



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins  
généralistes ?  
Etude qualitative dans l'Arrageois.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2016 à 18h  
au Pôle Formation  
**Par Blandine Guidi Rontani**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Collinet**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Anne-Marie Régnier**

---





UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins  
généralistes ?**

**Etude qualitative dans l'Arrageois.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2016 à 18h

Au Pôle Formation

**Par Blandine Guidi Rontani**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Collinet**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Anne-Marie Régnier**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

*GUIDI RONTANI Blandine*

## Serment d'Hippocrate

*Version du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012*

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

## Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS	Agence régionale de santé
DES	Diplôme d'études spécialisées
EPU	Enseignement post universitaire
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
DIU	Dispositif intra-utérin
FMC	Formation médicale continue
GEU	Grossesse extra-utérine
HAS	Haute autorité de santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	4
<b>Matériels et méthodes</b> .....	7
.I. Type d'étude :.....	7
.II. Mode de recrutement :.....	7
.III. Lieu de l'étude :.....	8
.IV. Technique d'entretien :.....	8
.V. Déroulement des entretiens :.....	9
.VI. Exploitation des données des entretiens :.....	9
.VII. Analyse des données :.....	10
.VIII. Données démographiques :.....	11
<b>Résultats</b> .....	12
.I. Caractéristiques des médecins interrogés :.....	12
.II. Le généraliste et la gynécologie :.....	13
.III. Rôle du généraliste dans la démarche visant au choix de la contraception :..	14
A. Une contraception adaptée aux femmes :.....	14
B. Les propositions contraceptives faites aux femmes :.....	14
1. La pilule :.....	15
2. Le DIU :.....	15
.IV. La pratique du DIU par le généraliste :.....	16
A. Ce que pense le généraliste du DIU :.....	16
B. Les indications du DIU :.....	17
1. Point de vue sur l'âge des femmes :.....	17
2. La femme nullipare :.....	17
C. Les effets indésirables du DIU :.....	18
1. Les grossesses :.....	18
2. Les complications infectieuses :.....	18
3. Les interactions avec les AINS :.....	19
4. Les métrorragies :.....	19
D. La pratique du DIU :.....	19
1. Des médecins ne posaient pas de DIU :.....	19
2. Des médecins proposaient le DIU mais ne le posaient pas :.....	20
3. Certains posaient des DIU :.....	20



E.	Quel regard sur le geste ?	21
1.	La technique de pose :	21
2.	L'expérience nécessaire :	21
3.	La pose en ville est possible :	21
4.	Le geste de pose n'est pas un acte anodin :	22
.V.	Freins à la pose du DIU de la part des médecins généralistes :	23
A.	La formation :	23
1.	La nécessité de formation :	23
2.	La formation initiale :	23
3.	La formation complémentaire :	24
a)	En formation autonome :	24
b)	En FMC :	24
B.	Le matériel :	25
1.	Le matériel nécessaire :	25
2.	Les freins matériels :	26
C.	Les effets indésirables au moment de la pose :	27
D.	La cotation :	28
1.	La rémunération était diversement considérée par les généralistes :	28
2.	La cotation de la pose de DIU n'était pas connue :	28
E.	La responsabilité :	28
1.	La peur de la prise de risque en médecine générale :	28
2.	Les assurances :	29
3.	La législation :	29
4.	La crainte des poursuites dans le cadre des affaires de mœurs :	30
F.	Le temps :	30
1.	L'activité en gynécologie était jugée chronophage :	30
2.	La pose du DIU était un acte chronophage :	31
G.	Le genre du médecin :	31
H.	Accès facile au gynécologue spécialiste :	31
.VI.	Freins à la pose du DIU de la part des femmes :	32
A.	L'a priori des femmes :	32
B.	L'impact du genre du médecin :	33
C.	Le médecin généraliste n'est pas considéré par les patientes comme poseur de DIU :	34
D.	Le rôle de la proximité affective :	34
.VII.	Solutions proposées pour augmenter la pose du DIU :	35
A.	Augmenter l'offre de pose :	35
B.	Exposer le rôle du généraliste :	35
1.	Pour la prise en charge gynécologique :	35
2.	Pour la pose du DIU :	36
C.	Se former :	36
D.	Le rôle des médecins femmes :	37
E.	L'impact des structures regroupant plusieurs médecins :	37
	<b>Discussion</b>	<b>38</b>
	<b>Forces et faiblesses de l'étude :</b>	<b>38</b>
.I.	Validité interne :	38

.II.	Validité externe :.....	38
	<b>Confrontation aux données de la littérature :</b> .....	<b>40</b>
.I.	Le rôle du médecin généraliste dans le choix de la contraception :.....	40
A.	Une contraception adaptée à la patiente :.....	40
B.	Les propositions faites aux femmes :.....	40
1.	La pilule :.....	41
2.	Le DIU :.....	41
.II.	Pratique du DIU :.....	42
A.	Ce que le généraliste pense du DIU :.....	42
B.	Les indications :.....	43
1.	A quel âge ?.....	43
2.	La femme nullipare :.....	43
C.	Les effets indésirables du DIU :.....	44
1.	Les grossesses :.....	44
2.	Les complications infectieuses :.....	44
3.	Les métrorragies :.....	45
4.	Les interactions avec les AINS :.....	45
D.	La pratique du DIU :.....	45
E.	Quel regard sur le geste ?.....	46
1.	La technique de pose :.....	46
2.	L'expérience nécessaire :.....	46
3.	La pose en ambulatoire est possible :.....	47
4.	La pose n'est pas un acte anodin :.....	47
.III.	Les freins à la pose du DIU de la part des médecins généralistes :.....	48
A.	La formation :.....	48
1.	La formation initiale :.....	48
2.	La formation complémentaire :.....	49
a)	La formation autonome :.....	49
b)	Les FMC :.....	49
c)	Le diplôme interuniversitaire de gynécologie :.....	50
B.	Le matériel :.....	51
1.	Le coût :.....	51
2.	La stérilisation :.....	51
3.	L'équipement de type réanimation et l'oxygène :.....	52
4.	L'échographie après la pose :.....	52
C.	Les effets indésirables au moment de la pose :.....	53
D.	La cotation :.....	53
E.	Les responsabilités :.....	53
1.	Les assurances :.....	54
2.	La loi :.....	54
3.	La crainte des accusations d'attouchements :.....	54
F.	Le temps :.....	55
G.	Le genre du médecin :.....	55
H.	L'accès facile au gynécologue spécialiste :.....	56
.IV.	Les freins des femmes à la pose du DIU par le médecin généraliste :.....	57
A.	L'a priori des femmes :.....	57
B.	L'impact du genre du médecin :.....	58

C. Le manque d'identification du généraliste comme compétent en gynécologie : .....	58
D. Le rôle de la proximité affective : .....	59
.V. Les solutions : .....	59
A. Les solutions formulées par les médecins interrogés : .....	59
1. Augmenter l'offre de pose de DIU : .....	59
2. Exposer le rôle possible du généraliste : .....	60
3. Se former : .....	60
4. Le rôle de la féminisation de la médecine générale : .....	60
5. L'impact des structures d'exercice groupé : .....	61
B. Les solutions issues des freins recueillis : .....	61
1. La planification du geste : .....	61
2. L'information des femmes au sujet du DIU : .....	62
<b>Conclusion</b> .....	<b>63</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>65</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>70</b>

## RESUME

**Contexte** : Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace et bien toléré. Il est cependant peu utilisé, en particulier chez les femmes dont le suivi gynécologique est assuré par le médecin généraliste. Le Nord-Pas-de-Calais est un bassin de population jeune et fertile. Le nombre des gynécologues diminuant, la prise en main de ce domaine et la pose du stérilet par les généralistes pourraient améliorer la prise en charge contraceptive des femmes.

**Matériel et méthodes** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de mars 2015 à février 2016 auprès de médecins généralistes installés dans la zone de proximité arrageoise.

**Résultats** : Parmi les 15 médecins interrogés, beaucoup appréciaient le DIU pour son efficacité, sa tolérance et son observance mais seulement un le posait. Les freins principaux retrouvés étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle. Le geste semblait inadapté à la pratique libérale car trop long. Enfin, d'après les généralistes, les patientes étaient réticentes au choix du DIU par crainte de ses effets indésirables. Elles étaient également défavorables à la pose par le généraliste, considéré comme peu compétent dans ce domaine, trop proche affectivement ou du fait de son genre masculin. Les solutions proposées pour augmenter le nombre de pose étaient principalement axées sur les formations : initiale et continue, la planification de

*GUIDI RONTANI Blandine*

consultations dédiées et l'exposition de ce rôle possible du généraliste auprès des femmes. La féminisation de la profession et l'organisation en cabinet groupé pourraient aussi encourager les poses du DIU pour une meilleure adaptation de la contraception et une plus grande satisfaction des femmes.

## ABSTRACT

**Background :** The Intra Uterine Device (IUD) is an efficient means of contraception. Nevertheless, it is not very much used, particularly by women whose gynaecological follow-up is done by general practitioner (GP). The Nord-Pas-de-Calais region has got a young and fertile population. As the number of gynaecologist is decreasing, we reckon that the puttin-in of the IUD by the GP's could make the women's contraception and quality of life better.

**Methods :** Our qualitative study was carried out between March 2015 and February 2016. 15 GP's were interviewed with a semi-structured method.

**Results :** Many of them appreciated IUD for its efficacy and tolerance, but only one of them inserted it. The main restraints were due to lack of training and equipment considered too expensive and difficult to maintain. They were also scared by side effects occuring during the insertion and by committing their own responsibility. This practice was too long to be compatible with daily work. Concerning the GP's, women didn't consider them as qualified enough to insert IUD. The male gender and the affective proximity also prevent it. The solutions were the university and post-university formation, the planning of activity to allow this practice and the setting-out of this possibility to women. The fact that more women are being attracted by this job and that there are medical pool's could also encourage the insertion of IUD to obtain a better adaptation of contraception and a greater satisfaction for women.

## INTRODUCTION

La contraception est légalisée par la loi dite « Neuwirth » en 1967 (1). Ce texte permet aux femmes de bénéficier d'un moyen moderne de contrôler les naissances. De plus, depuis les années 2000, le choix s'est élargi pour désormais offrir aux femmes une contraception adaptée à leur besoins et leur situation. Le recours à ces nouvelles méthodes (patch, implant et anneau vaginal) est désormais de 4%, souvent chez des femmes utilisant auparavant une contraception orale (2).

Pour autant, le modèle contraceptif a peu évolué au cours des dernières années avec une prédominance de l'utilisation des pilules (oestroprogestatives et micro progestatives) par les femmes jeunes puis un recours plus important au DIU, ou à la stérilisation dans une moindre proportion, chez les femmes plus âgées ayant atteint le nombre d'enfants désirés (2).

Cependant, et depuis 2006, le nombre d'IVG est resté relativement stable autour de 210 000 par an, soit 15 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans par an (3). De même, on estimait à 33% la proportion de grossesses non désirées en 2003 (4).

La question de l'optimisation de la contraception est donc encore d'actualité pour tenter de diminuer le nombre des grossesses non désirées et d'améliorer la qualité de vie des femmes.

Les principaux intervenants dans la dispensation de la contraception sont les personnels médicaux.

Tout d'abord, le gynécologue qu'il soit médical ou obstétrical. Ensuite, la sage-femme dont les compétences se sont élargies au cours de la dernière décennie à la promotion, la dispensation et la mise en place de la contraception (5). Enfin, le

médecin généraliste qui est évidemment confronté aux problématiques gynécologiques par son rôle dans la prise en charge globale.

Il possède, par sa formation et par les textes légaux, l'autorisation de poser des DIU comme toute autre contraception.

Cependant, la prise en charge diffère de façon significative selon l'intervenant impliqué dans le suivi de la femme. C'est ainsi que, selon l'étude Fecond (2), les femmes suivies par un gynécologue sont plus fréquemment utilisatrices du DIU que celles dont la prise en charge est réalisée uniquement par le médecin généraliste.

Le DIU est un mode de contraception efficace avec un indice de Pearl de 0.8 pour le DIU au cuivre et de 0.2 pour le DIU hormonal en utilisation courante (6). Il est durable car inséré pour une durée de 3 à 10 ans. Enfin, il bénéficie d'un taux de poursuite à un an supérieur aux autres méthodes, hormis la stérilisation, à 78% pour le DIU au cuivre et 80% pour le DIU hormonal (6).

L'utilisation de cette méthode est ancienne et remonte à l'antiquité où les formes archaïques étaient composées de laine ou de miel. Sa forme moderne a été conçue en 1909 par le Dr RICHTER en utilisant un crin de Florence introduit au niveau intra-utérin à des fins anticonceptionnelles. Le DIU au cuivre est conçu en 1969 et le DIU hormonal aux progestatifs en 1975 (7).

Il existe à ce jour de nombreux types de DIU, au cuivre ou hormonaux, de taille différentes pour une meilleure adaptation aux mensurations utérines et à la parité des femmes. L'ANAES a d'ailleurs réaffirmé en 2004 l'utilisation possible du DIU chez les femmes nullipares (8).

La région Nord-Pas-de-Calais est un bassin de population jeune avec 25.9% d'habitants âgés de 20 à 39 ans contre 25.1% sur le territoire national (9). De même,



la population y est fertile avec 2.08 enfants par femmes contre 1.98 au niveau national (10). La contraception et la régulation des naissances sont donc des problématiques sanitaires importantes dans ce secteur.

Comme sur tout le territoire français, la démographie médicale locale est marquée par une diminution du nombre des gynécologues en activité libérale ou mixte. Ceci impacte la prise en charge des femmes, malgré une diminution moindre de 2008 à 2015 dans la région (17.1%) (11) qu'au niveau national (31.3%) (12). Dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'âge moyen des gynécologues est de 59 ans (11). A ce titre, la question de la prise en main de la gynécologie par le médecin généraliste se pose actuellement et se posera à courte échéance.

C'est donc dans un contexte de diminution de l'offre en gynécologie et de faible utilisation du DIU par les médecins généralistes que nous nous pencherons sur les freins à sa pose en soins primaires. Nous proposerons ensuite des solutions pour les lever.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **.I. Type d'étude :**

La méthodologie qualitative a été choisie dans cette étude pour explorer les opinions des personnes interrogées dans un domaine où aucune étude n'a encore été menée sur le territoire choisi. La possibilité était donc donnée à l'interlocuteur de s'exprimer par des questions ouvertes pour permettre les prises de position dans le contexte.

### **.II. Mode de recrutement :**

Le recrutement a porté sur des médecins spécialistes en médecine générale installés et en activité.

Ont été exclus les généralistes n'exerçant pas en activité libérale ou mixte, ainsi que les remplaçants et collaborateurs libéraux. La classe d'âge n'était pas un critère d'exclusion.

Les médecins ont été sollicités par voie téléphonique après consultation des annuaires de la zone d'investigation. Cette phase de l'étude était marquée par un grand nombre de refus de la part des médecins contactés. Une intervention de l'investigateur fut donc réalisée à l'occasion d'une séance de FMC au cours du recrutement. Celle-ci avait pour objectif la sensibilisation des médecins à la

potentielle sollicitation à venir. La poursuite du recrutement a été réalisée durant l'étude, en fonction des résultats obtenus, en vue d'une variation maximale au niveau des types et lieux d'exercice ainsi que des caractéristiques démographiques.

### **.III. Lieu de l'étude :**

Cette étude a été menée dans la zone de proximité Arrageoise telle que définie par l'ARS (13). Ce territoire est caractérisé par une diversité importante de degré d'urbanisation ainsi que de population.

### **.IV. Technique d'entretien :**

La technique d'entretien, de type semi dirigé, était inspirée de l'Entretien compréhensif décrit par Kaufmann (14). L'objectif était d'encourager la libre expression du médecin interrogé ou « informateur » sans l'influencer. Ils étaient menés au moyen d'un guide d'entretien enrichi au cours de l'étude.

Les sujets abordés étaient :

- La gynécologie en médecine générale avec une question dite « brise-glace » permettant l'ouverture de la discussion,
- Le DIU, l'opinion sur cette méthode et son utilisation,
- Enfin, les freins à la pose par le généraliste.

Le guide d'entretien était inspiré des conclusions du travail de thèse de Ramsey Gonthier sur le même thème en 2012 (15).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données avec un surplus de 2 entretiens afin de confirmer l'absence de nouveaux éléments.

## **.V. Déroulement des entretiens :**

Ils ont été réalisés de mars 2015 à février 2016.

Les rencontres se sont déroulées au sein des cabinets médicaux, le lieu de travail des praticiens. Ils comportaient trois temps :

- présentation des interlocuteurs et rappel du thème de l'étude,
- entretien,
- questionnaire oral ayant pour but de réunir les caractéristiques démographiques et professionnelles du praticien.

## **.VI. Exploitation des données des entretiens :**

L'enregistrement était réalisé au moyen d'un dictaphone électronique puis retranscrit intégralement de façon manuelle par l'investigateur au moyen du logiciel Word 2013®. Les textes ainsi obtenus ou « verbatims » étaient donc la retranscription objective des données apportées par l'informateur. Les notions

permettant un rapprochement avec l'identité des médecins étaient supprimées à mesure pour garantir l'anonymat des personnes interrogées.

## **.VII. Analyse des données :**

Le premier temps de l'analyse a été un codage ouvert réalisé à mesure. Celui-ci consiste en une lecture approfondie des « verbatims » pour en extraire les unités sémantiques. Afin de s'impartir des a priori de l'investigateur, une triangulation était réalisée à mesure par un second investigateur pour obtenir un consensus sur l'interprétation.

Après saturation des données, une analyse thématique a été réalisée. Les étapes en ont été une catégorisation puis un recoupement des catégories pour obtenir une arborescence.

Le support informatique utilisé pour le codage et l'analyse était QSR NVivo 11®. Il s'agit d'un logiciel de traitement des données adapté à la recherche qualitative. Il permet après le codage manuel par l'investigateur, une analyse des données avec catégorisation et sous catégorisation.

## **.VIII. Données démographiques :**

Les données démographiques concernant les médecins de la zone étudiée ont été obtenues sur demande auprès des géographes de la santé du Conseil National de l'Ordre des Médecins (annexe 3).

## RESULTATS

### .I. Caractéristiques des médecins interrogés :

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.**

Numéro d'ordre	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Exercice particulier	Nombre d'actes par jour	Durée d'installation (années)	Type exercice
M1	H	57	Rural	Soins palliatif	30	31	Seul
M2	H	58	Urbain	Non	50	25	Seul
M3	F	57	Rural	Non	30	27	Seul
M4	H	34	Urbain	Non	20	8	Association
M5	F	50	Semi urbain	Soins palliatif	25	10	Association
M6	F	52	Rural	MSU	40	15	MSP
M7	F	33	Semi urbain	Non	30	1	Association
M8	H	28	Semi urbain	DIU de gynécologie	20	0,5	Seul
M9	F	50	Semi urbain	MSU	35	16	Association
M10	H	46	Urbain	MSU	35	18	Association
M11	H	43	Rural	MSU	30	10	Seul
M12	H	37	Semi urbain	Non	25	5	Association
M13	H	55	Semi urbain	Homéopathie	60	19	Association
M14	H	58	Urbain	Police Nationale	35	28	Seul
M15	H	42	Rural	Non	25	8	Seul
Moyenne		46,667			32,66667	14,766667	

Quinze médecins ont été interrogés : 10 hommes et 5 femmes (soit 66.6% et 33.3%). La moyenne d'âge sur l'échantillon était de 46.67 ans. Aucun médecin n'avait plus de 60 ans et 4 avaient moins de 40 ans (soit 26.67%). La moyenne du nombre d'actes réalisés quotidiennement était de 32.67 consultations. La durée d'installation moyenne était de 14.77 ans.

Parmi les praticiens interrogés, 7 exerçaient seuls (soit 46.67%), 7 en association et un en maison de santé pluridisciplinaire. Ils exerçaient pour 5 d'entre eux en milieu rural, 4 en milieu urbain et 6 en milieu semi urbain. 9 médecins citaient

des particularités d'exercice : 2 exerçaient une activité de soins palliatifs en clinique, 4 étaient MSU, l'un d'entre eux réalisait des vacations en CPEF, un exerçait l'homéopathie et un était médecin auprès de la Police Nationale.

Un seul médecin était titulaire de Diplôme interuniversitaire de Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Par ailleurs, ce médecin était le seul poseur de DIU.

Les entretiens avaient une durée de 6 à 30 minutes.

## **.II. Le généraliste et la gynécologie :**

Les médecins généralistes se sentaient investis d'une mission dans le domaine gynécologique. Plusieurs considéraient que la gynécologie faisait partie de la médecine générale. De plus, ils mentionnaient un rôle de référent, de conseiller auprès des femmes.

Les missions reconnues par les généralistes en gynécologie étaient le dépistage, la prévention et le suivi des patientes, en le réalisant ou en l'encourageant. Ils signalaient leur rôle accru lié à l'accès facile et la possibilité de prise en charge globale.

Le rôle était effectif en gynécologie basique, avec la réalisation des frottis et la pose d'implants pour l'un d'entre eux. Pour d'autres, le rôle du généraliste se cantonnait à la prescription des contraceptifs oraux.

Ils étaient consultés essentiellement en contexte infectieux ou pour les urgences. La notion de pratique de la gynécologie par défaut était souvent rencontrée.



La majorité des généralistes interrogés pratiquaient peu la gynécologie. Beaucoup s'étaient désinvestis des gestes techniques dans ce domaine mais aussi de façon générale.

### **.III. Rôle du généraliste dans la démarche visant au choix de la contraception :**

#### **A. Une contraception adaptée aux femmes :**

Plusieurs médecins impliquaient la patiente dans le choix de la contraception et l'adaptaient à son souhait : *M11 : « Après, je demande, eux, ceux qu'il veulent, parce que, le but, c'est pas moi qui prend, c'est à eux de savoir. Sachant qu'au jour d'aujourd'hui, on a un différent panel à proposer aux gens, donc c'est en fonction de ce que la femme veut. »*

#### **B. Les propositions contraceptives faites aux femmes :**

Le large panel était proposé dans son intégralité par certains praticiens : *M10 : « Je lui dis un peu toutes les contraceptions possibles à disposition ». L'objectif était d'affiner le choix de la contraception dès la première intention, en évitant la prescription systématique de pilule : M3 : « Oui, moi, je suis pas pilule contraceptive en première intention, chez les jeunes, non ...».*

D'autres médecins ne proposaient pas toutes les possibilités existantes, notamment en cas de demande ciblée de contraception orale : M14 : « *en fait souvent, c'est une demande de pilule. Donc elles viennent pas pour autre chose, pour un autre système, donc je propose pas les trucs alternatifs.* »

## **1. La pilule :**

Souvent proposée en première intention : M2 : « *C'est la pilule oestroprogestative en première intention, ouais.* », elle était prescrite par habitude : M7 : « *Je crois que c'est pas une préférence, c'est plutôt une habitude, je pense.* ». Pour un médecin, le choix tenait à sa facilité de prescription : M2 : « *Simplicité, rapidité, efficacité... Ça prend 30 secondes pour prescrire une pilule* ».

