharmaceutiques pour faire
520 apparaître ces contraceptions comme plus modernes. Ce qui rejoint un peu la notion de « méthode ringarde » énoncée tout à l'heure. Quand on propose un stérilet au cuivre, on a ainsi peut être même inconsciemment cette idée de méthode plus ancienne. C'est un peu comme la cape cervicale ou le diaphragme qu'on pouvait prescrire régulièrement dans les années 1970 et qui sont devenus « arriérés » actuellement. *(sourires)* Alors, comment
525 progresser ? il faut progresser d'abord dans sa tête, et je m'aperçois que les jeunes médecins remplaçants ont du mal à poser des stérilets alors que c'est un geste très simple qui ne nécessite pas de formation spécifique. En tant que maître de stage de médecine générale, j'ai envie de dire « il faut oser ».

530 P : au niveau du patient, l'amélioration serait que tous les médecins puissent leur expliquer la technique de pose et les laboratoires mettent facilement à notre disposition des utérus en plastique et des stérilets de démonstration. Ceci pour mettre l'accent sur le fait que le geste est rapide et ne présente pas de difficultés techniques. Cela dédramatise déjà beaucoup la chose, c'est très simple et à la portée de tous les médecins, même s'ils ne posent pas ensuite le stérilet. Le deuxième élément va se situer au niveau de la formation initiale des médecins, car 535 à notre époque et dans la suivante on nous fait comprendre que c'était du domaine du spécialiste, comme beaucoup d'autres pratiques. Je pense qu'il faut sérieusement revenir là-dessus, dans la formation des étudiants, qu'ils acquièrent d'abord de bonnes notions d'anatomie et qu'ils soient à l'aise avec ce geste en fin de formation.

540 C : la contraception est avant tout un plaisir et ne doit pas être vécue comme une contrainte pour la femme. Il faut donc la rassurer, je pense que l'obstacle principal réside dans la peur de cette pose. J'utilise personnellement trois hystéromètres de tailles différentes pour leur dire qu'on dilate doucement l'utérus et cela passe très facilement. Comme J, pour les femmes très « pilule » mais qui en ont marre de la prendre, il faut une proposition progressive : on continue de leur prescrire la pilule tout en leur expliquant bien ce qu'est le stérilet. Et souvent 545 c'est la femme qui vient d'elle-même dans la demande d'une pose de stérilet, il faut laisser la patiente ou le couple prendre la décision finale.

L : c'est un choix qui est fait en général pour plusieurs d'années. Nous sommes dans une génération « pilule », et probablement inconsciemment influencée par le marketing fait par les laboratoires dans ce domaine. Il faut donc essayer de se dégager de ça de façon à donner une 550 information objective à ces jeunes femmes, en leur proposant les alternatives à la contraception orale. Ce qui me demande personnellement un effort puisque notre génération de médecins a davantage reçu une formation « pilule » plutôt que « stérilet ». Ainsi en modifiant ma façon d'aborder la première contraception, c'est-à-dire en préconisant aussi le stérilet de manière systématique, sans être incitatif mais juste neutre et informatif. Quant à 555 envisager une information via des structures, il me semble difficile d'obtenir quelque chose d'objectif (contrairement au message sur les antibiotiques non automatiques). En effet une campagne promouvant les bénéfices d'une contraception est plus difficile à être clairement entendue par le grand public.

Modérateur : merci. Il y a peut-être une ou deux réactions avant de conclure.

560 P : juste une chose concernant ce débat, je pense qu'il sera en effet très difficile de faire passer à la télévision un message sur la contraception dans la mesure où nous sommes dans une population catholique où tout cela reste encore tabou. Une telle campagne me semble donc difficile à envisager pour la sécurité sociale. Une deuxième chose, pour montrer aux patientes la pose du stérilet, il existe actuellement un CD de démonstration, il dure cinq minutes et est 565 très bien fait, mettant l'accent sur la simplicité du geste. Nous avons donc à notre disposition des aides pratiques.

Modérateur : merci à vous tous, c'est la fin du focus group.

ANNEXE 2 :
NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE
ET GRADE DES RECOMMANDATIONS
ANAES - Décembre 2004

STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME.
 Synthèse des recommandations, décembre 2004.
 Afssaps, Anaes, Inpes.
 [20]

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, côté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir le tableau ci-dessous). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE (études thérapeutiques)	GRADE DES RECOMMANDATIONS
NIVEAU 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance. Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. Analyse de décision basée sur des études bien menées.	A Preuve scientifique établie.
NIVEAU 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance. Etudes comparatives non randomisées bien menées. Etudes de cohorte.	B Présomption scientifique.
NIVEAU 3 Etudes cas-témoins.	C Faible niveau de preuve.
NIVEAU 4 Etudes comparatives comportant des biais importants. Etudes rétrospectives. Séries de cas.	

NOM : CAVARO-ASCHEHOUG

PRENOM : Gwénaëlle

TITRE DE THESE : Dispositifs Intra-Utérins : historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes.

RESUME

Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) représentent de nos jours le deuxième moyen de contraception utilisé par les Françaises et le premier à l'échelle mondiale. Depuis leurs prémices au début du 20^{ème} siècle jusqu'aux modèles actuels, ils ont connu de profonds changements, tant au niveau des techniques que de leur image dans l'opinion publique. Ils représentent en effet une méthode sûre et efficace mais qui souffre encore de sa mauvaise réputation passée. Les médecins généralistes sont bien souvent les premiers informateurs en matière de contraception, il leur incombe donc le rôle de participer à leur réhabilitation. Pour réaliser notre étude concernant l'attitude de ces médecins face aux DIU, nous avons réuni un nombre suffisant d'entre eux et organisé un entretien collectif. Son analyse nous a permis de mettre en évidence que les médecins ont de bonnes connaissances en matière de DIU mais qu'ils ne les mettent pas toujours en application. Nos recherches sur les DIU vont pouvoir leur permettre de perfectionner leur pratique, ceci dans la finalité d'améliorer l'information faite à la femme et au couple, pour que ces derniers puissent sciemment choisir d'utiliser ou pas ce mode de contraception.

MOTS CLES

Contraception
Dispositif intra-utérin
Historique
Représentations
Entretien collectif
Counseling