## **2. Le DIU :**

Certains généralistes n'évoquaient pas le DIU à chaque consultation de contraception : M2 : « *je propose pas systématiquement le stérilet...* ». Il était pour certains peu adapté à la première intention : M12 : « *C'est vrai que je propose rarement en première contraception.* »

Pour d'autres, le DIU était abordé dès la première intention : M7 : « *je le cite en tout cas, je le propose quand même* ». Un médecin proposait plus facilement des DIU suite aux faits d'actualité : M5 : « *Après la polémique sur les pilules œstroprogestatives d'il y a 2 ans, ça nous aide aussi à poser des stérilets un peu plus parce qu'elles sont plus à l'écoute.* »

## **.IV. La pratique du DIU par le généraliste :**

### **A. Ce que pense le généraliste du DIU :**

La majorité des médecins interrogés **appréciaient** cette contraception : M11 : « *le stérilet, moi je pense que c'est un très bon moyen de contraception.* ». Un seul signalait une préférence pour le DIU hormonal : M9 : « *Le Miréna, je le propose volontiers, même si il est douloureux à passer mais pour le fait qu'il n'y a pratiquement plus de règles et qu'elles sont tranquilles pendant un petit moment.* »

La majorité des praticiens considéraient le DIU comme **efficace** : M3 : « *c'est aussi efficace qu'une autre contraception... Le taux (de grossesses) quand même est très faible, donc pour moi, c'est une bonne contraception.* »

Plusieurs appréciaient **l'absence de possibilité d'oubli** : M11 : « *L'avantage, c'est qu'il y a pas besoin d'y penser tous les jours et de se dire qu'il faut prendre quelque chose.* »

Un médecin signalait la **bonne tolérance** globale des DIU : M4 : « *globalement, c'est bon, parce que il y en a quand même pas mal qui ont des stérilets et qui embêtent personne.* » Un autre, poseur de DIU, mentionnait la bonne tolérance du DIU au cuivre : M8 : « *contrairement à ce qu'on peut penser, les DIU au cuivre sont relativement bien tolérés.* »

## **B. Les indications du DIU :**

### **1. Point de vue sur l'âge des femmes :**

Pour plusieurs médecins, le DIU était particulièrement adapté :

- pour les femmes déjà âgées : M15 : *« chez des dames plus âgées, qui ont déjà eu des enfants et qui n'ont pas forcément de désir de grossesse et qui continuent leur contraceptif à « un certain âge ». Je pense que la discussion se fait. Alors, le proposer, oui »*,

- pour des femmes tabagiques : M2 : *« ça dépend parce que c'est vrai que celles qui fument, c'est quand même une contraception qui pose moins de problèmes par rapport à l'intoxication tabagique »*,

- pour les femmes ayant des contre-indications aux autres méthodes contraceptives : M9 : *« les cuivres, j'en propose pas beaucoup sauf vraiment chez les filles qui ont peu ... chez qui il y a plus grand-chose »*.

L'inadaptation de la méthode chez la femme jeune était retrouvée auprès de plusieurs praticiens : M1 : *« on pourrait mettre le stérilet, ça je le sais, hein, je le sais très bien. D'abord, je ne poserai pas un stérilet à une jeune fille comme ça... »*.

### **2. La femme nullipare :**

Certains généralistes considéraient que le DIU ne constituait pas une contraception adaptée à la femme n'ayant jamais eu d'enfants : M2 : *« Mais pour moi, le dispositif intra utérin c'est la femme jeune c'est niet. Et nullipare. »*

D'autres jugeaient le DIU acceptable chez une nullipare mais de pose plus difficile, d'autant plus que la patiente est jeune : M8 : « *Parce que déjà pour une nullipare de 25-30 ans, mettre un stérilet c'est parfois un peu compliqué. Une patiente de moins de 20 ans, ça va être un peu rodéo...* »

## **C. Les effets indésirables du DIU :**

### **1. Les grossesses :**

Pour certains généralistes, le risque de grossesse était présent pour les patientes porteuses de DIU : M9 : « *y'a des grossesses sous stérilet* ». Cependant, il était considéré comme faible : M8 : « *une fois qu'il est bien à sa place, pour moi, je rassure les femmes sur ce risque éventuel, pour moi, il y a pas lieu de s'inquiéter !* ».

Le risque de grossesse extra-utérine était cité par un praticien : M1 : « *Ah oui, bien sûr, ça c'est un risque...C'est clair, moi je pense que c'est un risque...* »

### **2. Les complications infectieuses :**

Un médecin évoquait la possibilité d'infection chez une patiente porteuse de DIU : M8 : « *J'ai une patiente dernièrement justement qui avait fait une endométrite sur le stérilet.* »

### **3. Les interactions avec les AINS :**

Un praticien craignait les interactions entre le DIU et les AINS : M9 : « *Et la compatibilité éventuellement avec certains médicaments et anti inflammatoires et des trucs comme ça.* »

### **4. Les métrorragies :**

Un généraliste signalait la survenue de saignements récurrents liés au DIU au cuivre et gênant la patiente : M6 : « *le stérilet au cuivre avec des règles qui n'en finissent pas (Soupir) ou très abondantes, y en a quand même beaucoup qui sont embêtées !* ».

## **D. La pratique du DIU :**

### **1. Des médecins ne posaient pas de DIU :**

La majorité des praticiens ne posaient pas de DIU. Pour certains, leur rôle n'était pas de poser des DIU : M4 : « *Chacun son truc.* ». D'autres exprimaient leur manque d'intérêt pour ce geste : M2 : « *j'ai jamais vraiment eu l'envie de me former sur la pratique de ce geste.* » Enfin, plusieurs expliquaient ne pas avoir assez de demande pour avoir une expérience de pose suffisante : M14 : « *j'aurais jamais, disons, un nombre de personnes suffisant pour avoir une expérience suffisante.* »

Plusieurs généralistes évoquaient l'absence de pose de DIU, même chez les médecins ayant une pratique gynécologique importante : M4 : « *Après si il y a un*

*médecin qui est un peu orienté, là il y a le Dr.... qui est beaucoup plus orientée gynéco, je suis pas sûr qu'elle en pose beaucoup... »*

## **2. Des médecins proposaient le DIU mais ne le posaient pas :**

Plusieurs praticiens proposaient le DIU aux femmes en adressant ensuite celles-ci vers le spécialiste : *M2 : « Bien sûr, je vais le proposer, mais en aucune manière je vais le poser »*. Certains justifiaient cette attitude par la nécessité d'un suivi par le gynécologue après la pose de ce contraceptif : *M14 : « je crois que ça nécessite quand même un suivi plus régulier au niveau gynécologique pour vérifier, et puis après, il faut le changer ... »*

Malgré l'évocation de ce mode de contraception, un médecin constatait des difficultés à convaincre les femmes. Pour lui, le spécialiste proposait plus efficacement le DIU que le généraliste : *M10 : « Les gynécos savent mieux faire, je pense. Les médecins généralistes osent peut être peu en parler. »*

## **3. Certains posaient des DIU :**

Un médecin posait des DIU dans sa pratique courante, notamment en activité salariée en CPEF : *M8 : « je travaille dans un centre de planification, j'ai l'habitude d'en poser là »*. Au cours de son activité libérale, la pose était plus rare : *M8 : « au cabinet : non, ça fait 4 mois que je suis installé, j'en ai posé un, c'est tout. »*

## **E. Quel regard sur le geste ?**

### **1. La technique de pose :**

La majorité des médecins interrogés considérait la pose du DIU comme facile:

*M2 : « c'est pas un geste difficile ».*

Seulement un praticien ne connaissait pas la technique de pose : *M11 : « je ne peux rien dire... »*

### **2. L'expérience nécessaire :**

La majorité des généralistes interrogés s'accordait sur la nécessité d'une dextérité liée à l'expérience pour pouvoir poser des DIU : *M14 : « Comme on en fait pas beaucoup, c'est quand même : « Moins on fait de choses, moins on est compétents », du coup. »*

Une grande partie de l'effectif n'avait que peu ou pas d'expérience de la pose du DIU : *M11 : « J'en ai jamais posé. J'en ai posé quand je faisais mes études, j'en ai posé sur un mannequin. Mais sur quelqu'un, je l'ai jamais fait », M3 : « Je n'en pose pas... Je n'en ai jamais posé. »*

### **3. La pose en ville est possible :**

Plusieurs médecins posaient un regard favorable sur la pose du DIU par le généraliste : *M15 : « Ça fait partie des gestes qu'on devrait savoir faire plus, plus souvent et c'est une bonne chose que le généraliste le fasse. »*



Cette notion était confortée par des témoignages de confrères posant des DIU sans difficultés : M6 : « *J'ai déjà eu l'occasion de discuter avec une toute jeune consœur sur X (une ville de la région) qui fait beaucoup de gynéco et qui pose des stérilets à tour de bras.* »

#### **4. Le geste de pose n'est pas un acte anodin :**

Ce geste était décrit comme désagréable par certains généralistes : M3 : « *c'est un geste, qui peut y avoir quelques douleurs, c'est possible... C'est un geste gynécologique... Au point de vue féminin, c'est pas tellement agréable quand même...* ».

Certains médecins mentionnaient la nécessité de prescrire une prémédication avant la pose : M5 : « *je donne du Spasfon, des trucs comme ça avant... Quelque fois même un Atarax* », a fortiori si la patiente était nullipare : M8 : « *si elle est nullipare, je lui prescrirais un peu de Spasfon, d'anti-inflammatoire, voire même un peu de Cytotec avant la pose* ».

## **.V. Freins à la pose du DIU de la part des médecins généralistes :**

### **A. La formation :**

#### **1. La nécessité de formation :**

Plusieurs médecins ont évoqué leur manque de formation comme un frein à la pose du DIU : M6 : *« je ne le pose pas parce que, parce que ... d'abord, je suis pas formée »*.

#### **2. La formation initiale :**

Certains généralistes considéraient avoir des connaissances insuffisantes du DIU :

- Car celles-ci étaient anciennes, acquises au cours des études, notamment sur la possibilité de pose chez les femmes jeunes : M2 : *« pour moi, le dispositif intra utérin chez la femme jeune c'est niet. Et nullipare. (...) Ça fait partie de ce qu'on nous a appris. »*

- Car la formation en gynécologie était considérée comme limitée : M15 : *« par un manque de formation je pense, parce que moi, j'ai fait très peu de gynéco en tant qu'étudiant »*.

- De la même façon, la pose n'avait pas été acquise lors des stages hospitaliers: M7 : *« c'était pas évident parce que j'étais en suites de couches, donc il a fallu demander pour aller en consultation pour poser des stérilets et à Jeanne de Flandres, c'est compliqué. »*

D'autres médecins considéraient avoir des connaissances et compétences suffisantes pour poser des DIU. Elles étaient le fruit d'une expérience de la pose pendant les études de médecine : M13 : « *J'en ai posé quand j'étais étudiant, ça c'est vrai. J'en ai posé une dizaine* ». Ces propos étaient souvent nuancés par un long délai depuis les poses : M9 : « *pendant mon stage de gynéco, il y a plus de 20 ans.* »

### **3. La formation complémentaire :**

#### **a) En formation autonome :**

Un médecin utilisait des ressources bibliographiques pour mettre à jour ses connaissances au sujet de la contraception et du DIU : M12 : « *comme par exemple qu'on était pas obligé de pincer le col et de tirer, dans Prescrire je crois. (...) J'ai ma petite bible de la contraception de Martin Winckler. Et donc dedans, ils font l'éloge du stérilet un petit peu, et en gros tout ce que je viens de vous dire, c'est là-dedans que je l'ai lu.* »

#### **b) En FMC :**

##### **- Séances de FMC :**

Un médecin avait assisté à une séance de FMC pour réinvestir le geste de pose de DIU : M11 : « *J'avais été à un stage, à une formation médicale continue pour le stérilet* ».

- Le diplôme interuniversitaire de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique :

Un médecin formé par ce diplôme y attribuait sa capacité à la pose du DIU : M8 :  
« *Je me suis formé à la pose des stérilets pendant le DIU* ».

Cette formation était attractive pour un généraliste interrogé : M5 : « *Je me pose la question de faire un DIU de gynéco pour pouvoir le refaire* ».

Cependant, son caractère contraignant était abordé par un autre praticien. Il soulignait sa préférence pour des formations plus courtes et accessibles aux généralistes installés : M7 : « *C'est vrai qu'il y a le DIU de gynéco mais il est quand même très prenant et quand on est installé, c'est compliqué d'aller à Lille faire les stages et tous les vendredis. Moi, j'aurais bien aimé mais ... Peut être que si un jour y a des formations plus courtes et plus adaptées à l'exercice libéral, j'aimerais bien !* »

## **B. Le matériel :**

### **1. Le matériel nécessaire :**

Il était considéré comme accessible facilement par la majorité des généralistes interrogés : M8 : « *Il faut la table adaptée avec des étriers, ensuite, euh, une pince de Pozzi, un hystéromètre, des pinces languettes et des ciseaux stériles pour couper les fils. C'est tout ! Un spéculum quand même.* »

## 2. Les freins matériels :

- Le **coût du matériel** était signalé comme un frein : M5 : « *Alors c'est un coût, donc c'est pour ça qu'il faut bien le facturer derrière ! Sinon, ben voilà, quoi, si on fait 23 euros et qu'on a du matériel...* »

- La **stérilisation du matériel** était évoquée comme complexe tandis que le matériel à usage unique ne donnait pas une satisfaction suffisante : M2 : « *je retombe sur le côté de la stérilisation du matériel. Alors maintenant, ils ont peut-être des kits à usage unique. Mais est ce qu'ils sont aussi bien que le vieux matériel et en inox et tout ça... Parce que si c'est comme pour les spéculums en plastique et tout ça, c'est moins bien que ces spéculums en fer qu'on avait au départ mais pour lesquels on avait un gros problème de stérilisation.* »

Certains médecins étaient cependant satisfaits par l'utilisation du matériel à usage unique pour d'autres gestes. Ils ne considéraient donc pas son utilisation gênante pour la pose du DIU : M3 : « *Après, le matériel, il y a des kits tout prêts... Mais je travaille déjà beaucoup en kits, je stérilise pratiquement plus, tout ce qui est sets de suture, tout est jetable, donc je veux dire, ça, ça n'interfère pas, ça ne poserait pas de problème.* »

- La **nécessité de posséder de l'oxygène et un matériel de type réanimation** était évoquée comme un frein important par deux praticiens : M3 : « *Ce qui m'a freiné aussi, (...) j'y ai pensé parce que mon collègue m'a proposé sa bombonne d'oxygène, il faut être équipé de tout ça je crois quand même, il y a quand même du matériel pour pose de stérilet ?* »

Un généraliste posant des stérilets signalait ne posséder que son matériel d'urgence de base sans possibilité d'apport d'oxygène : M8 : « *j'ai mon matériel d'urgence du cabinet mais j'ai pas d'oxygène.* »

De la même façon, plusieurs médecins faisaient référence à des confrères posant des DIU sans équipement spécifique : M6 : « *J'ai déjà eu l'occasion de discuter avec une toute jeune consœur sur X qui fait beaucoup de gynéco et qui pose des stérilets à tour de bras et qui me disait : « Mais non, on a besoin de rien... ».* »

- La question d'une **échographie après la pose du DIU** a été abordée à plusieurs reprises. Des praticiens ont cité le manque d'imagerie comme un frein à la pose : M10 : « *C'est quand même plus facile de poser un stérilet quand on peut faire une écho juste après.* »

Plusieurs médecins évoquaient celle-ci comme nécessaire : M5 : « *Et je pense qu'il faudrait être équipé d'un petit échographe pour vérifier que tout va bien derrière.* ». Son obligation légale était soulevée : M5 : « *je me demande même comment médicalement, on peut encore poser un stérilet sans ... Vous voyez... Pour voir si derrière, il est en place. C'est un peu limite, quoi !* »

### **C. Les effets indésirables au moment de la pose :**

Deux praticiens étaient gênés par la possible survenue de malaises vagues lors du geste : M2 : « *la possibilité d'avoir des petites complications au moment où on la pose avec des malaises vagues et des choses comme ça* ».

## **D. La cotation :**

### **1. La rémunération était diversement considérée par les généralistes :**

Pour un médecin, la cotation était correcte : M2 : « *Oh, ça me paraît correct.* »

Sans être un frein, la cotation de l'ensemble des actes en gynécologie était peu intéressante pour plusieurs médecins : M14 : « *même le frottis, je le fais pour les 3 femmes que j'ai, mais c'est pas pour les 6 euros.* »

### **2. La cotation de la pose de DIU n'était pas connue :**

La cotation était méconnue de la plupart des médecins interrogés : M15 : « *comme je le pose pas, j'avoue que la cotation je m'y suis pas trop intéressée.* »

## **E. La responsabilité :**

### **1. La peur de la prise de risque en médecine générale :**

Un généraliste exprimait sa crainte du risque dans le secteur de la gynécologie: M6 : « *je ne fais pas suivi de grossesses, ça c'est clair et je n'en ferai pas... Il est hors de question que je prenne des risques avec des femmes enceintes. C'est trop trop dangereux et trop idiot de faire le plus malin je trouve.* »

De la même façon, plusieurs médecins ne souhaitaient pas s'engager dans la pose de stérilet de peur des risques encourus : M14 : « *Euh, ça nécessite quand*

*même, enfin, ... Il y a quand même des responsabilités. Il y a plus de responsabilités si on fait un truc. »*

## **2. Les assurances :**

Un praticien relatait une peur globale liée au geste de pose de DIU et aux assurances : M3 : *« et puis c'est aussi par rapport à nos assurances, quand c'est pas clair... »*

Plusieurs médecins se questionnaient sur la nécessité de déclarer aux assurances le geste de pose de DIU :

- Certains la considéraient nécessaire : M1 : *« Oui, elle veut savoir si je pose des stérilets ou pas, enfin, je lui ai pas dit, mais si je posais des stérilets, elle voudrait le savoir »*, comme pour les autres gestes réalisés en médecine générale : M6 : *« Je le fais, tous les ans, quand je reçois ma feuille, je revérifie et je déclare au fur et à mesure »*.
- Pour d'autres, ce geste faisant partie de la médecine générale, il n'était pas obligatoire de déclarer sa réalisation aux assurances : M10 : *« je pense que la pose du stérilet, ça en fait partie aussi. Pour moi, il n'y a donc pas de déclaration supplémentaire à faire. »*

## **3. La législation :**

Plusieurs médecins exprimaient une crainte de la loi régissant le geste : M9 : *« on est quand même frileux avec les aspects médicolégaux quand même... »*



#### **4. La crainte des poursuites dans le cadre des affaires de mœurs :**

Plusieurs généralistes de sexe masculin relataient une crainte de mise en cause de la part des patientes pour abus : M11 : « *Donc on commence à se poser la question parce qu'on en a discuté entre confrères. Il est vrai que tout peut arriver, en connaissant nos patients. De plus en plus, il y aura probablement des plaintes pour un oui ou pour un non.* »

Cette peur était reliée à une affaire locale : M11 : « *je me demandais si j'allais pas faire la formation pour pouvoir le faire, avec ce qu'il s'est passé avec le Dr ..., je peux vous dire qu'au jour d'aujourd'hui, je ne pense pas refaire ... Je ne pense pas.* »

Les conséquences sur la carrière et l'exercice de la médecine étaient évoquées: M11 : « *Le jour où il y a un problème comme ça, c'est vrai que ça salit par la suite votre carrière, je sais pas ce que ça donne. Il y en a qui arrivent à rebondir, mais ce n'est pas le cas de tout le monde...* »

#### **F. Le temps :**

##### **1. L'activité en gynécologie était jugée chronophage :**

Le temps était évoqué comme un facteur limitant pour la réalisation du suivi gynécologique : M13 : « *Les frottis, on a du mal à les faire quand même au cabinet, parce que c'est souvent le manque de temps, surtout pour nous, le manque de temps ...* ».

## 2. La pose du DIU était un acte chronophage :

De la même façon, la pose du DIU nécessitait un investissement en temps : M2 : « pour la complexité de l'acte, qui prend du temps, il faut quand même un certain temps... »

## G. Le genre du médecin :

- Le **manque d'intérêt** pour la gynécologie de certains médecins hommes était rapporté par des généralistes de sexe masculin mais aussi féminin : M4 : « Après, c'est de l'orientation personnelle en fonction des goûts de chacun, je fais pas de gynéco, alors je vois pas l'intérêt d'aller m'embêter à poser des stérilets. », M5 : « je sais pas parce que les mecs, ils prennent pas trop le temps ».

- Une généraliste évoquait une **certaine gêne** pour les praticiens hommes lors de la demande en gynécologie : M6 : « Par contre, je conçois que les hommes ils soient pas très à l'aise. Les médecins généralistes hommes... »

## H. Accès facile au gynécologue spécialiste :

Un médecin généraliste ne réalisait pas de pose stérilet du fait de la proximité de spécialistes en gynécologie : M10 : « j'ai un gynéco à 5 minutes autour de moi, j'ai plein de gynéco, j'ai la maternité, j'ai un gynéco med, j'ai la sage-femme qui fait ça. On a une échographie à côté (...) à titre perso, j'ai les gens qu'il faut pour les mettre.»

## **.VI. Freins à la pose du DIU de la part des femmes :**

### **A. L'a priori des femmes :**

Le **manque de connaissance** de la méthode a été rapporté par un généraliste:

*M1 : « Y a un questionnement de la patiente... Elle s'attend pas à ce qu'on parle de ça. »*

Les médecins interrogés rapportaient les craintes liées aux **effets indésirables** du DIU :

- La peur des grossesses : *M14 : « il y a toujours la peur de la grossesse sous stérilet »,* du fait de son manque d'efficacité : *M1 : « elle a l'impression qu'elle a entendu dire que c'était moins efficace que la contraception ».*

- La crainte pour la fertilité ultérieure : *M1 : « alors ça veut dire aussi que : stérilet, le jour où on veut une grossesse, ça marche plus ».*

- Les interactions avec les AINS : *M6 : « Qu'il faut pas prendre d'anti inflammatoires, alors elles mélangent tout, du coup, elles prennent plus de Paracétamol... »*

- La crainte de troubles de règles lors de l'utilisation du DIU. Du fait de l'aménorrhée par le stérilet hormonal : *M3 : « « Ca va déranger mon cycle », les Mirena, elles ont pas leur règles, ça les dérangent beaucoup pour certaines. »,* ou par l'augmentation du volume menstruel : *M5 : « elles ont peur de saigner beaucoup».*

- D'après plusieurs médecins, les femmes craignaient le geste de pose du DIU : *M13 : « Et puis, la manœuvre en elle-même. Elles se disent que c'est douloureux,*

de poser un stérilet. ». Un praticien se questionnait sur la crainte de la pose en cabinet de médecine générale: M1 : « *Et peut être que les gens aussi, en disant : « s'il m'arrive quelque chose dans un cabinet comme ça tout seul... » ».*

L'idée du **corps étranger intra-utérin** était rapportée par plusieurs généralistes: M5 : « *Avant, elles étaient très réticentes, parce qu'elles voulaient pas de corps étrangers, en règle générale. Là, l'un des plus gros arguments c'est qu'elles veulent pas de corps étranger. »*

Les femmes relataient souvent des **idées pré existantes** lors de la proposition du DIU. Souvent, elles étaient liées aux informations reçues par l'entourage : M11 : « *elles sont eu des discussions avec leurs mamans ».* Parfois ces connaissances étaient obtenues par des lectures : M3 : « *Après elles ont lu beaucoup de choses, les réactions, ce qu'elles ont entendu... »*, ou par le biais d'internet : M5 : « *elles vont sur Internet, donc elles savent ce qui se passe. »*

## **B. L'impact du genre du médecin :**

D'après plusieurs médecins, certaines femmes préféraient consulter une interlocutrice pour les problématiques de gynécologie : M11 : « *Il est vrai aussi qu'il y a des femmes qui vont plus facilement voir une femme même médecin généraliste qui fait des actes gynéco, plutôt qu'un homme. ».*

Pour un médecin homme, certaines femmes ne faisaient pas de différence liée au sexe du praticien pour les gestes de gynécologie : M11 : « *Il y en a aussi à qui ça ne pose aucun problème et qui veulent que ce soit moi qui fasse les frottis, un suivi,... »*

### **C. Le médecin généraliste n'est pas considéré par les patientes comme poseur de DIU :**

Les femmes ne formulaient pas de demande de pose de DIU par le généraliste:

*M4 : « Jamais eu de demande, j'ai donc jamais eu à le refuser même si j'ai jamais annoncé que je faisais pas de gynéco. Les patientes spontanément ne me demandent pas. »*

Pour un médecin, les femmes seraient peu enclines à accepter la pose par le médecin généraliste: *M8: « Parce que pour elles, ça reste un examen gynécologique obstétrical, vraiment d'un médecin spécialiste. Donc, j'ai du mal à faire poser les DIU dans mon cabinet, c'est compliqué. »*

### **D. Le rôle de la proximité affective :**

Plusieurs praticiens mentionnaient la proximité affective du médecin croisé dans les mêmes sphères sociales comme frein à la pratique de la gynécologie : *M15: « pour certaines questions, notamment intimes, c'est un peu compliqué parfois. Des gens qu'on connaît bien, surtout dans des villages comme ici, des gens qu'on voit régulièrement à l'école, ... C'est vrai que pour les problèmes gynéco, elles préfèrent en général aussi avoir affaire à leur gynéco homme ou femme. »*

## **.VII. Solutions proposées pour augmenter la pose du DIU :**

### **A. Augmenter l'offre de pose :**

L'hypothèse que l'offre de pose favoriserait la pose a été émise par un médecin:

*M6 : « alors si on le faisait, on en aurait davantage ! ».*

Pour cela, un autre médecin insistait sur la nécessité de sensibilisation des généralistes à leur rôle possible dans ce geste : *M11 : « sensibiliser, parce que quoiqu'on en dise, il y a des gens qui s'y intéresse, lorsque je suis allée faire le stage à Lille dans le temps, il y avait pas mal de gens. »*

### **B. Exposer le rôle du généraliste :**

#### **1. Pour la prise en charge gynécologique :**

Plusieurs médecins constataient le manque de connaissances par les patientes de leurs compétences en gynécologie : *M12 : « Je pense que ça tient beaucoup au fait que pour le suivi gynéco, on va voir le gynécologue. C'est pas que la pose du stérilet, c'est un peu le suivi dans son ensemble. »*

En communiquant sur ce sujet, certains médecins avaient constaté une augmentation de la demande des patientes : *M7 : « Les gens sont pas forcément au courant donc je les informe que je le fais et ça commence à venir, ça commence à se*

savoir et je commence à avoir de plus en plus de femmes qui acceptent le frottis et voilà. »

## **2. Pour la pose du DIU :**

Deux médecins mettaient en relation la demande des patientes pour la pose et la volonté de formation : M3 : « *Et qu'il y ait plus une demande, c'est vrai que forcément, si tu as pas la demande, tu t'y intéresses pas... Y a l'offre et la demande ! Si j'avais eu beaucoup des patientes, je pense que je m'y serai mise.* », M5 : « *Alors je me pose la question de peut-être me former pour pouvoir en reposer parce qu'on a la demande* ».

Pour cela, un autre médecin proposait de communiquer auprès de patientes sur les compétences des généralistes pour la pose du DIU : M1 : « *la médiatisation... Dire : Les généralistes font ça très bien !* »

## **C. Se former :**

Un médecin différenciait les généralistes formés, que les femmes reconnaîtraient comme compétents en gynécologie, des autres praticiens : M1 : « *les généralistes qui se sont bien spécialisés dans ce domaine. Alors, ceux-là, OK, ils sont identifiés comme étant compétents en gynécologie.* »

Pour plusieurs médecins, une formation, même courte, permettrait de favoriser la pose du DIU : M15 : « *Je pense qu'avant tout, c'est de la formation. C'est à nous de nous former et de nous impliquer un peu plus.* »

Ils envisageaient favorablement une séance de FMC pour ré affirmer leurs compétences dans ce domaine et se repositionner comme acteur de ce geste : M13 :  
« *Ce serait pas mal de faire des petits stages. On pourrait faire un EPU là-dessus, pour bien ..., sur mannequin. Pour revoir si c'est possible, revoir les bonnes pratiques. Je pense que ça pourrait être motivant.* »

#### **D. Le rôle des médecins femmes :**

Un médecin soulignait l'impact positif de la féminisation future de la médecine générale sur la pose du DIU : M2 : « *je pense qu'avec la féminisation du corps médical, ça (la majoration de la pose DIU en médecine générale) va se faire spontanément parce que les femmes font plus leur petite gynéco, leur petite popote dans leur coin.* »

#### **E. L'impact des structures regroupant plusieurs médecins :**

Deux médecins évoquaient les maisons médicales comme un facteur favorisant la pose du DIU par le généraliste :

- par la possibilité d'une orientation propre de chaque praticien : M1 : « *on va avoir une maison pluridisciplinaire maintenant, donc on va peut-être avoir tout ça... on va être 8 médecins et chacun aura sa petite orientation, sans être spécialité, et il y aura certainement la possibilité de développer des choses à ce niveau là...* »,

- ou par la facilité d'organisation : M14 : « *Dans une organisation un peu collective, c'est envisageable. Après, c'est purement une histoire d'organisation en ambulatoire.* »



## DISCUSSION

### **Forces et faiblesses de l'étude :**

#### **.I. Validité interne :**

Le caractère formel de l'entretien a pu interférer avec les déclarations des médecins. Il s'agit d'un biais de déclaration lié à une distance entre les propos et les pratiques réelles que celle-ci soit consciente ou non.

L'interprétation des données a été réalisée par l'investigateur. Elle était donc soumise à la subjectivité et à l'a priori de celui-ci. Il existe ainsi un risque de biais de classement. Pour diminuer cet écueil, les données ont été triangulées c'est-à-dire interprétées de façon synchrone par deux chercheurs différents (l'investigateur et un autre chercheur étudiant un autre sujet). Les interprétations différentes ont ensuite été discutées jusqu'à obtention du consensus.

#### **.II. Validité externe :**

Les caractéristiques démographiques des médecins interrogés ne correspondaient pas à celles de l'ensemble des médecins de la zone étudiée. Ils étaient globalement plus jeunes, avec un exercice seul plus important et une population féminine plus représentée.

Il peut s'agir ainsi d'un biais de sélection. Cependant, la recherche de représentativité n'est pas l'objectif de l'étude qualitative, mais plutôt la quête de la variation maximale parmi les informations recueillies.

## **Confrontation aux données de la littérature :**

### **.I. Le rôle du médecin généraliste dans le choix de la contraception :**

#### **A. Une contraception adaptée à la patiente :**

Pour favoriser l'adhésion des femmes à la méthode contraceptive choisie, il est conseillé d'impliquer celle-ci dans leur choix. Cette nécessité est illustrée dans la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit »(16). Cette démarche était utilisée par plusieurs médecins interrogés et développée par Gaillard et Richard (17).

Bajos (2) a décrit en 2014 un modèle contraceptif français peu évolutif dans lequel la femme jeune serait d'emblée orientée vers la contraception orale malgré un large éventail de méthodes disponibles. Ce concept était retrouvé ici comme chez Gaillard et Richard (17) et Fontaine (18) avec une demande initiale quasiment exclusive de pilule.

#### **B. Les propositions faites aux femmes :**

Le généraliste décide de présenter ou non à sa patiente le large panel existant lors des demandes de contraception.

## **1. La pilule :**

La contraception orale est prescrite en première intention, dans nos conclusions comme chez Gaillard et Richard (17), par habitude ou avec un souci de rapidité comme chez Fontaine (18) et Salmon (19).

## **2. Le DIU :**

Le DIU est peu proposé en première intention dans nos travaux et ceux de Fontaine (18).

Au contraire, certains médecins interrogés ont fait le choix de le proposer dès la première demande de contraception, option retrouvée chez Guyomar et Guilloteau (20). La polémique sur les pilules de 3ème génération a pu permettre d'ouvrir le débat dans ce sens comme l'avaient également constaté Gaillard et Richard (17).

Le gynécologue propose plus facilement et efficacement le DIU. L'étude Fecond publiée en 2012 (2) conforte ces propos avec une plus grande proportion de porteuses de DIU chez les femmes suivies par un gynécologue que chez les patientes prises en charge par le généraliste. Cette différence peut être liée à « l'efficacité » de proposition mais aussi à la facilité de prescription des contraceptions orales par le médecin de famille.

## **.II. Pratique du DIU :**

### **A. Ce que le généraliste pense du DIU :**

Le DIU est apprécié unanimement dans nos travaux comme dans les études qualitatives traitant du sujet (15,19–21). La notion de particulière satisfaction du DIU hormonal a été retrouvée dans l'étude de Salmon (19).

Le DIU est une contraception efficace. Son indice de Pearl (pourcentage de femmes ayant une grossesse non désirée sur une année d'utilisation de la méthode) est de 0.6 en utilisation optimale et de 0.8 en utilisation courante pour le DIU au cuivre et de 0.2 pour le DIU hormonal (6). Cette notion semble connue des médecins généralistes dans nos travaux comme dans la littérature (19,20). De plus, chez Gonthier (15) et Fontaine (18), l'attention était attirée sur la supériorité d'efficacité du DIU par rapport à une contraception orale mal prise. En effet, la pilule oestroprogestative présente un indice de Pearl de 8 en utilisation typique (6). Cette efficacité est favorisée par l'absence de prise répétée (15,17).

La poursuite de la méthode à un an est bonne : 78% pour le DIU au cuivre et 81% pour le DIU hormonal contre 68% pour les contraceptions orale (6). Sa tolérance est considérée comme au minimum correcte dans nos conclusions et celles de Guyomar et Guilloteau (20).

## **B. Les indications :**

### **1. A quel âge ?**

Le DIU est considéré comme adapté aux femmes plus âgées ou en cas de contre-indications notamment le tabagisme, par certains praticiens interrogés comme retrouvé chez Gonthier (15) et Salmon (19).

Cette méthode est non utilisable chez la femme jeune pour plusieurs médecins dans nos conclusions. Les travaux de Salmon (19) mentionnaient la limite posée arbitrairement par certains praticiens à 25 ans.

Les idées reçues sur les critères d'âge pour conseiller un DIU persistent malgré les recommandations britanniques du NICE (22) ou encore de l'ANAES (8) qui ne fixent pas de limite d'âge inférieure pour proposer une DIU.

### **2. La femme nullipare :**

De la même façon, l'ANAES (8) a réaffirmé en 2004 l'absence de contre-indications du DIU chez la nullipare. Cependant, l'idée d'inadaptation de cette contraception à ces femmes reste fréquente comme l'a mis en évidence notre étude et celle de Cavaro-Aschehoug (21).

Les médecins craignent la pose chez les nullipares, décrite comme difficile et douloureuse chez Fontaine (18) et dans nos travaux. Comme chez Salmon (19), plusieurs médecins interrogés adressent les nullipares au gynécologue pour la pose.

## **C. Les effets indésirables du DIU :**

Une idée défavorable au sujet du DIU est répandue, retrouvée dans notre étude comme chez Salmon (19).

### **1. Les grossesses :**

La crainte des grossesses reste présente chez les médecins interrogés comme dans la littérature (17,18,21) malgré une efficacité connue et démontrée (6). Toutefois, le risque était considéré faible dans l'étude de Salmon (19).

Le risque de GEU est minime chez les porteuses de DIU comme l'a affirmé le NICE britannique (de l'ordre de 1/1000 sur 5 ans si DIU au cuivre et inférieur aux non utilisatrices de contraception si DIU hormonal) (22). Cette crainte cependant reste importante chez les généralistes qui la citaient fréquemment dans nos travaux, ceux de Gaillard et Richard (17) et de Fontaine (18).

Toutefois, le risque de GEU est un peu augmenté si la grossesse survient chez une porteuse de DIU : 1/20 (22).

### **2. Les complications infectieuses :**

Le risque de développer une maladie inflammatoire pelvienne est inférieur à 1% si le risque d'IST chez la patiente est bas. Afin de prévenir cette pathologie, il est recommandé chez les patientes présentant un risque d'IST plus important d'effectuer un dépistage et éventuellement un traitement avant la pose (22). Il était reconnu par les généralistes interrogés comme dans d'autres études que le risque était existant (15,17) mais sa survenue rare (18,19).

### **3. Les métrorragies :**

Le DIU au cuivre peut entraîner une hyperménorrhée. Souvent présentée comme invalidante (17,19), elle a été mentionnée comme sans retentissement sur la qualité de vie dans nos travaux.

### **4. Les interactions avec les AINS :**

La potentielle diminution d'efficacité du DIU liée aux AINS est une théorie française qui a été démentie par plusieurs études, notamment les travaux de Thonneau en 2008 (23). Si cette notion est assimilée par certains médecins (21), elle persiste pour d'autres (15,18,19) comme dans nos conclusions.

Cette notion est d'autant plus importante que ces produits sont efficaces pour lutter contre l'hyperménorrhée ou les douleurs liées à la pose du DIU selon Gronier (24).

### **D. La pratique du DIU :**

La majorité des médecins interrogés ne posait pas de DIU, même parmi ceux qui décrivaient une pratique régulière de la gynécologie. Ces constatations sont en accord avec Delannoy-Eglinger (25) dont les travaux menés en région Nord-Pas-de-Calais retrouvaient 10% de médecins poseurs de DIU.



## **E. Quel regard sur le geste ?**

### **1. La technique de pose :**

Les techniques de pose classique et directe ont été décrites par Savignac-Krikorian (26) comme aisées. Les médecins maîtrisant les modalités de leurs réalisations les considèrent sans difficultés, dans nos travaux et ceux de Gonthier (15). Les médecins ne connaissant pas la technique de pose semblent surestimer la difficulté de cet acte avec une crainte importante (15).

### **2. L'expérience nécessaire :**

Cette expérience suffisante pour « savoir » poser un DIU est difficile à quantifier d'après les propos recueillis dans nos travaux. L'étude de Marret reprenant 300 poses de DIU en médecine générale (27) mentionnait une expérience minimale de 2 poses par mois, alors que les recommandations britanniques considèrent qu'une pose par mois est suffisante (22). Les médecins interrogés retiennent la notion d'expérience « suffisante » favorisée par la répétition du geste (18,20). Cette idée limite leurs projets envers la pose car ils sont conscients de la faible demande de la part des femmes.

### **3. La pose en ambulatoire est possible :**

La possibilité de pose de DIU par les généralistes en ambulatoire est confortée par les conclusions de Savignac-Krikorian publiée dans la revue *Exercer* (26). Elle est d'ailleurs réalisée sans problème, même si rarement, par un médecin interrogé.

### **4. La pose n'est pas un acte anodin :**

L'idée du geste de pose douloureux et désagréable a été retrouvée dans nos travaux comme chez Salmon (19) où un médecin mentionnait ce geste comme anxiogène.

Du caractère douloureux découle la nécessité d'une prémédication constituée de spasmolytiques, d'AINS ou de prostaglandines variant selon les praticiens dans nos conclusions comme dans celles de Gaillard et Richard (17).

### **.III. Les freins à la pose du DIU de la part des médecins généralistes :**

#### **A. La formation :**

Le manque de formation est un facteur limitant majeur de la pose du DIU par les généralistes dans nos travaux comme dans la littérature (15,18,19).

##### **1. La formation initiale :**

Le moment de choix pour l'apprentissage du geste semble actuellement être le stage de l'interne en gynécologie. La pose du DIU et de l'implant contraceptif est d'ailleurs un objectif du semestre dans cette spécialité (28). Cependant, des difficultés à acquérir ces compétences sont signalées dans les propos recueillis. D'après les travaux de Figon et Micaelli (29), peu de jeunes diplômés du DES de médecine générale avaient posé des DIU au cours de leur parcours et très peu d'entre eux avaient pu le réaliser en supervision indirecte. Un médecin y signalait la difficulté d'apprendre au cours des stages « ce qui est nécessaire en médecine générale ». Cette idée était partagée par plusieurs médecins interrogés dans nos travaux.

Pour d'autres, les compétences ont été acquises au cours de leur formation initiale. Cependant, leur proportion reste faible dans nos effectifs comme chez Trichet-Stéphan et Senand (30) et Micaelli et Figon (29).

La formation des jeunes généralistes sera modifiée à compter de la rentrée universitaire 2016/2017. Cette restructuration verra le passage de l'internat de 3 à 4

ans. De plus, les stages ambulatoires représenteront à terme la moitié du temps de formation : 2 à 3 stages auprès de médecins généralistes et la possibilité de réaliser les semestres du pôle mère-enfant (gynécologie et pédiatrie) en ambulatoire (31). Cette confrontation des jeunes praticiens à la pose du DIU au cabinet médical pourrait favoriser l'appropriation du geste et encourager sa réalisation ultérieure.

## **2. La formation complémentaire :**

### **a) La formation autonome :**

L'utilisation des supports pour la formation autonome est mentionnée par les médecins de notre étude comme chez Gaillard et Richard (17). Des vidéos de démonstration de pose de DIU, ou encore articles de revue scientifiques permettaient aux généralistes cet auto-apprentissage (15).

### **b) Les FMC :**

La formation complémentaire a été mentionnée par nos praticiens-informateurs comme un outil de choix. Qu'elle soit diplômante ou non, elle favorise la prescription du DIU comme l'a montré De Verbizier (32).

La faculté de médecine de Lille est dotée depuis 2011 d'un centre de simulation sur mannequin interactif dans le domaine de la santé (centre Présage). Cette structure propose une formation sur la contraception à l'intention des médecins généralistes, menée par les gynécologues médicaux du CHRU de Lille. Elle comprend des séances de pose de DIU sur mannequin (33).

Cette structure et cette formation n'ont pas été mentionnées dans nos recherches mais semblent être un outil intéressant pour l'appropriation ou la réappropriation du geste.

**c) Le diplôme interuniversitaire de gynécologie :**

Le Diplôme interuniversitaire de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique est une formation diplômante sur une année. Elle constituée d'une partie théorique avec des cours dispensés une après-midi par semaine soit 84 heures annuelles et d'une partie pratique avec 38 demi-journées de stage. Le contrôle des connaissances se fait par un examen écrit et la production d'un mémoire (34).

Cette formation retient l'intérêt des médecins généralistes par son caractère complet, notamment pour l'apprentissage de la pose du DIU. Toutefois, son suivi dans le cadre d'une pratique libérale semble complexe aux praticiens que nous avons interrogés.

De plus, il n'a pas été montré que les médecins ayant suivi cette formation posaient plus de DIU que les médecins non formés (15,35).

## **B. Le matériel :**

### **1. Le coût :**

L'investissement dans le matériel nécessaire pour la pose du DIU est un frein à sa réalisation d'après nos conclusions comme celles de Salmon (19).

Cependant, les consommables et pinces ainsi que, de façon inconstante, les spéculums peuvent être obtenus dans des kits de pose de DIU. Le set de pose contenant le DIU est remboursable à 60%. Son coût est de 30.5 euros (36). Les kits sans DIU, non remboursables, sont disponibles auprès des distributeurs de matériel médical pour un coût de moins de 6 euros chacun (37).

### **2. La stérilisation :**

La stérilisation du matériel est un facteur limitant le geste de pose du DIU d'après nos travaux comme dans la littérature (18,19). En effet, les recommandations de la HAS signalent la nécessité de stérilisation par autoclave ou l'utilisation du matériel à usage unique (38).

L'alternative du matériel jetable, par l'éviction de la problématique de stérilisation est un élément intéressant. Il est remis en cause par un médecin de notre étude comme chez Salmon (19) en raison de son peu de maniabilité et de fiabilité par comparaison au matériel en métal.

### **3. L'équipement de type réanimation et l'oxygène :**

La loi du 2 avril 1972 régissait les moyens techniques exigés pour la pose de DIU. Elle stipulait l'obligation de détenir une réserve de plasma sec, un matériel à perfusion voire à transfusion ainsi qu'une réserve de drogue analeptiques cardiaques. La nécessité d'oxygène n'y était pas mentionnée (39). Ce texte a été abrogé en 1980 (40). La législation en vigueur ne fait plus mention à ce jour de la nécessité d'un plateau technique particulier. De plus, les textes mentionnent depuis 1974 la possibilité de pose du DIU sur le lieu d'exercice du praticien hors d'une structure agréée (41).

La notion d'exigibilité d'un équipement spécifique reste très présente chez les médecins généralistes interrogés comme dans la littérature (18,19). Ainsi, certains médecins préfèrent le cadre rassurant de l'hôpital pour poser des DIU (15).

### **4. L'échographie après la pose :**

De la même façon, les médecins généralistes considèrent nécessaire voire médicolégal l'échographie après la pose du DIU dans nos conclusions comme dans la littérature (17–19).

Il n'existe pas à ce jour de texte de loi stipulant la nécessité de vérification échographique de la position du DIU après sa pose. Par ailleurs, selon l'étude de De Kroon (42) réalisée en 2003, l'évaluation clinique du bon positionnement était aussi efficace que l'évaluation échographique en l'absence de douleurs ou de difficultés à la pose.

### **C. Les effets indésirables au moment de la pose :**

La crainte des douleurs et malaises vagues a été retrouvée au cours de nos recherches comme dans les études de Gonthier (15), Gaillard et Richard (17), Fontaine (18) et Salmon (19).

### **D. La cotation :**

Le geste de pose (JKLD001) et le changement (JKKD001) de DIU sont rémunérés à hauteur de 38.40 euros. Son retrait (JKGD004) peut donner lieu à une cotation mais sans rémunération (43).

La cotation est peu connue des médecins dans nos travaux comme dans ceux de De Verbizier (32). Quand c'est le cas, elle est reconnue comme insuffisante et rendant l'acte peu rentable (18,20).

### **E. Les responsabilités :**

Une peur diffuse de la prise de risque est retrouvée dans nos conclusions comme chez Salmon (19) et Guyomar et Guilloteau (20). Elle est mise en relation avec l'exercice isolé de l'exercice libéral, loin des structures d'urgences.



### **1. Les assurances :**

Le geste de pose de DIU appartient aux attributions du médecin généraliste comme le confirme le Référentiel Métier (44).

Ainsi, l'assurance La Médicale a nié toute nécessité de déclaration ou l'existence de surprime liée à la pratique de la pose de DIU.

Certains médecins craignent à tort l'engagement de leur responsabilité par la réalisation de ce geste, dans nos travaux comme dans la littérature (15,18,19).

### **2. La loi :**

Le généraliste est autorisé à poser des DIU par l'article L5134-1 du Code de Santé Publique sans condition de qualification supplémentaire (45). Pourtant, une crainte de la loi reste présente parmi les médecins interrogés comme chez Gonthier (15) et Salmon (19).

### **3. La crainte des accusations d'attouchements :**

Au cours de l'étude, une affaire de mœurs mettant en cause un gynécologue a été révélée (46). Il n'a pas été constaté une évolution franche du discours des généralistes de sexe masculin. Cependant, certains praticiens interrogés après cette révélation ont admis remettre en question leurs projets de formation en gynécologie, notamment pour la pose du DIU.

## **F. Le temps :**

La pose de DIU, comme la consultation de gynécologie, était reconnue chronophage d'après les interlocuteurs de notre étude comme dans la littérature (15,17,18). Un médecin dans les travaux de Salmon estimait à titre d'exemple qu'une pose de DIU pouvait nécessiter le temps de 2 consultations habituelles (19). Cette durée semblait rendre ce geste inadapté à une pratique libérale dont la durée moyenne de consultation est de 16 minutes selon une étude menée en 2006 par la DREES (47).

## **G. Le genre du médecin :**

Le genre du praticien a une influence sur sa pratique de la gynécologie comme l'a montré Delannoy-Eglinger (25) avec un nombre d'actes en gynécologie statistiquement plus élevé chez les généralistes femmes.

Le manque d'intérêt des hommes comme la notion d'appréhension de la demande en gynécologie sont des facteurs freinant l'exercice dans ce domaine (18). Les médecins interrogés dans nos travaux rapportaient ces mêmes idées. Cependant, il convient de signaler que le seul poseur de DIU parmi les médecins interrogés était de sexe masculin.

## **H. L'accès facile au gynécologue spécialiste :**

Le secteur de l'Arrageois présente une offre de soin importante pour la santé de la femme. Il existe en effet, en plus du secteur libéral, un service de gynécologie au sein du Centre Hospitalier d'Arras avec une maternité de niveau III et un Hôpital Privé (Hôpital Privé des Bonnettes) comprenant une maternité de niveau I au sein duquel exercent 5 gynécologues-obstétriciens. L'offre dans ce domaine est donc importante sur la zone étudiée.

Comme retrouvé chez Salmon (19), la facilité d'accès au gynécologue pourrait entraîner un moindre recours pour cette discipline auprès du généraliste.

Cependant, il existe une nette diminution du nombre des gynécologues de ville depuis 2015 (11,12), y compris dans le secteur de l'Arrageois.

Certains médecins interrogés envisagent cette diminution comme une opportunité de s'impliquer dans la prise en charge des femmes (19,48) avec parfois un effet déjà ressenti dans la pratique courante.

C'est dans ce contexte que la pose du DIU pourrait être prise en main par les généralistes, comme rapporté par les praticiens interrogés dans nos travaux et ceux de Guyomar et Guilloteau (20).

## **.IV. Les freins des femmes à la pose du DIU par le médecin généraliste :**

### **A. L'a priori des femmes :**

Lors d'une enquête réalisée auprès de nullipares en 2014 (49), la moitié des femmes se positionnait comme défavorable à la proposition du DIU.

Les peurs d'**inefficacité**, de mauvaise tolérance d'un **corps étranger intra-utérin**, de la **pose qualifiée d' « agressive »**, la **méconnaissance de la méthode** ainsi que **l'influence de l'entourage** sur son acceptation sont les éléments le plus souvent cités par les femmes comme limitant la pose selon Lalo et Sacareau (50). Les travaux auprès des praticiens comme nos conclusions retrouvent ces notions (18,19).

Les médecins interrogés au cours de nos recherches citaient la crainte des femmes pour la fertilité ultérieure comme freinant le recours au DIU. Elles avaient abordé cette idée dans les travaux de Lalo et Sacareau (50). Toutefois, une étude auprès de nullipares en 2013 mettait en évidence que la plupart des femmes connaissait l'innocuité de la méthode sur leur fertilité future (51).

Pour les médecins interrogés comme dans la littérature, les femmes considèrent comme réelle la diminution d'efficacité du DIU sous AINS (15,19). Cependant, d'après Roussel-Bureau (52), la majorité d'entre elles connaissait l'absence d'interactions entre ces deux thérapeutiques.

Tantôt lié à l'aménorrhée ou à l'augmentation du volume menstruel, les troubles des règles sont un élément freinant les femmes dans leur acceptation du DIU dans nos travaux comme dans plusieurs études qualitatives sur le sujet (15,18,19,21).

## **B. L'impact du genre du médecin :**

Le genre du praticien semble influencer la demande de pose de DIU avec une préférence des femmes pour un praticien du même sexe en gynécologie, d'après nos conclusions comme celles de Fontaine (18) et Salmon (19).

De la même façon, l'étude de Lanne (53) a mis en évidence que si la quasi-totalité des femmes ne faisait pas de différence de compétences entre homme et femme, une majorité préférerait un intervenant féminin pour la gynécologie.

## **C. Le manque d'identification du généraliste comme compétent en gynécologie :**

La demande en gynécologie auprès des généralistes est faible d'après nos travaux comme ceux de Gonthier (15) ou Fontaine (18). D'après Delannoy-Eglinger (25), près de la moitié des femmes préférerait être suivie sur le plan gynécologique par un praticien différent du médecin de famille. La cause évoquée était en premier lieu la crainte du manque de compétence.

Cette absence du généraliste du champ de la gynécologie rend la pose du DIU impossible.

## **D. Le rôle de la proximité affective :**

La seconde raison de non recours au généraliste retrouvée chez Delannoy-Eglinger (25) était la préférence d'un anonymat relatif à la confrontation à leur médecin généraliste pour la prise en charge gynécologique. Cette notion a été évoquée par un médecin interrogé. Au contraire, la relation de confiance entre le médecin et la patiente était retrouvée comme un facteur favorisant ce suivi d'après Salmon (19).

## **.V. Les solutions :**

### **A. Les solutions formulées par les médecins interrogés :**

#### **1. Augmenter l'offre de pose de DIU :**

Nos conclusions comme celles de Gaillard et Richard (17) et Cavaro-Aschehoug (21) mettent en évidence la nécessité de sensibiliser les jeunes médecins à la possibilité de poser des DIU dans le cadre de leur pratique ambulatoire. Cette méthode contraceptive souffre en effet de l'image de pose difficile cantonnée au cabinet du gynécologue ou à l'hôpital compte tenu d'une formation hospitalière quasi exclusive dans ce domaine. L'essor des stages ambulatoires de gynécologie pourrait permettre d'envisager la pose du DIU en cabinet médical sans crainte.

## **2. Exposer le rôle possible du généraliste :**

Les médecins ne se sentent pas identifiés par les patientes comme compétents en gynécologie dans nos travaux comme chez Guyomar et Guilloteau (20) ou Brosset (54). Il semble donc important de communiquer auprès des femmes sur la possibilité de pose du DIU par le généraliste (17,18,21).

Cette médiatisation pourrait se faire par des campagnes auprès du grand public, par voie d'affichage dans les cabinets médicaux ou dans les lieux publics.

L'augmentation de la demande peut, d'après certains auteurs et médecins interrogés, être un moteur à la volonté de formation (17,20).

## **3. Se former :**

Le geste de pose est souvent déjà connu. Sa « ré appropriation » par la formation pourrait être un facteur motivant pour intégrer la pose du DIU à la pratique courante (17,21).

Plus que la formation au geste, une mise au point sur ses conditions légales, matérielles et d'assurance pourrait permettre de diminuer les barrières créées autour de cet acte par les médecins eux-mêmes.

## **4. Le rôle de la féminisation de la médecine générale :**

La proportion des femmes médecins a fortement augmenté en médecine générale (38). Dans la région Nord-Pas-de-Calais, près d'un médecin de moins de 40 ans en exercice libéral ou mixte sur deux est une femme (11).

Par leur aisance vis-à-vis de la demande et leur intérêt pour la discipline (55), les praticiennes pourraient favoriser le recours en gynécologie auprès du médecin généraliste ainsi que la pose du DIU.

## **5. L'impact des structures d'exercice groupé :**

L'émulation et le compagnonnage augmente la réalisation de ce type de geste d'après les propos recueillis dans notre étude comme chez Guyomar et Guilloteau (20). Cette proximité d'autres praticiens poseurs semble pouvoir encourager le geste en le dédramatisant et en mettant en place un apprentissage de la méthode.

Cependant, la répartition de l'activité gynécologique dans les structures pluri professionnelles où exerce une sage-femme peut être modifiée. Certains considèrent ce voisinage comme une chance pour l'entraide et la formation mutuelle. D'autres médecins interrogés voient par cette présence la diminution de leur exercice en gynécologie, parfois sans regrets.

## **B. Les solutions issues des freins recueillis :**

### **1. La planification du geste :**

La pose de DIU est, pour de nombreux médecins, un acte plus long qu'une consultation habituelle. De ce fait, il semble difficile pour ceux-ci de l'envisager dans le cadre de la pratique quotidienne. C'est dans cette optique que des créneaux de consultations plus longs pourraient être prévus.



Cependant, il n'existe pas de cotation spécifique pour ce type de consultation plus longue.

La cotation de pose du DIU pourrait compenser l'allongement du temps de consultation. De plus, sa réalisation fréquente a été associée à une pose plus aisée, et supposément plus courte. Cette dextérité pourrait donc limiter progressivement son caractère chronophage.

## **2. L'information des femmes au sujet du DIU :**

L'augmentation de la pose du DIU par les généralistes passe par une proposition fréquente de cette méthode aux femmes et des explications exhaustives sur son action, ses avantages et effets indésirables. En effet, beaucoup de préjugés persistent au sujet du stérilet et peuvent diminuer son acceptation.

On peut donc supposer qu'une proposition systématique de cette méthode avec un discours complet et valorisant favorisera son impact sur les femmes et ainsi sa demande.

## CONCLUSION

Les freins retrouvés dans nos conclusions sont du même type que ceux rencontrés dans les travaux traitant du même sujet. Il n'a pas été mis en évidence d'éléments nouveaux ni divergents. De la même façon, le DIU y est reconnu comme un moyen de contraception fiable et efficace tant par les généralistes que par les femmes. Les particularités de la zone étudiée n'engendrent donc pas de différences dans les freins à la pose du DIU.

Le secteur présente une offre de soins en gynécologie développée par la multiplicité des structures. Cependant, les médecins interrogés ont exprimé une crainte face à la diminution annoncée du nombre des gynécologues. Cette perspective amène à se questionner sur la nécessité de prise en main de cette discipline par les généralistes.

La féminisation de la profession pourrait dans ce contexte augmenter la pratique de la gynécologie en médecine générale. Cependant, si cette tendance commence à se faire sentir, la pose du DIU n'est pas pour autant impactée par ce processus. En effet, dans nos recherches, aucune femme généraliste ne posait de DIU.

La première et principale réponse pour augmenter la pose du DIU semble être la formation. Elle se décline en formation initiale par la formation théorique et les stages, ou continue par des sessions courtes de FMC ainsi que des formations diplômantes. L'objectif doit en être non seulement la formation au geste mais aussi la

connaissance des conditions légales l'entourant pour lever les craintes des praticiens.

La modification annoncée du contenu du DES de médecine générale va entraîner une augmentation des stages ambulatoires et ainsi la confrontation à la possibilité de pose du DIU au cabinet médical. Cette expérience pourrait encourager les jeunes praticiens à s'engager dans la pose de DIU.

Pour étudier l'impact de cette nouvelle formation, une seconde étude des pratiques pourrait être menée auprès des praticiens diplômés à l'issue de cette réforme. Cette évolution pourrait également être évaluée par des travaux sur le vécu de la contraception par les femmes à court et moyen termes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>
3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
4. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Group TC. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 1 mai 2003;18(5):994-9.
5. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
6. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives, 4ème édition [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44754/1/9789242563887\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44754/1/9789242563887_fre.pdf)
7. Serfaty, David. Contraception. Masson. Masson; 2016. (Abrégés).
8. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
9. Insee - Population - Nord-Pas-de-Calais et Picardie : troisième espace le plus peuplé de la nouvelle partition territoriale française [Internet]. [cité 5 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=22019](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=22019)
10. Insee - Population - La démographie du Nord-Pas-de-Calais : des spécificités régionales et locales [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=18923](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=18923)
11. Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, CNOM. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, Situation en 2015 [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_nord-pas\\_de\\_calais\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf)
12. CNOM, Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2015 [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medecale_2015.pdf)
13. Agence Régionale de Santé. Atlas régional et territorial de santé 2011 du Nord-Pas-de-Calais [Internet]. 2011. Disponible sur:

[http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS\\_13Janv/atlas\\_regional\\_santenpdc2011-opt2.pdf](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/atlas_regional_santenpdc2011-opt2.pdf)

14. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin; 2011. (Sociologie Anthropologie).
15. Gonthier R. Dispositif intra-utérin: Représentations des médecins généralistes qui ne l'insèrent pas [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2012.
16. Inpes - La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp070911.asp>
17. Gaillard M, Richard A. Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
18. Maëlle Fontaine - Prescription et pose de dispositifs intra-utérins chez les patientes nullipares : enquête sur les freins des médecins généralistes - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/34922>
19. Olivine Salmon. Le dispositif intra-utérin et l'implant: analyse des facteurs déterminant la pratique des médecins généralistes du Loir-et-Cher [Internet]. 2013 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_SalmonOlivine.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_SalmonOlivine.pdf)
20. Guyomar M, Guilloteau G. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins, en Sarthe et en Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la femme nullipare? 2012.
21. Cavaro-Aschehoug G, Massonneau A. Dispositifs intra-utérins: historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus group de médecins généralistes. France; 2007.
22. NICE. Long-acting reversible contraception | 1-recommandations | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/chapter/1-Recommendations>
23. Thonneau PF, Almont T, Almont TE. Contraceptive efficacy of intrauterine devices. Am J Obstet Gynecol. mars 2008;198(3):248-53.
24. Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2012;40(1):37-42.
25. Delannoy - Egligner A. A propos de suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste? [BU santé, pole recherche]: Lille 2; 2009.
26. Lori Savignac-Krikorian, Elise Benedini, Elodie Bezanson, Yannick Ruelle. Insérer un dispositif intra-utérin : méthode classique et méthode directe [Internet]. 2015 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Yannick\\_Ruelle/publication/292996288\\_Place\\_a\\_n\\_intrauterine\\_device\\_classical\\_method\\_and\\_direct\\_method/links/56b51aaf08ae5ad360578d14.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Yannick_Ruelle/publication/292996288_Place_a_n_intrauterine_device_classical_method_and_direct_method/links/56b51aaf08ae5ad360578d14.pdf)

27. Marret H, Golfier F, Vollerin F, LeGoaziou M-F, Raudrant D. Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500310005465](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/114509/resultatrecherche/1) [Internet]. 3 sept 2008 [cité 16 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114509/resultatrecherche/1>
28. CEMG-Lille FOPAS [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.cemg-lille.fr/stages/>
29. Micaëlli A-L, Figon S. Contraception par dispositif intra-utérin: quelles sont les acquisitions des médecins en fin de D.E.S. de médecine générale ? Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
30. Trichet-Stephan N, Senand R. Dispositifs intra-utérins: besoins en formations des médecins généralistes de Vendée. France; 2012.
31. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/proposition\\_du\\_cnge\\_pour\\_la\\_nouvelle\\_maquette\\_du\\_d/](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/)
32. Alice De Verbizier. Dispositifs intra-utérins en Médecin générale en Lorraine, Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. [Internet]. 2011 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2011\\_VERBIZIER\\_ALICE\\_DE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_VERBIZIER_ALICE_DE.pdf)
33. Présentation du centre de simulation santé Présage [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: <http://presage.univ-lille2.fr/presentation.html>
34. Université Lille 2. Diplôme Inter-Universitaire de Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://medecine.univ-lille2.fr/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user\\_upload/fmc/diu/gyneco.pdf&t=1474021460&hash=c1e5949c64690bc1ebf1c452cd313117eeb6cb5d](http://medecine.univ-lille2.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/fmc/diu/gyneco.pdf&t=1474021460&hash=c1e5949c64690bc1ebf1c452cd313117eeb6cb5d)
35. Peccoud S. DIU de gynécologie obstétrique complémentaire: quel impact sur l'activité des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
36. SETHYGYN set de pose simple - Vidal.fr [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/parapharmacie/164451/sethygyn\\_set\\_de\\_pose\\_simple/sethygyn\\_set\\_de\\_pose\\_simple/](https://www.vidal.fr/parapharmacie/164451/sethygyn_set_de_pose_simple/sethygyn_set_de_pose_simple/)
37. mediq.fr - Matériel Médical [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.mediq.fr/set-de-pose-de-sterilet-11108.html?\\_\\_\\_SID=U](http://www.mediq.fr/set-de-pose-de-sterilet-11108.html?___SID=U)
38. Haute Autorité de Santé - Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical)
39. Arrêté du 2 avril 1972 : conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins.

40. Arrêté du 24 octobre 1980 : établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ou centre de planification ou d'éducation familiale.
41. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. 74-1026 décembre, 1974.
42. Kroon CD d. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Hum Reprod. 1 nov 2003;18(11):2323-7.
43. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=JKLD001>
44. MG Form. Référentiel professionnel du médecin généraliste [Internet]. Disponible sur: [http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel\\_metier.PDF](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF)
45. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.
46. Arras : un gynécologue mis en examen pour viols ou agressions sur 30 patientes [Internet]. leparisien.fr. 2015 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/nord-pas-de-calais/arras-un-gynecologue-mis-en-examen-pour-viols-ou-agressions-sur-30-patientes-05-11-2015-5247997.php>
47. La durée des séances des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
48. Lucie Desmond. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre [Internet]. 2013 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_DesmondLucie.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DesmondLucie.pdf)
49. Pauline Rivière. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale, Etude quantitative. [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.urps-med-idf.org/iso\\_upload/d00013c83/machaon\\_2014\\_34\\_RIVIERE.pdf](http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/machaon_2014_34_RIVIERE.pdf)
50. Lalo M, Sacareau F. Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, en Isère. 12 déc 2014;63.
51. Anne-Laure Chanzy Waroquet. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU? Enquête auprès des femmes. [Internet]. 2013 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/862248/filename/2013GRE15048\\_chanzy\\_warquet\\_anne-laure\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/862248/filename/2013GRE15048_chanzy_warquet_anne-laure_1_D_.pdf)
52. Fanny Roussel Bureau. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les dispositifs intra-utérins en Sarthe et en Maine et Loire en 2012. [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20031555/2014MCEM1743/fichier/1743F.pdf>
53. Lanne O. La gynécologie en médecine générale: le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. Faculté de médecine et de pharmacie; 2009.

54. Marie Brosset. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique de la gynéco-obstétricale: une étude quantitative. [Internet]. 2013 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_BrossetMarie.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf)

55. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. *Médecine*. 1 févr 2007;3(2):83-8.



## ANNEXES

### **Annexe 1 : Guide d'entretien :**

- Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?
- Quelle est la demande des patientes au niveau gynécologique ? Quelle a été son évolution ?
- Quels gestes réalisez-vous en gynécologie ?
- Quand une patiente vous consulte pour une contraception, notamment une première demande, quelle est votre démarche ?
- Quelle contraception prescrivez-vous en première intention ? Quelle est celle que vous préférez prescrire ?
- Quelle est la réaction des femmes lorsque vous proposez un stérilet ?
- Quelle est votre réaction lorsqu'une femme vous demande de lui poser un DIU ?
- Quelle est votre expérience du DIU ?
- Que pensez-vous du DIU au niveau de l'efficacité ? Au niveau de la tolérance ?
- Que pensez-vous de la technique de pose ?
- Pour vous, quel équipement est nécessaire pour poser un DIU ?
- Que pensez-vous des obligations légales liées à la pose du DIU ?
- Que pensez-vous des demandes de votre assurance vis-à-vis du geste ?
- Que pensez-vous de la cotation du geste de pose de DIU ?

- Que pensez-vous du fait que les généralistes posent des DIU ?
- Que pourrait-on faire pour encourager la pose du DIU en soins primaires ?

**Annexe 2 : Questionnaire à visée démographique :**

Questions posées aux médecins en fin d'entretien.

- Êtes-vous un homme ou une femme ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre milieu d'exercice ? Rural / Semi-rural / Urbain
- Quel est votre mode d'exercice ? Seul / Exercice groupé / MSP
- Depuis combien d'années êtes-vous installé ?
- Combien d'actes réalisez-vous par jour en moyenne ?
- Avez-vous un exercice particulier ?

**Annexe 3 : Données démographiques concernant les médecins de la zone de proximité arrageoise :**

Données obtenues auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Année	Effectif	Densité (pour 10 000 hab.)	Age moyen	% 40 ans et moins	% plus de 60 ans	%femmes
2007	249	10,3	50,9	11,60%	20,50%	18,90%
2015	205	8	52,3	12,20%	28,80%	26,30%
Variation	-17,70%	-22,30%	5,20%	5,20%	40,50%	39,20%

2015	Arrageois	Nord-Pas-de-Calais
Densité	8,7	9
Var. de 2007 à 2015	-17,50%	-12,30%
% exercice individuel	45,10%	50,60%
% femmes	30,10%	27,60%
% plus de 60 ans	16,80%	21,80%
% moins de 40 ans	14,20%	12,10%

## **Annexe 4 : Entretiens :**

### **Entretien 1 :**

B : Alors... donc, on va parler de la gynécologie par le médecin généraliste, ensuite de la contraception et du stérilet.

Ma première question ce sera : Qu'est ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M1 : Il devrait être fondamental.

B : Devrait ?

M1 : Oui parce que... euh ... Ca nous échappe complètement, de plus en plus.

B : Pourquoi ?

M1 : Peut être... euh ... Ca a été identifié comme n'étant pas une activité de médecine générale, sauf pour certains : les généralistes qui se sont bien spécialisés dans ce domaine. Alors, ceux-là, OK, ils sont identifiés comme étant compétents en gynécologie.

B : D'accord.

M1 : Mais la gynécologie de base n'est plus une activité naturelle de la médecine générale.

B : Et à titre personnel ?

M1 : Alors, le fait que je sois à la campagne, déjà, hein, donc, euh, au départ, j'avais beaucoup de gynécologie et aussi beaucoup de suivi de grossesse jusque l'âge de 5 – 6 mois et après donc, euh, les gens sont devenus réticents à ce qu'on fasse .. euh voilà. Donc je n'étais plus identifié : médecin « compétent » en gynécologie pour eux.

B : D'accord.

M1 : ... Tout au moins en ce qui concerne la gynécologie de base.

B : De la façon dont vous le formulez, on a l'impression que c'est quelque chose que vous regrettez...

M1 : Euh, je regrette un peu, oui, mais peut être que je me suis occupée d'autres choses.

B : C'est vrai.

M1 : D'accord, donc peut être que justement, ils venaient euh, ne trouvaient pas chez moi ce qu'ils étaient venus chercher dans ce domaine.

B : Très bien.

M1 : OK, ça c'est possible mais je suis toujours compétent, je pense, pour suivre des grossesses « normales », et pour suivre des contraceptions « normales », ... allaitements « normaux », voilà.

B : Finalement dans le cadre de la physiologie...

M1 : Oui, tout à fait. Là, je pense que notre rôle de médecin généraliste devrait être retrouvé à ce niveau-là. Mais ça s'est délité.

B : Donc la demande des patientes, elle s'est amenuisée progressivement ?

M1 : Oui, c'est ça.

B : Aujourd'hui, qu'est ce que vous suivez au niveau gynéco ?

M1 : Des contraceptions.

B : Oui.

M1 : Ok, grossesses, rarement. J'en ai quelques-unes mais c'est rare.

B : Jusque quel terme dans ces cas là ?

M1 : Six ou sept mois.

B : D'accord.

M1 : Donc euh voilà, je mets des implants, parce que j'ai un peu le côté technique qui m'intéresse. Je les enlève, je sais où ils sont.

B : Ah, oui, c'est plus difficile.

M1 : Ah non non non, moi, j'ai toujours beaucoup de facilité, euh, j'enlève ceux que j'ai posé donc c'est très bien et à chaque fois qu'elles viennent, je vais titiller pour voir où il est.

B : D'accord.

M1 : Quand je prends la tension et cætera, je m'en vais mettre la main dessus comme ça je sais au bout de 3 ans, ils seront toujours dans les parages !

B : Très bien.

M1 : Donc là, de ce côté-là, oui. Donc là, c'est marrant, parce que peut être qu'ils ont repéré une compétence là-dessus, donc quand on me parle d'implant, et là, ça vient surtout du généraliste, j'en suis sûr et certain, c'est que, euh, j'ai plus de réticences à me lancer, peut-être une confiance qui n'est plus ce qu'elle était au niveau gynéco, et c'est pour ça que c'est délicat. C'est pas obligatoirement non plus que les patients, ça peut venir du médecin.

B : D'accord.

M1 : Parce que, dès qu'ils me parlent d'implant et que je dis, je peux vous le poser, ils viennent donc ça veut dire que...

B : Oui.

M1 : Quand je leur dit que je peux suivre leur grossesse, c'est moins facile. Alors, je comprends pas très bien, mais bon, je laisse totale liberté aux gens pour pas devoir... pouvoir... enfin, ne pas les laisser dans un piège. En ce disant, là, il s'occupe de moi, mais bon, qu'ils aient toute confiance, euh...

B : Mais qu'ils aient le choix...

M1 : Oui, qu'ils aient le choix, et qu'ils assument eux-mêmes leur suivi. Hein, peut-être que c'est ça aussi... Peut-être qu'il faut s'imposer un peu plus... C'est possible.

B : Oui, c'est important... Donc les gestes que vous réalisez ? Le stérilet, euh non, l'implant ?

M1 : Oui, l'implant. Le stérilet je l'ai posé, j'ai posé des stérilets, oui tout à fait, au cuivre, donc tu vois, avant le Miréna. J'ai jamais posé de Miréna, donc voilà... Donc euh, l'examen gynéco, l'examen des seins, donc euh, relativement régulièrement quand même euh, d'accord. Examen gynéco, frottis... Ca oui.

B : Couramment ?

M1 : Alors de moins en moins...

B : Aussi ?

M1 : Bah oui... Je comprends pas très bien... Je propose, mais bon, euh, ils préfèrent aller voir leur gynéco, à l'hôpital ou à la clinique. Ok ? Sinon, j'ai appris à faire, les euh, quand j'étais en fac, les frottis avec des cellules endocervicales. (rires) Ça c'est fondamental. Je sais que c'est un bon frottis, que c'est à ce niveau-là. Donc euh, j'ai des pinces, je tire, avec mes euh, aujourd'hui en plus on a les brush, avant, on n'avait que les écouvillons, machin... On tournait... Parce que là, c'est quand même plus ... mieux. Alors maintenant, en milieu liquide aussi. C'est vraiment très très ... beaucoup plus facile, donc voilà.

Je suis persuadé que si je me lance en disant ... : Voilà, je refais une formation par exemple, pour que vraiment..., on voit..., 2 jours, 4 jours, j'en sais rien. Et que je dis aux patientes, je n'occupe de vous à ce niveau-là. Je pense que la motivation du médecin fait beaucoup.

B : D'accord.

M1 : Ca j'en suis presque sûr.

B : Si vous vous positionnez, les patientes seraient selon vous, comment dire euh... réceptives ?

M1 : Oui je pense. Je pense.

B : Très bien. Ensuite, quelles démarches vous adoptez quand une patiente vient vous voir pour une demande de contraception ? Que ce soit une première demande ou une reprise de contraception ...

M1 : On va parler de la première demande, donc, souvent, elles sont accompagnées. Euh... J'ai une approche, on va dire, d'abord, psychologique : savoir dans quelles circonstances, le but de cette contraception : ça peut être des douleurs, ça peut être des relations sexuelles, ça peut être ... donc ça c'est une approche quand même un peu différente à ce moment-là. Je les mets en garde sur 2 choses : les MST et sur la condition de femme, c'est à dire : c'est elles qui décident donc ça c'est très important pour moi de leur faire passer le message devant la mère. Hein, vraiment ça, c'est ... On y va comme ça... Je leur demande si c'est urgent ou pas. Sinon, je leur fait faire une prise de sang avant, systématiquement, c'est peut-être pas utile vraiment mais je le fais quand même ... Ca valorise un peu l'acte et la contraception.

B : D'accord.

M1 : Pour leur dire aussi, c'est pas rien la contraception... Ok ? C'est pas un bonbon, quoi ! Voilà, moi j'aime bien faire passer ce message là (rires).

B : C'est vrai, c'est important.

M1 : Et le fait de la prise de sang, ça me permet de dire : « Attends, attends, et là, il faut se faire suivre, tension, mal dans les jambes, mal à la tête, ... » Voilà, tout ça, s'entourer des contre-indications de la contraception, s'il y a des problèmes thromboemboliques dans la famille, si elles ont déjà eu des problèmes de gonflement de jambes, on sait jamais, des jeunes ou des reprises de ... Savoir si il y a pas des problèmes veineux, et cetera, il vaut mieux pas prendre de risques, si elle fume, ça c'est clair... Gros problème, le tabac et la pilule, énorme problème. Ça, je sais pas... Peut-être qu'il faudrait faire des formations là-dessus parce que comment allier le tabac et la contraception... Elles fument toutes, pratiquement... quand elles prennent la contraception alors ça ... c'est un peu problématique... Je le soulève à chaque fois. Prise de sang, alors, si c'est urgent, c'est tout, je leur mets la pilule. Je privilégie aujourd'hui bien sûr 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération. Et puis, euh, voilà, alors, elles ont moins de 26 ans, elles n'ont pas de frottis. Elles ont plus de 26 ans, elles ont un frottis dans la foulée.

B : Vous le faites à ce moment-là ?

M1 : Ah oui, oui oui, tout à fait. D'accord. Donc euh, que dire encore... l'approche, euh. Je refais quand même un bilan cholestérol glycémie, surtout cholestérol triglycérides 3 mois après, voilà. Pour être sûr qu'il y a pas d'envolée à ce niveau-là.

B : D'accord.

M1 : Voilà. Je les revois à 3 mois souvent, voilà. (Rires)

B : Très bien.

M1 : Voilà mon approche de la gynéco de base.

B : Qu'est-ce que vous proposez comme contraception en première intention ?

M1 : Bah, la 1<sup>ère</sup> ou la 2<sup>ème</sup> génération.

B : En dehors de la pilule ?

M1 : Ah, en dehors de la pilule... que la pilule.

B : En première intention.

M1 : Ah oui, que la pilule, je sais que, on pourrait mettre le stérilet, ça je le sais, hein, je le sais très bien. D'abord, je ne poserai pas un stérilet à une jeune fille comme ça... (Rires)

B : Nullipare ?

M1 : Déjà nullipare. Oui, mais bon, c'est euh, c'est épique... Voilà. Maintenant, si elle me dit : « moi, je voudrais le stérilet », je l'envoie directement chez le gynéco.

B : D'accord.

M1 : Je suis pas contre, pas du tout, je sais que ça, on peut le faire maintenant.

... (Salutations d'un collègue du médecin entretenu)

B : On était en train de parler de la pilule, 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> génération mais pas le stérilet en première intention.

M1 : C'est pas dans ma culture, ça vient pas comme ça naturellement tout à fait. Pourtant, je le sais.

B : L'implant ? Première intention ?

M1 : Non, non.

B : Les microprogestatifs ?

M1 : Euh non, oestroprogestatifs. Seulement oestroprogestatifs en première intention, parce que c'est mes habitudes comme ça, je peux changer d'avis, je peux changer de techniques si euh voilà. C'est pour ça que je pense que les formations elles seraient bien, mais à un moment donné, faut en faire tellement dans tellement de domaines. Et puis que je n'ai plus l'impact, voilà, pour la gynécologie... Alors est ce que c'est un problème d'âge ? Boh, je pense pas... C'est pas un problème de motivation...

B : Les habitudes ?

M1 : Oui... Simplement ...

B : Donc, ma question suivante était : Quel est votre type de contraception « préféré » ?

M1 : Oui, ben c'est ça, oestroprogestatif, levonorgestrel de préférence...

B : Alors, ensuite, quand vous arrivez avec une patiente chez qui vous envisageriez bien un stérilet, vous vous dites : « Ca irait bien », soit parce qu'elle a un échec de contraception, soit parce qu'elle a des contre-indications, quand vous le proposez, quelle est la réaction de vos patientes ?

M1 : (Soupir...) Non, je peux pas répondre là... Quelle réaction...

B : En général ou des choses qui vous ont marqué ?

M1 : Là, je vais dans le fin fond de ma mémoire pour trouver la personne à qui on aurait pu faire ça... Je crois que là, si je souviens comme ça... Y a un questionnement de la patiente... Elle s'attend pas à ce qu'on parle de ça. D'abord, moi, je pense que c'est ça. La deuxième chose : elle a l'impression qu'elle a entendu dire que c'était moins efficace que la contraception. (Soupir) Bon.

B : Dans l'ensemble, ce qui revient c'est souvent, cette idée de moins efficace ?

M1 : C'est à dire, j'essaie d'être concret, j'essaie de voir la personne à qui on a pu proposer ça, ce serait plutôt à ce niveau là... Mais j'ai pas le cas récemment, donc je peux pas vous répondre fermement.

B : Vous dites, ça s'est pas présenté récemment par ce que vous le proposez pas ? Parce que c'est des situations...

M1 : Je pense oui, c'est devenu quelque chose pour moi, quelque chose d'un peu étranger...

B : D'accord.

M1 : Alors que c'était vraiment... Je savais les poser et bien les poser !

B : Vous avez été un acharné du stérilet...

M1 : Acharné, non, mais à une époque il y avait une mode un peu plus conséquente, je trouve, du stérilet. Hein, en médecine générale... D'accord. Ils venaient le mettre en médecine générale. Maintenant, je pense que c'est un peu..., alors, on a dit des tas de choses, on a dit qu'il fallait de l'oxygène, la réanimation à côté, tout ça. Ce qui fait que je me suis peut être retiré un peu à ce moment-là. Sous la menace... Et peut-être que les gens aussi, en disant : « s'il m'arrive quelque chose dans un cabinet comme ça tout seul... ». C'est ce qui va arriver maintenant, on va avoir une maison pluridisciplinaire maintenant, donc on va peut-être avoir tout ça... Donc, ça va peut-être changer... C'est très possible d'ailleurs parce que chacun aura ... on va être 8 médecins et chacun aura sa petite orientation, sans être spécialité, et il y aura certainement la possibilité de développer des choses à ce niveau là...

B : D'accord, certains seraient plus intéressés...

M1 : Oui, et puis voilà, les autres suivent... Si y a le matériel, voilà, si y a des gens qui sont à même de venir nous conseiller un peu plus, de nous épauler, ça risque d'être intéressant. Mais, c'est passionnant la gynéco, et puis... puis, c'est de la médecine générale.

B : Tout est passionnant en médecine générale.

M1 : (rires) Oui, je suis maître de stage et c'est un message que je passe aux étudiants et ... et très rapidement, ils se rendent compte que c'est vraiment passionnant.

B : On la mène où on veut sa médecine générale.

M1 : C'est super ! Absolument, tout à fait.

B : Pour revenir à notre sujet, ...

M1 : Y en a qui sont jaloux...

B : Quelles est votre réaction quand une patiente vous demande ou plutôt vous parle du stérilet et vous demande de lui en poser un ? ...

M1 : ...

B : Est-ce que ça vous arrive encore ?

M1 : Non, ça ne m'arrive plus, euh, à l'époque, pas de problème.

B : Oui.

M1 : Je lui prescris, enfin, bon, je regarde pour les infections, si on fait un frottis avant, voir si il y a pas de saignements, de problèmes en dehors des règles, hein, voilà, si tout va bien à ce niveau quoi. Voilà, et puis après, oui, à l'époque, ça ne me posait aucun problème.

B : Quand vous dites « à l'époque », ça fait ça fait combien de temps ?

M1 : Allez, je dirais 15 ans...

B : D'accord.

M1 : J'ai 30 ans d'installation. Ça paraît pas, hein, je fais jeune... (rires)

B : Vous dites, c'était il y a 15 ans, et depuis est revenue cette histoire de législation...

M1 : Oui, peut-être bien, c'est ça ! Ça doit correspondre à peu près à ça... Dans les années 2000 un petit peu avant, ouais... J'ai lâché un peu ça... parce que j'ai lâché aussi les ongles incarnés, que je faisais, les lipomes, tout ça, j'ai lâché un peu. Parce que j'aime bien ça



(gestes de mains évoquant les gestes), si je peux faire, je fais...

B : Oui, c'est bien, pour rendre service au patient...

M1 : Oui, c'est super...

B : Donc votre expérience du stérilet, c'est essentiellement le cuivre ?

M1 : Oui oui, NovaT (rires).

B : C'était votre préféré... votre habitude... Et pas progestatif parce que...

M1 : Oh non non, voilà parce que je m'y suis pas mis, j'étais déjà out à l'époque à ce niveau là...

B : Vous, personnellement, qu'est-ce que vous pensez du stérilet ?

M1 : Euh (long silence), que du bien... (Rires)

B : Au niveau efficacité ?

M1 : Quand on dit « que du bien », y a quelques réticences parfois... Bon, alors ça veut dire aussi que on dit que stérilet, le jour où on veut une grossesse il fait le changer (rires). Et que le jour où on veut une grossesse, ça marche plus, il paraît aussi que ça marche plus avec les anti-inflammatoires, et cætera. Ce qui était plus ou moins vrai...

B : Qu'est-ce que vous en pensez de tout ça ?

M1 : Ah oui oui oui, je pense que le cuivre, il fallait quand même se méfier... mais avec la progestérone, y a pas de raison que ... bah euh, qu'il y ait des problèmes avec ceux-là... Oui, je pense qu'il y a eu quelques petites choses avec les anti-inflammatoires et les stérilets au cuivre... Et puis, que y a des femmes qui ont été enceintes sous stérilet... Ça a existé...

B : Vous avez l'impression qu'il y en a beaucoup ?

M1 : Non non, pas beaucoup.

B : Grossesses extra utérines ...

M1 : Ah oui, bien sûr, ça c'est un risque... C'est clair, moi je pense que c'est un risque...

B : Au niveau de la tolérance par les patientes ?

M1 : Bien, sauf si le fil est coupé trop court... (rires) C'est plutôt par leur conjoint ou même par elles... Donc, oui, il y a eu ce genre de choses, sinon, oui, c'est bien toléré ! Et puis après, exceptionnellement, il y a les femmes qui s'infectent et qui le supportent pas... Qui ont des douleurs ou qui s'infectent ...

B : Mais pour vous, ça reste du registre de l'exceptionnel ?

M1 : Oui oui, je pense.

B : D'autres choses ?

M1 : Bah les saignements, ça les embêtent un peu... Saignoter parfois avec le stérilet, ça peut arriver ...

B : Jusqu'à amener une demande de retrait ?

M1 : Oui, c'est arriver une fois. Elle le supportait pas, bref... Fallait se couvrir, se garnir tout le temps, c'est casse pied... Elle avait mis le stérilet pour être tranquille, enfin pour avoir des règles normales, point, et puis elle était aussi embêtée ... Bon, exceptionnel aussi... Très bien toléré...

B : Par rapport à la technique de pose ?

M1 : Oui, bah moi, j'avais pas de problème... Ils m'avaient bien appris, mes copains... (rires) Tirer dessus, bien dans l'axe, n'hésitait pas à crocheter, avec une pince, nettoyage, on tirait, on restait bien dans l'axe, remettre le col dans l'axe, y aller doucement, tranquillement et à un moment donné, vous aviez des repères pour dire que le stérilet y était. Et puis on enlevait tout ça et c'était bon...

B : Quelque chose que vous qualifieriez finalement de pas si difficile que ça ...

M1 : Ah moi, je trouvais que c'était pas très difficile, non...

B : D'accord.

M1 : Mais c'est une technique... Faut savoir le faire...

B : L'équipement nécessaire à poser un stérilet ?

M1 : Un spéculum, un table gynéco, bah quand même, avec des étriers bien placés, c'est sûr, une bonne pince, je sais plus comment elle s'appelait « Pozzi », je crois. Et puis, c'est tout, des gants, voilà, non, pas vraiment grand-chose... Un bac aussi, parce quand on tirait c'est important aussi de hein, bon... parce qu'il fallait encore couper les fils, il restait des choses à faire... Donc il fallait avoir la possibilité de pas avoir ça dans les mains... Des choses qui sont relativement faciles...

B : On parlait des obligations légales...

M1 : Je suppose que le Miréna, il se pose de la même façon... (Rires) Donc ça doit pas être compliqué...

B : Il y a un nouveau système de pose avec le nouveau stérilet , Jaydess, le stérilet aux progestatifs qui est de plus petite taille, qui est sorti il y a pas très longtemps qui a système de pose avec une espèce de pistolet comme ça se fait dans d'autres pays ce qui évite de tirer, pousser et retirer.

M1 : Donc shplaf, on le ... j'imagine qu'il faut bien le poser dans le col et puis Tac, il va se coller un petit coup 3 centimètres plus loin...

B : A priori un système de pose qui est dit plus simple...

M1 : Bah, si je peux le poser sans oxygène... (Rires)

B : Donc les obligations légales... En parlant de l'oxygène, qu'est-ce que vous en savez ?

M1 : J'en sais rien, non, moi, j'ai pas cherché à comprendre, « on risque ça ? », bon, c'est bon, écoutez, c'est dommage, mais bon, c'est tout.

B : D'accord, c'est donc une chose à laquelle vous avez renoncé dans le cas là.

M1 : Ah oui, c'est un peu ça là, s'il faut s'équiper, et risquer...d'aller au tribunal pour euh...

Non, moi je fais mon boulot tranquille... Si je suis en train de me dire, si j'ai pas d'oxygène, si elle tombe dans les pommes... On va se retrouver où ... Ça, niet !

B : C'est compliqué ... Très bien. Au sujet des histoires médico-légales, les clauses au niveau de l'assurance ? Est-ce qu'il y avait des choses particulières au moment où vous posiez des stérilets ?

M1 : Non non, je pense pas, faudrait que je demande... Tout ça c'était couvert... A un moment donné, moi, j'ai fait la vertébrothérapie, qu'est-ce qu'ils m'ont demandé aussi ... je cherche pour la vertébro... Non non... Ils m'auraient dit... c'était évident... J'avais pas clause, comment on appelle ça ... suspensives... «Vous avez pas le droit de ... » Après, faut pas que j'opère d'appendicite dans mon cabinet ...

B : C'est plus délicat, c'est certain...

M1 : Non, je pense que le stérilet, y a pas de problèmes...

B : Au niveau de la cotation ? La valorisation de l'acte ?

M1 : Alors là, pfff, c'était que dalle si je souviens bien... Par rapport à une consultation, je ne me souviens plus bien...

B : 38 euros la pose je crois...

M1 : Aujourd'hui, mais à l'époque, c'était ... à la limite, je me demande si c'était pas en dessous de la consultation... Je me demande... Et je sais même pas si on pouvait cumuler la consultation et le stérilet, je suis pas sûr du tout ...

B : Pour le frottis, on peut pas, il faut faire la moitié de l'acte, je crois...

M1 : Ah oui, c'est ça, le frottis c'est consultation plus la moitié de l'acte...

B : Oui, je crois que ça fait 29,23 en tout..

M1 : Ah d'accord, c'est déjà pas mal... Avant, je crois qu'on faisait une consultation quand on faisait un frottis parce que ça valait pas le coup... parce que je pense qu'on pouvait pas cumuler, ça a peut être changé, euh, moi je mets une consultation, j'avoue que ... Je vais aller regarder...

B : Donc pour, la cotation n'était pas un frein à la pose du stérilet ?

M1 : Non, mais je rendais service aux gens... Bon, c'est tout, pour pas m'emmerder avec la Sécu, je faisais 23 pour pas qu'ils me demandent de remplir des papiers et tout le bazar comme on fait encore beaucoup.

B : Oui.

M1 : De plus en plus, on essaie de voir ce que la CCAM et la NGAP proposent mais bon, parce qu'il y a plein de choses : consultation Alzheimer, de psy, enfin bref, enlever un corps étranger du nez... Tout ça c'est coté mais bon ... Une fois de temps en temps, j'y pense, je vais chercher.

B : Il faut l'avoir sous la main.

M1 : Oui, voilà et puis, il faut le demander aux gens parce qu'ils sont venus pour 23 euros, vous leur demandez 60... C'est pas facile... Peut-être que j'ai de scrupules, je sais pas, mais je veux surtout pas casser la relation avec les gens, ça c'est ... quelque chose de principal. Que je devienne pas la machine à sous, ça, je m'y suis toujours refusé. Mais si je suis

content d'avoir de l'argent et d'aller en vacances, pas de problème. Il faut que ce soit avec tact et mesure.

B : Ce n'est pas conditionné par la cotation.

M1 : Ah pas du tout, non, si je n'en fais pas, ce n'est pas conditionné par la cotation. Au contraire, j'aime bien, on bidouille un peu. Excusez-moi, ça fait un peu mécanique (rires). Non, c'est un geste et en plus, la personne est là, dans son environnement, près de chez elle, elle aura son résultat chez elle, c'est merveilleux, c'est ce que propose la médecine générale...

B : Vous dites chez elle, à proximité parce que les gynécologues, pour vous, ils sont faciles d'accès ? Ou alors c'est très difficile ?

M1 : Oui, c'est quand même un peu difficile...

B : Sur votre secteur au niveau de la démographie gynécologique, ça se passe comment ?

M1 : C'est difficile, là, ça diminue nettement... Là, à Saint Amé sur Douai, y a une augmentation du pôle de jeunes gynécologues obstétriciens qui font un peu plus de gynécologie mais sinon, non, ça vole en éclat complètement... Malheureusement oui...

B : Y a moins de gynécologues médicaux...

M1 : Oui, à Arras, ça va mal quoi... Ça devient difficile. Et donc, certains gynécologues d'hôpital ne prennent plus la gynécologie médicale, d'accord, ils se refusent à le faire... Alors, ça devient peut être un peu compliqué... Donc on doit reprendre la main... C'est sûr, mais après, il faut se former...

B : Alors justement, ma dernière question se serait : Quelles mesures pourraient vous amener à poser plus de stérilets ?

M1 : La formation pour être bons, et la médiation... Dire : Les généralistes font ça très bien !

B : Pour dire à votre échelle, à une patiente jeune : Moi, je peux faire.

M1 : Voilà, tout à fait.

B : Très bien.

## **Entretien 2 :**

B : Donc, on va parler du suivi gynécologique puis du stérilet, pour vous replacer un peu dans le contexte. Ma première question : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patients ?

M2 : ... Question très intéressante... Ce que j'en pense : pas grand-chose parce que c'est sûr qu'on a la formation pour pouvoir faire du suivi gynécologique. Après, euh, je trouve que c'est de plus en plus compliqué de faire de la gynécologie en médecine générale, surtout chez les femmes jeunes si on a une clientèle jeune. Les jeunes d'abord s'orienteront très facilement vers des spécialistes. De plus en plus, elles veulent une médecin femme. Je le vois parce que mon épouse fait un peu de médecine générale et fait beaucoup plus de frottis que moi. Moi, de ce fait là, je dirais que maintenant, j'en fais très très peu... Et après, il y a surtout le risque qui est pas négligeable, c'est d'avoir des emmerdes... Avec n'importe qui, avec une hystérique qui sort du cabinet en disant : « il m'a fait ci, il m'a fait ça... ». Ça c'est clair, pour le peu de frottis qu'on va faire et pour ce que ça nous rapporte : la cotation qui est pas très intéressante. Y a moyen en diversifiant notre activité, en faisant plein d'autres choses de... Je vais pas courir après.

B : D'accord, donc quelle est la demande de vos patientes finalement ?

M2 : ...

B : Elle est faible ?

M2 : Euh, en direct comme ça ?

B : Est-ce que vos patientes vous demandent d'assurer une partie du suivi ?

M2 : Non, pas du tout...

B : Et quelle a été l'évolution ?

M2 : Ah, ça a diminué !

B : Vous êtes installé depuis combien de temps ?

M2 : Depuis 89, donc ça fait 24 ou 25 ans. Ça a diminué. C'était pas une proportion énorme, mais ça s'est sans doute pas amplifié...

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste à l'heure actuelle en gynéco ?

M2 : (Soupir) Niveau gynéco pure, c'est quand euh, y a des infections, qu'elles peuvent pas avoir des rendez-vous rapidement chez le gynéco. C'est donc simplement de la mycose, une urétrite, des trucs comme ça quoi.

B : D'accord. Qu'est-ce que vous gérez en contraception ?

M2 : La pilule, je retire les Implanons, j'ai l'impression qu'on en retire plus qu'on en met parce que forcément, j'en mets pas ... Parce que j'aime bien la micro chirurgie, c'est quelque chose qui me plaît... Donc ça, j'en retire. Euh c'est tout... Pas de stérilet.

B : D'accord. Quelle contraception vous proposez en première intention ?

M2 : « Le coït interrompu... » (Rires) Non non, la pilule.

B : Pilule en première intention ?

M2 : Oh oui, quand même ! Surtout chez la femme jeune, j'ai encore la chance d'avoir une clientèle jeune... Donc euh oui, c'est la pilule.

B : Qu'est-ce que vous proposez d'autre comme contraception ?

M2 : (Soupir)

B : Est-ce que vous proposez autre chose en fait ?

M2 : Après, ça peut être dans certaines indications qui peuvent être beaucoup plus ciblées : les femmes plus âgées, on va proposer un peu de stérilet, les femmes qui supportent pas le stérilet et qui arrivent à un certain âge, on peut leur proposer une ligature, y en a pas mal qui le font encore maintenant je trouve ... Sinon, je propose pas systématiquement le stérilet...

B : Donc votre moyen de contraception « préféré » en première intention...

M2 : C'est la pilule oestroprogestative en première intention, ouais.

B : Pourquoi ?

M2 : Bah c'est une facilité de prescription pour nous, c'est un acte, sans vouloir garder tous les actes pour nous, où on garde une certaine main mise sur la prescription et sur le suivi, même si on fait faire les frottis soit au labo ou chez le gynéco, mais voilà, c'est tout ... Simplicité, rapidité, efficacité... Ça prend 30 secondes pour prescrire une pilule.

B : Pour en revenir au stérilet : Que pensent vos patientes du stérilet ? Quelle est l'image qu'elles vous renvoient ?

M2 : Je vois pas ...

B : C'est pas quelque chose auquel vous êtes confronté...

M2 : Bah pas tellement.

B : Ou des patientes qui ont un stérilet et qui viennent vous consulter pour autre chose, est ce qu'elles vous renvoient des images particulières ?

M2 : En règle générale, que ce soit sur l'Implanon : L'Implanon c'est vrai que grosso modo, soit c'est très bien toléré et à ce moment-là ça leur pose aucun problème, elles ont quasiment plus de règles et elles sont très bien ... et donc ça leur va parfaitement. Soit ça leur va pas du tout et c'est généralement là où je les retire... Après concernant les stérilets plus classiques, enfin, intra utérins : elles nous posent pas tellement la question parce qu'elles ont, à mon avis, quasiment toutes un suivi gynéco depuis un moment pour en arriver à ce mode de contraception,

B : Comme si elles vous identifiaient pas comme un interlocuteur au niveau de la gynécologie ?

M2 : Non, parce que dès le début de mon installation, quand je le proposais encore au début, au début où on commence à fidéliser une clientèle et tout ça, j'ai souvent entendu, alors c'est

peut-être propre à la ville ou au fait que je sois un homme, les femmes nous disent : « Ah bah non, pour ce qui est gynécologique, ça me gêne de vous en parler, ça me gêne que ce soit vous qui m'examiniez ». Donc c'est tout, moi j'ai l'habitude de demander systématiquement pour tous les actes gynéco, de ne pas l'imposer. Systématiquement, je leur dit : « Est ce que vous voulez que je vous examine ? ». J'attends une réponse, c'est oui ou c'est non. Généralement, dans 95% des cas, c'est non... Donc je le respecte et je ne vais pas chercher les ennuis ... Les « violer » entre guillemets pour dire de faire un examen gynéco. Alors sinon, le peu qu'on fait ça peut être aussi sur des gens en garde par exemple, parce que forcément, ils tombent pas dans la relation médecin-patient, c'est un médecin de garde, donc ils acceptent plus quelque fois de se faire examiner. Je leur pose aussi la question, et là souvent c'est oui. Sur les infections, parce que souvent elles veulent avoir une réponse rapide, donc elles acceptent un peu plus de se faire examiner... Mais pour ce qui est du suivi traditionnel : pilule et donc même a priori de stérilet, que j'inclurai dedans, là on en fait quasiment plus.

B: Ma question suivante c'est : Quelles sont les réactions des patientes lorsque vous proposez un stérilet ? Mais là, j'ai l'impression que c'est quelque chose que vous ne rencontrez pas souvent...

M2 : Voilà, je le rencontre pas.

B: Parfois, vous le proposez le stérilet, chez une patiente pour laquelle vous avez l'impression qu'on est en flottement sur la pilule ?

M2 : Bien sûr, je vais le proposer, mais en aucune manière je vais le poser.

B: Et quelle est la réaction de cette patiente à qui vous aller dire : « Votre pilule c'est pas idéal, qu'est-ce que vous pensez du stérilet ? »

M2: Ah bah elles sont pas opposées... Enfin, y a plusieurs cas de figures: la femme plus âgée pour laquelle la pilule: soit il y a une contre-indication qui est venue se greffer, soit elle en a marre de prendre la pilule, auquel cas, elle peut se faire plus facilement à l'idée de se faire poser un stérilet...

B: Et les autres cas de figures?

M2: Ça c'est la femme plus âgée. Plus jeune, parce qu'elles oublient tout le temps la pilule, et dans ces cas-là, elles sont pas opposées non plus à se faire poser ... Elles se feront peut être plutôt poser un Implanon dans un premier temps et après elles retomberont sur un stérilet.

B: Qu'est-ce que vous pensez du stérilet chez les femmes nullipares?

M2: Dans notre formation, on nous a toujours dit que c'était pas une contre-indication ... Ça dépend du mode de stérilet... Pour moi, l'Implanon c'est un stérilet. Mais pour moi, le dispositif intra utérin c'est la femme jeune c'est niet. Et nullipare.

B: Pourquoi?

M2: Risque d'infection, de complications, de stérilité, tout ça... Ça fait partie de ce qu'on nous a appris.

B: OK. Et lorsqu'une patiente vous demande, parce que vous l'avez suivi pour sa contraception, un stérilet, qu'est-ce que vous lui dites?

M2: Je lui dis que je les prescris pas, et que je les mets pas. Que je laisse aux spécialistes la prescription du dispositif qu'il a l'habitude de poser et je me décharge de toute prescription.

B: Le recours aux spécialiste est facile ici, à votre impression?

M2: Oh, y a pas le feu à poser un stérilet...

B: Et quand vos patientes veulent voir un spécialiste, elles rencontrent des difficultés d'après vous?

M2: Elles ont pas un rendez-vous rapidement, ça c'est clair, il faut compter plusieurs mois, mais bon ... C'est pas trop gênant pour le stérilet, si elles avaient la pilule, elles continuent,

ou l'abstinence, elles peuvent rentrer chez les clarisses aussi!

B: Vous, votre expérience du dispositif intra utérin c'est quoi?

M2: Zéro!

B: Jamais posé?

M2: Jamais. Retiré! Je fais que retirer vous aller dire... C'est facile de retirer, il suffit de tirer sur un petit bout de ficelle quand on le voit... Mais sinon, non, j'en ai jamais posé, et je cherche pas à en poser.

B: Pourquoi?

M2: Parce que au début, c'était pour tout ce qui était matériel, avec stérilisation, et puis après, pour la complexité de l'acte, qui prend du temps, il faut quand même un certain temps ... Et puis après, la possibilité d'avoir des petites complications au moment où on le pose avec des malaises vagues et des choses comme ça. Et je pense que quand on a une activité qui est soutenue, je veux dire qu'on chronomètre pas ses consultations mais il faut que ça aille vite, aller s'embêter à poser un stérilet, c'est pas quelque chose qui m'intéresse.

B: Donc vous le posez pas, mais qu'est-ce que vous en pensez du stérilet, au niveau de l'efficacité?

M2: C'est super, surtout quand les femmes ont pas leurs règles (pires), ça c'est une version masculine ...

B: Là, vous évoquez le stérilet plutôt hormonal. Au niveau de la tolérance?

M2: C'est comme pour tout... Quand c'est ... On a l'impression qu'ils sont de mieux en mieux tolérés... Et puis, généralement ce qu'on retient pour les femmes qui ont plus règles c'est qu'elles sont vraiment contentes. Je pense que c'est plus aux femmes qu'il faut poser la question...

B: On a parlé de la technique de pose, pour vous, ça semble compliqué, facile, long?

M2: Pour moi, c'est pas un geste facile, euh non, c'est pas un geste difficile. Donc pas difficile mais j'ai jamais vraiment eu l'envie de me former sur la pratique de ce geste.

B: Dans l'équipement, qu'est ce qui est nécessaire pour vous?

M2: D'avoir le stérilet déjà, d'avoir la candidate qui veut le stérilet... La table et les étriers, une bonne lampe, euh, je sais pas, la pince, je retombe sur le côté de la stérilisation du matériel. Alors maintenant, ils ont peut-être des kits à usage unique. Mais est-ce qu'il sont aussi bien que le vieux matériel en inox et tout ça... Parce que si c'est comme pour les spéculums en plastique et tout ça, c'est moins bien que ces spéculums en fer qu'on avait au départ mais pour lesquels on avait un gros problème de stérilisation.

B: Qu'est-ce que vous pensez des obligations légales liées au geste?

M2: Y a des obligations légales? D'avertir la patiente qu'on va lui poser un stérilet, et qu'il va falloir qu'elle se déshabille... Ça c'est clair! Si elle l'a pas compris au départ, on risque d'être embêté! Par contre, les obligations légales, je sais pas... Y en a ?

B: Il y a eu un moment, une obligation légale d'avoir de l'oxygène, de l'atropine, une réanimation à disposition...

M2: Je savais pas qu'il y avait une obligation légale, mais est ce qu'on pourrait encore nous embêter là-dessus... C'est ce qui fait aussi que j'en pose pas... C'est comme les problèmes de stérilisation du matériel, toutes ces petites choses-là, ces petites contraintes font qu'on finit par se dire: Bah zut!

B: Au niveau de votre assurance, il y a pas eu de demandes particulières?

M2: Non, pas pour ces actes-là, pour certains actes, oui, je pense qu'il faut le déclarer, si on fait de la méso, si on fait des petits trucs comme ça ... Je pense pas pour le stérilet que ce soit une clause particulière.

B: Et la cotation?

M2: J'en sais rien puisque j'en pratique pas...

B: Et ma dernière question même si vous me dites que vous n'en posez pas: Qu'est ce qui pourrait pousser les généralistes à poser plus de stérilet?

M2: Bah, je pense qu'avec la féminisation du corps médical, ça va se faire spontanément parce que les femmes font plus leur petite gynéco, leur petite popote dans leur coin, et les hommes, pour certains, en particulier pour moi, délaisser ça, mais bon, il me reste que 7-8 ans à faire, je vais prendre ma retraite à 62 ans donc ce sera bien et puis, on laisse faire ça aux femmes et on fera autre chose!

B: D'accord.

### **Entretien 3 :**

B : Ma première question : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco des patientes ?

M3 : Il a bien changé pour nous, dans le sens où, moi, ça fait 30 ans que je suis là, au début, je faisais plus de gynéco que maintenant. Il y a eu un changement, c'est peut-être aussi ma faute, je sais pas, c'est vrai que ça a changé, le profil de suivi. Les gens ont plus été chez le gynécologue et puis, voilà. Même des grossesses, au début, j'en suivais, je les suivais jusqu'au 5<sup>ème</sup> mois et puis là, je suis plus de grossesses. Y a eu une, un ... racket (rires), je pense certainement, inconsciemment ou, ça a été fait comme ça ... Mais moi, des grossesses, j'en suivais jusqu'au 5<sup>ème</sup> mois, après, j'estimais que c'était plus mon rôle et je confiais au gynécologue qui allait l'accoucher. Mais là, j'en suis plus du tout... c'est à dire, les gens prennent directement rendez-vous, soit chez leur gynécologue, ou à l'hôpital, donc d'emblée c'est parti et on nous renvoie pas les patients. Dès qu'elles ont un test positif, ça zappe... Donc voilà, tu vas pas euh..., c'est comme ça ! Après, tu peux pas mettre en porte-à-faux les patientes et leur dire : « Oui, je peux encore vous suivre ». C'est vrai que c'est depuis quelques années, c'est même plus du tout, vraiment plus du tout. Alors, c'est encore pis maintenant pour les suivis, parce que avant, elles avaient leur carnet, et maintenant, c'est même plus rempli quoi, comme tout est informatisé, quelques fois : « Bah, je sais pas, j'ai pas, c'est pas marqué ». Enfin, nous on notait sur les carnets. Moi, y a 30 ans, c'était complètement différent. Donc c'est un tout, après je pense après, hop y a un suivi par ... Moi, je revois les ... je fais toujours attention si elles ont leur frottis, arrivées à un certain âge, leur mammo, tout ça, donc je relance quand même ! Je relance les choses : « Bon vous avez eu votre frottis ? » Parce que quelques fois, on le reçoit même pas le frottis, ça peut arriver aussi ça ! Encore hier, j'ai noté « frottis normal », j'ai dit : « Bah non, je l'ai pas reçu, c'est le gynéco qui l'a reçu », puis elle, elle l'avait eu aussi, mais elle me l'a pas rapporté : « Je vous le ramènerai la prochaine fois ». Don euh, voilà, mais je le marque... Si elle me dit qu'il est normal, je pense que ça doit être normal... Hein, maintenant, voilà ! Donc je pense que ça a ...

Et puis, évidemment, les stérilets... Donc moi, je me suis pas du tout intéressée au stérilet. Donc en plus, voilà, je sais pas... (Silence)

B : Qu'est-ce que vous en pensez justement, de pas faire du suivi gynéco ? Quel est votre sentiment vis-à-vis de ça ?

M3 : Ecoute, j'ai beaucoup de boulot en ce moment, donc voilà... Est-ce que ça me manque ? Pas réellement... Si je le fais, je le fais. Si euh..., moi, ça me manque par réellement de toute façon. Je pense aussi que quand on pratique moins, notamment au niveau des frottis, de l'aspect du col, tout ça, quelque fois, tu peux te dire, ... Y a aussi une pratique... Quand tu sais faire bien la pratique, moi je fais sur les petits flacons là ... Je les fais plus sur lame mais parfois si tu as un petit doute par rapport au col, tu te dis : « J'aimerais bien que ce soit vu plus largement ».

Mais bon, dire que ça me manque, pas forcément ... Enfin, forcément, vous savez l'activité

qu'on a ici... Donc je m'ennuie pas !

B : Quelle est la demande de vos patientes à ce niveau-là ?

M3 : Au niveau du suivi gynécologique ? Y a des femmes par contre qui veulent pas aller chez le gynécologue, donc euh, je leur fais ... Ça c'est clair, j'en ai quelques-unes quand même mais c'est pas euh... Si j'en ai quelques-unes qui veulent pas aller chez le gynéco, voilà, là je leur fais leur frottis.

B : Comment ça a évolué ? Y en a plus, y en a moins ?

M3 : Y en a moins, c'est toujours les mêmes personnes à peu près. Non non, ça a pas vraiment changé ... C'est vrai que c'est curieux, c'est vraiment une partie de la médecine qui a vraiment changé beaucoup dans ma pratique. J'avais d'ailleurs été refaire une soirée sur la façon de faire les frottis, utiliser les petits flacons, parce que je voulais me remettre bien au goût du jour. Et puis, il y a pas très longtemps, je me suis « Ah mince, ils sont périmés ceux-là ! ». (Rires) Ca périmé vite les petits flacons...

B : Donc les gestes que vous réalisez au niveau gynéco, c'est quoi ?

M3 : Les gestes que je fais, moi, c'est la palpation des seins, après euh, j'allais dire, les frottis, c'est pas systématique... C'est quand il y a besoin et qu'ils veulent pas aller chez le gynéco. Ils sont en demande de toute façon ces gens-là, tu regardes le dossier, tu dis : « Ah votre frottis » et ils disent : « Je veux pas y aller », et ben, on programme et voilà. C'est comme ça !

B : On va parler de contraception. Qu'est-ce que vous proposez comme contraception en première intention ?

M3 : Moi, je discute pour la contraception par rapport à comment elles vont y adhérer, on évalue tout les types de contraception même les stérilets chez les jeunes femmes, je suis pas contre, avec les petits stérilets qu'on peut mettre en place ... Parce que bon, faut évaluer un peu le profil de la personne, savoir comment elle va ..., je leur explique que la pilule, il faut pas l'oublier, et puis suivant le profil... Oui, moi, je suis pas pilule contraceptive en première intention, chez les jeunes, non ... peut-être plus chez les jeunes jeunes, bon après, avec tout ce qui a été dit sur les 3<sup>ème</sup> générations n'est-ce pas ... ça a bien remué tout ça, alors que mon opinion, elle était faite : on savait déjà ... On nous l'avait dit ce qui a été dit ! C'était quand même un petit peu embêtant dans le sens où les ... elles avaient entendu, c'était un tollé... Donc on a rechangé les contraceptions à ce moment-là. Tout en leur disant : c'est quand même une pilule contraceptive, il faudra quand même suivre certaines choses et c'est pas parce que vous changez votre de pilule que ça change tout... Je passe du temps quand même à expliquer, quand même, je leur demande si elles ont bien compris, comment il faut faire pour ne pas oublier, que c'est quelque chose d'important. Elles ont leur prescrit une prise de sang, il y aura un suivi au niveau du frottis, oui, il y a une prise en charge quand même... La tension, tout ça. C'est pas quelque chose qu'on fait ... C'est un médicament aussi, c'est pas un bonbon !

B : A titre professionnel, quelle est votre contraception « préférée » ? Celle que vous préférez prescrire ?

M3 : La première qui vient, c'est certainement quand même la pilule quoi... La première qui vient... A justement c'est en réévaluant si il y a eu des petits problèmes, on peut évoquer la pose d'un stérilet... Des implants aussi, c'est une bonne contraception aussi... Chez les jeunes, j'en ai beaucoup qui ont des implants.

B : Vous les posez ?



M3 : Non, mais je leur dit où il faut aller et voilà. Non, parce que j'ai pas eu l'expérience, je suis pas formée pour ça. Sur l'hôpital, il y a quand même les possibilités, on est pas à 50 km non plus.

B : Qu'est-ce que vous pensez de l'accès au gynéco spécialistes dans le secteur ? Qu'est-ce que vous vivez comme réalité à ce sujet-là ?

M3 : On est quand même pas encore si mal pourvu à ce niveau-là, pour le moment... (Rires) A l'hôpital, y a quand même pas mal de personnes. Après, tu as des retours aussi des petites jeunes qui vont au planning, donc elles reparlent, c'est quelques fois surprenant. Elles sont allées au planning et elles reposent des questions après, donc on rebondit dessus. Je trouve qu'ils sont assez accessibles quand même. Y en a quand même pas mal...

B : Ça ne limite pas ...

M3 : Bah non, parce que ça ne retentit pas sur mon activité donc la demande est assez pourvue, je pense ! Je n'ai pas de demande plus importante.

B : Parlons du stérilet, c'est le cœur du sujet. D'après les images que vous renvoient les patientes, qu'est-ce qu'elles pensent du stérilet ?

M3 : Au premier abord, elles aiment pas trop ... Même les personnes qui ont une contraception depuis longtemps, on leur propose, euh, vers 35-40 ans, parce qu'on se dit que ce serait quand même mieux avec les progestatifs... Ça protège l'utérus... Mais euh, il y en a beaucoup qui voient ça comme un corps étranger, encore maintenant... et quelque chose : « Ça va déranger mon cycle », les Mirena, elles ont pas leur règles, ça les dérange beaucoup pour certaines. Moi, je me souviens d'une patiente, elle venait toutes les 6 semaines faire un dépistage de grossesse, à chaque fois... Et euh, c'est vrai qu'elles ont pas toujours une image très positive du stérilet. Bon, la pilule, c'est bien rentré dans les mœurs, mais le stérilet, même la personne, la femme plus mûre, on a du mal quelque fois à leur dire que c'est un bon moyen de contraception quand il est mis en place, y a pas de problème, bon, ça demande une surveillance quand même, forcément. Elles ont parfois entendu ou lu qu'il y avait des problèmes des grossesses X, Y ou Z sous stérilet. Mais de toute façon, le pourcentage, euh, il est quand même faible par rapport... Il faut quand même leur dire : faites attention de pas grossir, c'est pas normal si vous grossissez trop, il peut bouger un peu. Et c'est le suivi quoi. Mais c'est vrai qu'elles ont une approche, euh, un peu de peur aussi au niveau quand même du stérilet... Je trouve. Plutôt un recul... Ça passe mieux sur l'implant dans ces cas-là, surtout pour les petites jeunes...

B : Donc ma question suivante c'est : Quelle est la réaction de la patiente quand vous lui proposez un stérilet ? Mais vous avez déjà répondu un peu ...

M3 : Après elles ont lu beaucoup de choses, les réactions, ce qu'elles ont entendu... Pas de règles, ça les inquiète, ou des règles trop, parfois ... Avec les cuivres c'était pas toujours évident non plus. Bon, ça dépend aussi de ce qu'elles ont entendu autour d'elles.

B : Quand une patiente vous demande votre avis sur le stérilet, vous lui dites quoi ?

M3 : Bah que c'est une bonne contraception (rires). Toute contraception est bonne quand elle est bien faite et bien suivie. Donc un stérilet quand il est bien posé et que il est suivi c'est une bonne contraception... Ah non, j'ai pas du tout d'a priori vis-à-vis du stérilet ! Pas du tout, mais j'attends les questions, et j'essaie d'y répondre par rapport à ce qu'elles ont comme idées... « Le gynéco il m'a proposé ça ... », souvent c'est comme ça. « Mais j'ai pas encore dit oui, qu'est-ce que vous en pensez ? », c'est vrai qu'on nous le demande, on a un rôle là, ... bah oui, c'est bien. Après, je pose les choses aussi : le stérilet c'est posé pour un

certain temps. « Si vous avez encore envie d'une grossesse dans l'année qui vient, ça vaut peut-être pas la peine », enfin, j'ai peut-être tort de dire ça ... Mais c'est peut être ridicule, pas ridicule, mais peut-être pas la peine de mettre un stérilet parce qu'on l'a posé quand même pour un certain temps donc si vous souhaitez encore avoir une grossesse dans les 2 ans qui viennent, ça vaut pas le coup de le mettre. Moi, c'est comme ça que je le présente. Maintenant, j'ai peut-être tort, on a peut-être raison de mettre aussi un stérilet pour deux ans... Quelque fois, d'ailleurs, quand elles ont des problèmes avec les contraceptions orales, c'est vrai qu'on peut aussi le mettre en place... Je le mets jamais en porte-à-faux en tout cas ...

C'est une contraception, c'est une bonne contraception, euh ... J'ai pas du tout de ... Je leur dit pas que c'est pas bien ...

B : Et quand elle vous demande de lui poser un stérilet ?

M3 : Eh bien, je lui dis que je sais pas, que je ne peux pas le faire parce que je ne suis pas capable de le mettre en place, je n'ai pas de formation pour le mettre en place. Ce qui m'a freiné aussi, enfin, je ne sais pas si c'est encore d'actualité, je ne me suis pas du tout intéressée à tout ça, mais j'y ai pensé parce que mon collègue m'a proposé sa bombonne d'oxygène, il faut être équipé de tout ça je crois quand même, il y a quand même du matériel pour pose de stérilet ?

B : Oui, il y a une réglementation qui a été abrogée au moins partiellement...

M3 : Oui, c'est ça, et puis c'est aussi par rapport à nos assurances, quand c'est pas clair...

B : Vous avez déjà eu notion de clause à ce niveau-là ?

M3 : Euh ... Je leur ai pas posé ... On doit quand même leur dire quand on fait des gestes, donc quand même voilà. Et moi, je me suis pas intéressée vraiment profondément au problème parce que moi, j'allais pas en poser.

B : Quelle est votre expérience du stérilet ?

M3 : Je n'en pose pas... Je n'en ai jamais posé. Je suis même jamais allée à aucune formation. Euh, non c'est vrai que, ça, je m'y suis jamais intéressée à mettre en place un stérilet. Bon, peut-être aussi, justement parce que bah voilà, les gynécos, on a pas de problèmes non plus, je pense que c'est ça! Si j'étais dans un coin où ..., bah forcément, peut-être je m'y mettrais plus ! Et puis forcément, je pense... C'est certain.

B : Qu'est-ce que vous pensez du stérilet au niveau efficacité ?

M3 : Bah, c'est aussi efficace qu'une autre contraception... Le taux quand même est très faible, donc pour moi, c'est une bonne contraception.

B : Au niveau de la tolérance ?

M3 : Y a peu de personnes qui ont ... Bon, la tolérance, euh, on en fait peu enlever. Il faut bien le poser... Quelqu'un qui a beaucoup d'acné par exemple, on évite de lui mettre un Miréna, des choses comme ça... Il faut bien poser d'abord, bien poser les indications. Après, ce qui inquiète beaucoup avec les progestatifs, c'est les règles, quelques fois, elles sont très inquiètes pour ça parce que ça fait partie de notre culture d'avoir des règles donc euh, elles sont inquiètes de pas en avoir, mais après quand on leur dit : « Mais non, c'est normal ». Alors je leur explique l'atrophie, tout ça, l'œstrogène reprend le cycle, je leur explique un peu tout ça pour qu'elles soient un peu rassurées. Mais, on en enlève peu, je trouve qu'on en enlève peu, j'ai peu de retour de dire : « Ah je suis pas bien avec, depuis que j'ai mis le stérilet ça va pas ... »

B : Et au niveau de la technique de pose, dans votre esprit, même si vous n'en posez pas ?

M3 : Bah, la technique de pose, ça reste quand même un geste technique, il faut qu'il soit bien fait... C'est un examen gynécologique, après, il y a la pudeur de certaines femmes qui n'aiment pas ça, donc on ne va pas aller leur poser un stérilet si elles ont cette pudeur là... Maintenant, il faut dire que ça peut faire un peu mal quand même, hein, parce que bon, sur le col... Surtout quand il y a pas eu d'enfants... C'est quand même pas un geste euh ... Bon, c'est un geste, qui peut y avoir quelques douleurs, c'est possible... C'est un geste gynécologique... Qui aime aller faire des examens gynécologiques ?... Au point de vue féminin, c'est pas tellement agréable quand même...

B : Au niveau équipement, qu'est-ce qui vous semblerait nécessaire pour poser un stérilet ?

M3 : Bah, justement, il faut que j'acquière de l'oxygène, et puis le suivi de ça encore, ça aussi... On voulait m'en refiler une, j'ai dit : « Elle est de quelle année ta bombonne ? ». Parce que lui, il en mettait le Dr X. Après, le matériel, il y a des kits tout prêts... Mais je travaille déjà beaucoup en kits, je stérile pratiquement plus, tout ce qui est sets de suture, tout est jetable, donc je veux dire, ça, ça n'interfère pas, je ne poserai pas de problème. Euh, équipement... Je pense que c'est l'oxygène, c'est qui m'embêterait le plus ... Oui, c'est ça, encore un truc de plus à suivre ... J'arrive en fin de carrière aussi ! (rires)

B : Au niveau de la cotation ?

M3 : Ah, ça, j'en sais rien... (Rires) J'en sais rien du tout. Moi, de toute façon, les frottis, je les cote même pas, c'est une consult' normale, donc voilà... Je suis très peu « cotation », mais je crois qu'il y a beaucoup de généralistes comme ça ... (rires)  
J'espère que votre génération sera beaucoup plus précise sur ça parce que c'est vrai qu'après tout, c'est normal de coter ! Mais on a pas eu l'habitude, je pense que c'est ça, de coter. Y a eu toute cette liste avec des CC, Y, machin tout ça, donc tu t'y retrouves pas. Et puis, alors que nos logiciels sont bien fait, et y a des formations aussi pour ça ... Moi, je cote pas, je sais même pas combien on peut coter plus. Je demande 23, quoi ! (rires)  
J'ai jamais, j'ai jamais, bon c'est comme ça, mais je pense que c'est pas bien ! Il faut coter et se valoriser !

B : Et pour finir, quelles mesures on pourrait prendre pour favoriser la pose du stérilet ?

M3 : Aller à une formation, déjà ! Et qu'il y ait plus une demande, c'est vrai que forcément, si tu as pas la demande, tu t'y intéresses pas... Y a l'offre et la demande ! Si j'avais eu beaucoup de patientes, je pense que je m'y serai mise. Moi, je pense que la gynéco a beaucoup changé, elle rechangera peut-être parce que là, il va y avoir un manque de gynéco. Alors, on essaie que les sages-femmes s'investissent, notamment au niveau des frottis, on a une liste ... Et donc je pense que c'est ça... Mais moi, j'ai vu un changement dans le sens inverse depuis 30 ans, ça c'est clair... Quand je suis arrivée, bon, la population a certainement changé au fil du temps, euh, les gens vont chez le gynéco... Mais quelque fois, c'est trompeur cette histoire-là, parce que, moi, je pense que ... L'autre jour un bilan sanguin avec le cholestérol, ça a pas été re prescrit avec la pilule, ça a pas été refait. Donc, il y a quelque fois, nous, on peut aussi être biaisés par certaines choses aussi. On a intérêt à quand même remarquer : « Donc vous êtes allée ? Qu'est-ce qu'il vous a fait faire ? » C'est pas très évident de savoir qui s'occupe de quoi après qu'on a pas forcément des retours, on a pas de lettres de gynéco, c'est bien rare... Y a le Dr Y qui fait des courriers, il est sympa. Mais, bon, quand ils ont un souci. On est quand même là en sentinelle, moi je dis toujours...

#### **Entretien 4 :**

B : Alors, la première question : Qu'est-ce que tu penses du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco ?

M4 : Alors, ne faisant pas de gynéco, je trouve qu'il est limité. Disons, ça dépend de l'orientation du médecin. On s'en rend pas compte quand on est étudiant mais on voit que quand même, dans la médecine générale, on prend certaines orientations : y a des trucs qu'on aime bien faire, d'autres qu'on n'aime pas... Moi, j'aime bien tout ce qui est traumatisme, suivi global, médecine du sport, enfin, un tas de trucs comme ça. J'aime bien aussi gérer les personnes âgées, euh, les enfants, j'aime un peu moins, j'en vois plein mais c'est pas mon credo ... Et la gynéco, j'en ai plus fait du tout dès que j'ai arrêté ... dès que je suis sorti de l'hôpital. J'aimais pas spécialement pas ça avant donc ... Question de goût déjà, à la base. Ensuite, il y a le fait que j'ai fait 6 années de remplacement dans les mines. Dans les mines, on fait pratiquement pas de gynéco parce que il y a que des personnes très âgées, c'est extrêmement délicat de se mettre à ça, elles ont pas l'habitude. Donc quand on arrive à les décider à faire de la gynéco, c'est avec le gynécologue, pas avec le médecin des mines. Et quand tu es remplaçant, c'est toujours très difficile d'imposer un suivi gynéco. Donc voilà, comme j'ai mis un peu longtemps à m'installer, j'ai perdu la main... Très clairement, je pense que j'ai une compétence très limitée en gynéco. Donc là, je me contente des métrorragies d'urgences en garde, quand il faut juste regarder un petit peu si il y a rien de catastrophique et si ça peut attendre un petit peu. Donc, je me limite à ça....

B : Quelle est la demande de tes patientes vis-à-vis de la gynéco ?

M4 : Aucune, je dois avoir, depuis que je suis installée, une patiente qui m'a demandé si je faisais le suivi gynéco mais euh, même avant que je leur dise que je ne faisais pas, elles préfèrent un gynécologue, quand je leur parle de faire un suivi gynécologique, systématiquement elles pensent à leur gynécologue, elles pensent pas à moi.

B : Pourquoi elles sont pas venues vers toi, à ton idée ?

M4 : Probablement, elles ont le gynéco avant. Bah voilà, elles ont déjà le contact avec le gynéco, je pense qu'une femme, une fois qu'elle a trouvé un gynéco avec qui ça passe bien, elle change pas trop ... J'ai des patientes qui viennent d'un peu partout parce que sur le secteur ici, ça déménage pas mal, elles refont facilement 50 km, 100 km pour voir leur gynéco habituel... Ça les choque pas du tout ! Et il y en a jamais une qui m'a demandé ça. Après, on va dire, quand il y a des problèmes vulvaires, souvent, ça les gêne pas que je les examine mais elles se voient pas vraiment se mettre en position gynéco, complète, déshabillées, et puis faire un examen complet, en tout cas, elles ont pas cette habitude là ... Après, ça dépend probablement de l'offre de soin de la zone ou la région, mais ici, on a pas mal de gynéco, donc les gens sont habitués à voir leur gynéco. C'est une petite ville ici, mais on est vraiment tout près d'Arras et y a pas mal de gynéco sur Arras. Le délai de rendez-vous est pas énorme, y a pas trop de problème d'accès. J'ai pas eu de cas particulier où il fallait que je gère moi-même ...

B : Donc qu'est-ce que tu fais au niveau des gestes en gynéco ?

M4 : En gynéco ? Euh, je fais l'examen externe, et je fais le spéculum uniquement pour la métrorragie en garde, vraiment quand il y a pas moyen d'avoir un gynéco... Ça a dû m'arriver une fois depuis que je suis installée. Là, je suis installée depuis 3 ans, et ça fait une dizaine d'années que j'ai fini mes études. Donc ça m'est arrivé une fois en 3 ans et les 6 ou 7 années avant : zéro fois, la nécessité de faire un examen gynéco d'urgence parce qu'il y a pas un gynéco dispo qui pouvait recevoir la patiente en urgence. L'examen doit être plus confortable, ils ont tout le matériel. Moi, j'ai même pris l'optique de ne pas mettre, tu vois, sur ma table d'examen, y a même pas de quoi mettre des étriers... Donc ça règle le problème ... Je dirai que je me suis tellement pris les étriers dans les cuisses en remplacement et tout que je me suis dit : « Vu le nombre de fois où je vais les utiliser, il vaut mieux que je les mette pas, j'aurai au moins pas plein de bleus dans les cuisses » (rires).

B : Quand une patiente te demande une contraception, tu lui dis quoi ?

M4 : Oh, c'est large comme question... Une jeune ?

B : Oui, disons est-ce que tu la prends en charge ?

M4 : Ah oui, je la prends en charge systématiquement !

B : Alors, qu'est-ce que tu as comme démarche quand une patiente vient te demander une

contraception ? Par exemple première contraception ?

M4 : Première contraception, je la prends en charge complètement. Souvent, c'est des jeunes filles de 14 ou 15 ans, hein. Globalement, l'examen gynéco, on ne fait pas trop, on veut pas leur faire peur, on veut qu'elles reviennent et qu'elles soient bien suivies. Donc moi, de toute façon, j'aurai pas fait d'examen gynéco à ce moment-là, et je les embête pas forcément à aller voir le gynéco tout de suite. Déjà, je prends le temps de voir ce qui peut leur convenir comme contraception. En général c'est une pilule assez standard, remboursée, c'est le gros du créneau. Et puis, je les revois 2 ou 3 fois pour vérifier qu'elles le prennent bien. Et donc, je les prends en charge complètement. Et, c'est souvent après, que je leur propose d'aller voir le gynéco quand elles ont déjà eu leur rapport, qu'elles ont l'habitude, tout ça, ça les choque plus d'en parler, quand elles sont bien rodées, là, je les envoie voir le gynéco mais c'est pas moi qui fait l'examen gynéco. Après, quand elles ont un petit peu plus âgées, qu'elles ont des rapports et qu'elles viennent me voir parce qu'elles ont plus de contraception depuis un moment, je leur prescris une pilule et je les envoie direct voir le gynéco. Y a pareil, pas d'urgence et souvent elles ont déjà vu un gynéco, parce qu'elles le voyaient plus donc elles retournent voir le même et ça se passe plutôt bien. Y a pas de demande particulière de ce côté-là !

B : Et qu'est-ce que tu prescris en première intention ?

M4 : Comme contraception, bah une pilule, et euh, au pif !

B : Selon le profil de la patiente ?

M4 : Ouais, bon, Minidril quoi ! La 2<sup>ème</sup> génération basique, au pif hein ! Les patients sont souvent demandeurs : « Une bien ! ». Je leur dis qu'il y en a pas tellement de mieux que d'autres, que c'est un aléatoire, ça dépend des gens... « Je vais vous en donner une et puis on s'adaptera », le fait de savoir qu'on changera si ça va pas, ça les rassure. Donc le temps par contre, je mettais des implants, c'était des Implanons, euh, maintenant j'en mets plus, parce que euh, j'ai pas trop de demande et puis en général, les gens qui sont un peu limites, qui l'oublie tout le temps, on leur a mis systématiquement pratiquement avant qu'ils viennent me voir... Donc je les mets plus, j'en retire, souvent, mais c'est pas vraiment de la gynéco, ça, c'est de la petite chirurgie... J'en retire souvent parce que les gens en ont marre, ils le laissent trainer parce que les gens en ont marre, ils ont pas envie de retourner voir pour le retirer. Par contre, je mets pas du tout de stérilet, les gens qui passent au stérilet, quand ils sont sous contraception et que c'est plus adapté, je les invite de plus en plus à repasser voir leur gynéco pour rediscuter, passer à autre chose qu'une pilule parce que l'âge avance et qu'ils continuent à fumer. Et je suis un petit peu ..., parce tant qu'ils ont pas vu le gynéco en fait, je réduis la prescription : donc au début, la pilule, je la mets pour 6 mois, puis pour trois mois et après tous les mois, donc quand ils en ont marre de venir me voir pour la pilule, et ben ils vont voir le gynéco ! Donc le stérilet, j'en mets pas, j'en retire pas. Euh, j'ai rarement des gens qui viennent me voir pour les problèmes de stérilet. Du coup, ils vont voir directement leur gynéco, comme ça, ça passe pas du coup par moi.

B : Est-ce qu'elles te posent la question du stérilet ?

M4 : Non, c'est très rare... Elles me demandent si c'est normal d'avoir des douleurs, des saignements. Parler des effets indésirables. Je les oriente ou pas vers le gynéco selon si il y a des choses qui me semblent anormales. Si ça me semble être un effet indésirable gênant ou pas. Alors, j'en ai une qui est fan des anneaux vaginaux, comment ça s'appelle déjà... Nuvaring ! A chaque fois, je dois rechercher le nom parce que j'en ai qu'une que est fan de ce truc. Bon, ça marche bien avec elle ! Après, les patches, j'ai aucun patient sous patch. C'est comme Nuvaring, c'est pas remboursé... Ma patiente, elle oubliait tout le temps, et ça, elle oublie pas, donc elle aime bien. On a fait le tour, je pense !

B : Quelle est l'image que tes patientes te renvoient du stérilet ? Si elles l'évoquent ?

M4 : C'est rare qu'elles l'évoquent, c'est moi que les incitent souvent à mettre un stérilet plutôt qu'une pilule quand c'est un peu plus limite au niveau âge. C'est toujours âge et tabac, quand elles commencent à avoir 30 ans, qu'elles continuent à fumer, qu'elles ont 3 ou 4 gamins... Alors, elles aiment pas trop parce que c'est régulier, que ça leur allait bien comme ça, elles comprennent pas bien pourquoi on va leur changer ça. Don c'est là où je suis obligée de faire un peu une pression pour qu'elles aillent voir le gynéco.

B : Quand tu leur parles du stérilet, elles disent quoi ?

M4 : De la possibilité de mettre un stérilet ? Elles sont pas contre, c'est juste que la trentaine, tu vois, elles ont repris l'habitude de moins voir le gynéco, elles l'ont vu pour l'accouchement, les machins et là, les enfants ont 5-10 ans, elles ont pas forcément revu le gynéco à chaque fois. Donc elles sont pas contre, mais il faut qu'elles se décident à retourner voir le gynéco. Une question de motivation, ce serait plus là-dessus que je ferai un peu la pression... Et y en a pas mal qui font aussi pas leur frottis chez le gynéco, elles le font au labo, c'est des trucs que moi j'ai découvert, je savais même pas que ça pouvait se faire au labo ! Et donc, elles voient pas forcément le gynéco à chaque fois. Du coup, je suis obligée un peu de les forcer. Mais elles sont pas contre souvent, c'est une question de temps. Y a pas vraiment d'a priori négatif dessus. C'est pas le plus fréquent. C'est plutôt la mise en place : faut se remotiver pour aller voir le gynéco, se dire qu'on va probablement retourner le voir une deuxième fois au bon moment, etc. Enfin, c'est plus ça qui les freine.

B : Et qu'est-ce que tu dis à une patiente qui te demande de lui poser un stérilet ?

M4 : C'est jamais arrivé, moi, je lui dirai clairement que je le fais pas habituellement, euh, je l'orienterai vers un gynéco, je pense qu'il y a pas d'urgence à poser un stérilet. Mais j'ai jamais eu le tour, jamais personne ne m'a demandé, jamais personne n'est venu et m'a demandé un examen gynécologique. Moi, j'ai parfois plus ou moins « imposé » un examen sommaire. Après, les gens qui viennent pour les métrorragies, non, j'ai pas eu le tour sous stérilet. Jamais eu de demande, j'ai donc jamais eu à le refuser même si j'ai jamais annoncé que je faisais pas de gynéco. Les patientes spontanément ne me demandent pas. Après, je suis un homme... Et puis, y en a qui aiment mieux les hommes en gynéco, mais qui aiment bien dissocier. Ça les choque de parler de la même chose avec leur médecin traitant, de leur problèmes psycho, de leur problèmes de famille et puis de gynécologie. Je sais pas comment ça marche dans la tête des femmes... elles mettent peut être un peu ça de côté. Elles mettent une barrière personnelle.

B : Qu'est-ce que tu as comme expérience du stérilet ?

M4 : J'ai dû en poser une quinzaine quand j'étais interne en gynéco, j'ai dû en retirer... Pas souvent, peut-être 5-6 à tout casser ... Ça, c'est pas trop dur. Et puis, c'est tout !

B : Et qu'est-ce que ça t'a laissé comme impression sur la technique de pose ?

M4 : Rien de compliqué en soi, mais quand tu le fais à l'hôpital, c'est différent parce que c'est pas le même style de patientes que tu as au cabinet. C'est des gens qui ont plus l'habitude d'avoir des gynécos différents à l'hôpital. C'est pas le même contexte, on va dire. Les gens me paraissent plus détendus. J'ai été une fois avec un gynéco de ville, elles étaient toutes super stressées les nanas quand on allait leur mettre le stérilet. Donc il prenait tout le temps plein de précautions, il mettait des prémédications : Spasfon, Profenid, enfin, des trucs que j'avais jamais vu faire à l'hôpital, parce que les nanas elles se pointaient comme ça et j'ai jamais eu trop de problèmes à le mettre. C'est pas le même profil de patientes. Elles s'y attendaient, ça les choquaient pas qu'on fasse un changement de stérilet, c'était des changements, c'était pas des poses, c'était toujours des changements.

B : Qu'est-ce que tu as comme idées sur la législation vis-à-vis de la pose de stérilet ? Est-ce qu'il faut du matériel ?

M4 : Ça a changé pas mal tout ça, il y a eu pas mal de jurisprudences là-dessus. Je sais pas exactement j'en pose pas, je me suis pas posé la question. Je pense que tu dois le déclarer à ton assurance. Y a aussi des conditions particulières de ce côté-là. Au niveau cadre technique, en tant que médecin, tu es habilité à le faire, donc là, ça c'est pas de soucis. T'as pas de prérogatives de diplômes ou des choses de ce type-là. Par contre, je pense pas que tu sois tenu à un plateau technique de réanimation ou quoi que ce soit. Mais, je te dirais : j'ai pas été voir là-dedans... Je me suis vraiment pas penchée dessus !

B : Tu parlais des assurances, est ce que ton assurance te demande...

M4 : Oui, elle veut savoir si je pose des stérilets ou pas, enfin, je lui ai pas dit, mais si je posais des stérilets, elle voudrait le savoir. J'ai aucune idée de la surprime que ça engendre, il y en a peut-être pas, ils veulent peut être juste le savoir. Mais souvent les assurances, quand ils veulent le savoir c'est pour des coûts supplémentaires.

B : Qu'est-ce que tu penses de la tolérance du stérilet ? Qu'est-ce que te renvoient tes patientes sur la tolérance du stérilet ?

M4 : Euh, bah globalement, c'est bon, parce que il y en a quand même pas mal qui ont des stérilets et qui embêtent personne. Mais, les jeunes, quand on vient de leur poser, elles ont toujours l'impression que ça va pas... Ça dure pas très longtemps, après, elles s'habituent, je pense. J'ai pas ... Enfin, c'est surtout des jeunes, enfin, des jeunes de 35 ans, on vient de leur mettre leur premier stérilet, elles savent pas trop si c'est normal, pas normal, d'avoir mal, d'avoir leurs règles... Par rapport la pilule, c'est quand même variable, alors que la pilule c'est bien réglé, tous les 28 jours : c'est un confort un peu particulier. Et là, ça revient dans quelque chose d'un plus irrégulier, donc ça les inquiète toujours un petit peu, les douleurs reviennent souvent aussi. C'est pas que ça donne plus de douleurs, je pense, le stérilet, c'est juste qu'elles sont plus sous pilule. Le blocage est plus le même et après ... Avec les stérilets hormonaux, quelque fois c'est un petit peu variable, ça donne tout et n'importe quoi, donc voilà, elles posent des questions. Le gynéco a pas forcément prévenu sur comment ça allait se passer, et moi, je leur parle pas forcément de comment ça va se passer avec le stérilet, c'est pas ma fonction vu que je sais pas ce qu'il va mettre comme stérilet, est-ce qu'il va mettre vraiment un stérilet ou pas ... Je leur en parle du stérilet, mais pas forcément de ce que ça va changer par rapport à la pilule. Je pourrais peut être en parler de ce que ça va changer d'arrêter la pilule.

B : Et au niveau de l'efficacité, qu'est-ce que tu penses du stérilet ?

M4 : Très bien, statistiquement c'est moins bien que la pilule. Mais en pratique, je trouve ça que c'est mieux parce que comme il y a pas d'oublis de pilule, globalement, je dois avoir eu une grossesse sous stérilet depuis 10 ans. Sous pilule, c'est plus d'une dizaine... Facile... Je saurais pas te dire mais il y en a eu pas mal ! Au moins une dizaine sous pilule... Sous stérilet, c'est un peu différent parce est sûr qu'elles ont viré le stérilet, sous pilule, on sait jamais si elles la prennent pas, si elles l'ont pas oublié... C'est toujours une remise en cause de la patiente avant une remise en cause du traitement ...

B : Qu'est-ce que tu sais de la cotation de la pose de stérilet ?

M4 : Un chiffre ? On peut l'associer depuis pas très longtemps avec une consult' donc un C normal, et ça se divise pas 2 donc la pose c'est pas loin de la consult', ça doit être 15 euros je crois... Le chiffre exact je sais pas, mais comme j'en fais pas... J'ai ça dans mes petites abaques, je sais pas non plus la cotation d'une visite de nuit, donc c'est pareil, je ressorts les abaques quand il y a besoin.

B : Qu'est-ce que tu penses qu'on pourrait faire pour favoriser la pose des stérilets par les médecins généralistes ?

M4 : Alors, ce qu'on pourrait faire, en supposant qu'on veuille favoriser la pose par les généralistes. Les gynécos, ça les emmerde de poser des stérilets ? Pour moi, je vois pas l'intérêt, ça fait partie d'un tout, c'est aussi le moment de refaire le point sur plein de choses. Après, c'est de l'orientation personnelle en fonction des goûts de chacun, je fais pas de gynéco, alors je vois pas l'intérêt d'aller m'embêter à poser des stérilets. Les gynécos font ça très bien et bien plus souvent que moi. Si j'ai pas beaucoup de demande mais que je le fais quand même, je vais en poser un tous les 3 mois et je vais pas être hyper performant, il faut l'avouer... Donc quoi faire pour favoriser la pose par les généralistes ? ... Moi, je pense pas qu'il y ait un intérêt. Chacun son truc. Parce que si tu retires le suivi de la contraception aux gynécos, il va leur rester que les trucs chiants. Non mais ça peut être bien de voir des gens qui vont bien ... Non, je vois pas ... Je vois pas quoi faire parce que c'est dépendant du médecin. Moi, par exemple, je suis pas franchement attiré par ça. C'est dépendant de la patiente qui elle probablement préfère voir son gynéco habituel. Alors, je sais pas, il faudrait former les médecins contre leur goûts personnels, plus ou moins les obliger à faire cet acte-là, sachant que la demande va être, à mon avis limitée... Moi, on m'a jamais demandé... Après, j'ai peut-être une tête qui fait peur pour poser des stérilets, mais euh non, je vois pas trop quoi pour changer ça. Je pense que ça reste du ressort du gynéco. Après si il y a un médecin qui est un peu orienté, là il y a le Dr X qui est beaucoup plus orientée gynéco, je suis pas sûr qu'elle en pose beaucoup... Mais non, c'est un peu particulier. Après, les perforations d'utérus, tout ça, j'ai pas les stat mais c'est rare quand tu es entraîné... Evidemment quand tu es pas entraîné, ça doit être plus fréquent... Non, je vois pas trop l'intérêt de la faire si ça va bien comme ça. Si ça convient au médecin et si ça convient au patient, pourquoi changer.

### Entretien 5 :

B : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ces patientes ?

M5 : Pour moi, il a une place, à mon avis, primordiale dans le sens où il y a des moins en moins de gynéco et de moins en moins d'accès en gynécologie, chez le gynécologue en ville. Faut juste être un peu impliquée dans le suivi, quoi. Reposer la question parce qu'elles viennent souvent, les jeunes patientes, pour un problème viral, elles viennent rarement pour ça, donc il faut leur poser la question au moment d'une consultation pour une pathologie virale et leur proposer de venir faire le point en gynécologie. Moi, j'en parle jamais, je repose systématiquement un rendez-vous pour consacrer ce rendez-vous là qu'à la gynécologie. Faire le point sur le frottis, sur la mammo quand elles ont plus de 50 ans, enfin voilà.

B : Quelles sont les demandes de vos patientes à ce sujet ?

M5 : Au niveau de la gynéco, alors, ou elles consultent au début parce qu'elles viennent pour un problème infectieux ponctuel et on est là pour une mycose, presque il faut pas qu'elles se déshabillent presque et on est juste là pour le traitement. Donc ça c'est pas comme ça ici mais on sait que ça peut se passer comme ça ailleurs, donc de toute façon, je fais le traitement mais je leur dis : Il faudra que je vous vois autrement pour voir de quand date votre dernier frottis, elles sont pas toujours demandeuses, encore que, il y a 2 populations : celles qui sont assez à cheval sur le suivi, celles-là souvent elles ont un gynéco, et celles qui sont pas à cheval du tout sur le suivi et on pas envie du tout qu'on leur parle de ça, qui ont pas fait de frottis depuis la dernière grossesse qui date de 10 ans ... Il faut recadrer et bien réorienter ...

B : Vous profitez de la porte d'entrée de la pathologie infectieuse...

M5 : Oui, mais aussi parfois dans une consultation de base, bon, ça dépend, en plein hiver on y pense pas toujours mais (rires) parce qu'il faut avancer. Mais sinon, je dis : « De quand date votre dernier frottis ? » par exemple. Elles le savent pas souvent sauf celles qui sont vraiment suivies. Mais sinon, elles disent : « Oh, ça fait longtemps ». Là, on recadre un petit peu et on programme un rendez-vous et elles sortent systématiquement, même quand la secrétaire est partie, elles sortent avec un rendez-vous de gynéco, parce que pour moi un rendez-vous de gynéco, ça dure pas un quart d'heure, donc je le mets sur une plage un peu plus longue.

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste en gynéco ?

M5 : Les frottis, euh, les poses d'implants, retraits d'implants, en gros c'est tout quand même.

B : Quelles est votre démarche quand une patiente vient pour une première contraception ?

M5 : Euh, c'est-à-dire, ce que je leur demande ?

B : Oui, et vers quoi vous aller vous orienter ?

M5 : De préférence ?

B : Oui.

M5 : J'ai pas d'a priori, je leur demande, déjà quand elles viennent pour une contraception, je leur demande ce qu'elles veulent comme contraception, elles ont ... Pourquoi elles veulent une contraception. Souvent c'est parce que elles ont un compagnon, donc euh, le but de la contraception, ce qu'elles veulent comme contraception. Si elles veulent une contraception oestroprogestative ? Hormonale ou non hormonale ? Et je propose de plus en plus souvent, notamment chez les jeunes qui se sentent pas trop d'avoir la pilule, un stérilet. Le problème c'est que moi, je le pose pas, surtout chez les nullipares mais j'ai de l'aide par les gynécos. Il y a un biais certainement dans la prise en charge... (Rires)

B : Qu'est-ce que vous préférez prescrire comme contraception ?

M5 : On prescrit le plus souvent la pilule parce que c'est ce qui est le plus souvent demandé. Mais je prescris de tout et je prescris surtout beaucoup de stérilet en périménopause, pour celles qui en ont marre d'avoir la pilule depuis des années, celles qui ... On prescrit beaucoup de stérilets quand même... Enfin moi, j'en prescris beaucoup !

B : Vous les prescrivez mais vous ne les posez pas, vous me l'avez dit.



M5 : Oui, mais j'ai systématiquement un rendez-vous derrière pour les poser. Et elles partent d'ici avec le rendez-vous, j'appelle les secrétaires pour qu'elles aient leur rendez-vous de pose.

B : D'accord, avec le rendez-vous et l'ordonnance comme ça, ça leur facilite le travail ! Alors, quelles sont les réactions de vos patientes quand vous leur proposez un stérilet ?

M5 : Bah, alors, ça dépend, y en a qui sont ... Après la polémique sur les pilules oestroprogestatives d'il y a 2 ans, ça nous aide aussi à poser des stérilets un peu plus parce qu'elles sont plus à l'écoute. Avant, elles étaient très réticentes, parce qu'elles voulaient pas de corps étrangers, en règle générale. Là, l'un des plus gros arguments c'est qu'elles veulent pas de corps étranger. Ensuite, elles ont peur de saigner beaucoup, y en a quand même qui sont des adeptes du non saignement, alors, on peut prescrire le Miréna mais qui peut donner beaucoup de spotting aussi. Voilà quoi... Ça passe ou ça casse avec le Miréna, y en a pour qui c'est super, d'autres pour qui c'est vraiment pas une réussite ! On le sait quand même assez vite mais voilà ! Mais bon, y a pas de ... J'explique, parce que, ça prend du temps parce qu'il faut expliquer pourquoi elles sont orientées plutôt vers un stérilet, je leur dis : « Vous avez eu un traitement hormonal depuis très longtemps... Voilà, ça peut être un stérilet si vous voulez changer » ou « J'en ai marre de ma pilule, j'ai mal à la tête », enfin voilà ! Il faut expliquer...

B : Qu'est-ce que vous dites à une patiente qui vous demande votre avis sur un stérilet ? Qui évoque le stérilet quand on lui parle de contraception ?

M5 : Oui, j'ai pas d'objections ! De toute façon, si elle demande une contraception pour un stérilet, c'est qu'elle veut changer ou qu'elle en a pas avant donc ça veut dire qu'elle s'est renseignée, maintenant quand même elles en parlent beaucoup entre elles, elles vont sur internet, donc elles savent ce qui se passe. Je suis même étonnée : il y a quelques années il y avait aucune jeune qui demandait le stérilet, maintenant on en a de plus en plus : des jeunes entre 20 et 25 ans, qui demandent des stérilets. Enfin, c'est pas la majorité mais y en a, alors que c'était jamais avant... Il y a 3-4 ans, c'était jamais !

B : Et quand elles vous demandent de lui poser un stérilet ?

M5 : Alors, moi je le fais pas : pourquoi ? Parce que j'ai pas d'échographe pour vérifier et j'en ai pas fait depuis longtemps. Au début de mon exercice en remplacement, j'en ai fait quand j'étais interne, j'en plaçais même à X (une petite ville rurale du Pas-de-Calais) donc loin de toute hospitalisation et tout ça... Et là, franchement, j'aurais peur... Loin de toute hospitalisation d'urgence possible. Alors je me pose la question de peut-être me former pour pouvoir en reposer parce qu'on a la demande, mais, j'ai la possibilité de les envoyer aux gynécos pour les poser mais c'est quand même toujours en flux tendu, il faut avoir un rendez-vous derrière. Donc c'est compliqué. Alors que si je pouvais le faire, je pense que je le ferai bien volontiers !

B : Qu'est-ce que vous avez, vous, comme expérience du stérilet ? Vous en avez posé ...

M5 : Oui, mais il y a 20 ans... Alors, j'ai remplacé de 1995 à 2000, après, j'ai été 4 ans médecin du travail et franchement, depuis 2005 j'en pose plus parce que premièrement, j'en avais pas posé entre deux, il faut quand même avoir une bonne habitude... Je me pose la question de faire un DIU de gynéco pour pouvoir le refaire mais avec peut être un échographe derrière, je me demande même comment médicalement, on peut encore poser un stérilet sans ... Vous voyez... Pour voir si derrière, il est en place. C'est un peu limite, quoi !

B : Qu'est-ce que vous pensez de la législation qui encadre la pose du stérilet ?

M5 Euh... Je la connais pas. Mais en même temps, je suis pas concernée parce que j'en pose pas ! Je m'y suis pas intéressée. Je me suis juste posé la question, vous voyez. J'en pose plus parce que j'ai peur de faire une bêtise et de pas avoir de contrôle écho derrière qui me dise que tout va bien... Donc c'est pour ça aussi que j'en pose pas, et je crois que c'est médical et ça a à voir un peu avec la législation mais je connais pas plus...

B : Au niveau de l'assurance, vous en avez déjà parlé à votre assureur de poser des stérilets ou de faire des gestes ?

M5 : Ils sont au courant que je fais des gestes, bon des frottis de toute façon, on fait pas grand mal quand on fait un frottis, euh, je fais un peu de suture, mais je fais pas beaucoup des gestes invasifs. Ceci dit, le retrait de l'implant ça peut être, on peut avoir des petits aléas

quand même ! Mais mon assurance est au courant.

B : Et pour le stérilet ?

M5 : Pas pour le stérilet puisque j'en pose pas. Je l'ai pas évoqué.

B : Qu'est-ce que vous savez et pensez de la cotation du geste pose de stérilet ?

M5 : J'en sais rien. Je sais pour un frottis mais je sais pas pour un stérilet parce que je le fais pas. (rires) Je ne suis pas renseignée mais il y a pas de soucis, ça doit être dans mes papiers, il faut que je regarde... Faut que je m'y intéresse, j'essaie de coter, dans la mesure du possible, j'essaie de coter ce que je dois.

B : Vous avez pas tendance à freiner sur la cotation ?

M5 : Bah non, on prend du temps ... (rires)

B : Qu'est-ce que vous pensez, qu'est-ce que vous savez des retours au niveau de la tolérance du stérilet ?

M5 : En pourcentage, je sais pas mais en règle générale, enfin, ça arrive que y en ait ... Là, j'ai une patiente par exemple de 45 ou 46 ans, bon, elle est à une période un peu bizarre de sa vie, elle a eu des problèmes de perforation sigmoïdienne sur diverticulite, tout ça, donc euh, elle avait euh, enfin, elle savait plus trop ce qu'elle voulait faire... parce qu'elle avait des céphalées avec sa pilule. Alors, je dis, on va mettre un stérilet, pourquoi pas ? On l'a posé en novembre, mais là, elle est revenue me voir, elle est pas bien, elle continue de saigner, donc je suis pas sûre que ce soit ... Mais bon, on va l'enlever. Mais dans l'ensemble, ça va, pas de problème.

B : Au niveau de l'efficacité ?

M5 : Euh, non, enfin, moi, j'ai jamais eu de grossesse sur stérilet, voilà, donc non ça va.

B : Qu'est-ce que vous pensez de la technique de pose ?

M5 : Faudrait que je la revoie, je ...

B : Facile, difficile ?

M5 : La technique de pose, elle est facile si on prémédique bien la patiente. C'est-à-dire, déjà qu'elle arrive détendue ... Moi, je donne du Spasfon, des trucs comme ça avant... Quelque fois même un Atarax. Je lui dis de se faire accompagner pour quand elle sort du cabinet pour éviter le malaise vagal, c'est quand même assez fréquent. Si elle fait un malaise vagal quand on passe le col, il veut mieux qu'elle soit accompagnée quand elle repart, donc je dis systématiquement ça, mais je le dis pour la pose mais c'est pas moi qui le fais ! Mais je préviens de tout ça quand même !

B : Qu'est-ce que vous pensez du matériel pour la pose ?

M5 : Alors, il faudrait avoir du matériel à usage unique parce qu'on a pas de quoi stériliser ici... Euh, il faut la pince de Pozzi, le spéculum on a, la lumière j'ai, enfin voilà, l'hystéromètre mais ça normalement il y en a dans les kits de pose de stérilet donc ça doit pas poser de problème. Alors c'est un coût, donc c'est pour ça qu'il faut bien le facturer derrière ! Sinon, ben voilà, quoi, si on fait 23 euros et qu'on a du matériel... Mais je sais pas combien c'est ... C'est combien la facturation ?

B : Je crois que la pose c'est 30 et le retrait c'est 35 ou 40.

M5 : C'est plus cher le retrait que la pose, pourtant y a qu'à tirer dessus, c'est dingue ça... C'est plus facile de l'enlever que de le poser... (Rires)

B : Et quelles mesures vous verriez pour favoriser la pose du stérilet et inciter les médecins qui hésiteraient à poser des stérilets ?

M5 : Je n'en sais rien parce que moi-même, je suis ardente défenseuse de la gynéco, je suis sensibilisée à la gynéco, au stérilet plutôt que la pilule quand c'est bien supporté et même le stérilet au cuivre finalement, je trouve que c'est un très bon moyen de contraception ! Mais euh, je sais pas parce que les mecs, ils prennent pas trop le temps, euh, enfin, je pense que c'est un problème à ce niveau-là, on en fera plus si on est plus de filles à faire de la gynéco. Euh, enfin, à faire de la médecine générale mais à mon avis ce sera dans ce sens-là, je pense. Je sais pas trop pour les motiver... Et je pense qu'il faudrait être équipé d'un petit échographe pour vérifier que tout va bien derrière. Donc voilà, c'est quand même pas si simple que ça, ça veut dire se former... Vous vous êtes un peu plus formés à l'échographie, nous, on est pas formés à l'échographie. Moi, j'ai jamais fait d'échographie de ma vie... Vous, vous avez déjà manipulé l'appareil et la sonde... Moi, j'en ai fait peut-être un peu, et encore, c'était des balbutiements quand j'étais externe en radio. Tu vois ça remonte... J'ai 50

ans ! (rires)

En aparté en fin d'entretien :

Avant, tous les médecins généralistes posaient des stérilets, en règle générale, ça s'est perdu depuis qu'il y a eu la démocratisation de la gynécologie de ville mais maintenant le problème c'est qu'il y a de moins en moins de gynécologues en ville, donc on va revenir au même problème, donc on va revenir à la gynécologie chez le médecin généraliste en ville, on va être obligé, en gros.

B : Qu'est-ce que vous diriez de la démographie de gynécologie locale ?

M5 : Euh, regarde (elle énumère le nom des gynécos de la ville) : V, je sais pas quel âge elle a, mais elle doit avoir 60 ans, W elle doit avoir aussi 60 ans, X est partie, Y elle a 60 ans au moins, après Z a 50 ans. Donc d'ici 15 ans, il y a plus de gynéco... Tu vois... Et il y a quasiment pas de formation de gynéco méd.

### **Entretien 6 :**

B : Ma toute première question, c'est : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des femmes ?

M6 : Pour moi, il est naturel. Mais je trouve que globalement, dans ma patientèle, bon, j'ai quelques suivis mais très peu finalement. Je trouve que les femmes finalement, vont ailleurs. Je leur propose tout le temps, je leur dis, il faut le faire, je leur dit : je le fais, la sage-femme le fait. On a une sage-femme ici. La sage-femme le fait, vous pouvez aller au labo, vous pouvez aller chez le gynéco. Je leur donne ... pour ce qui est du frottis. Après, pour le reste... Contraception orale, je mets, THS... (soupirs), je suis pas toujours très à l'aise, donc je préfère et puis j'aime bien quand même, qu'il y ait au moins une écho, enfin quelque chose d'un petit peu plus... que je ne sais pas faire, que je ne fais pas ... Donc là, j'envoie aussi. Là, par contre j'envoie chez le gynéco. Par contre, je conçois que les hommes ils soient pas très à l'aise. Les médecins généralistes hommes...

B : Vous pensez que votre « état » d'être une femme favorise cette relation avec les patientes ?

M6 : Oui, je pense. Pas forcément de leur part, plutôt de notre part à nous. Une femme me dit « examen gynéco », moi, l'examen gynéco ça me pose pas de problème. Mes confrères quand je discute avec eux... Ils sont quand même un peu ... Ils ont un peu la trouille maintenant ! Par rapport aux histoires d'abus ou de je ne sais quoi... Et ce qui le font, la plupart du temps, ils se filment, j'en ai entendu plus d'un qui m'a dit : j'ai une caméra que je mets en route où on ne voit que moi, on me voit, pas la femme mais... Voilà !

B : C'est quelque chose que vous avez ressenti quand même en discutant avec des confrères... Quelle est la demande des patientes au sujet du suivi gynéco ?

M6 : (Silence)

B : Beaucoup de demande, pas beaucoup de demande ?

M6 : Peu, parce que déjà, ils ont pas cette notion qu'on le fait... On leur dit mais bon ... Et puis après je sais pas, c'est entré dans les mœurs, à Arras, on va chez le gynéco.

B : Vous avez l'impression qu'il y a un facteur géographique ?

M6 : Ah, j'en sais rien, parce que je connais pas ailleurs... Je me rends compte que finalement : « Je préfère aller chez le gynéco à Arras ». La sage-femme, je pense qu'elle a attiré beaucoup ... je sais pas dire parce que j'ai pas de chiffres mais ils sont contents quoi... Une sage-femme, ça reste une professionnelle de « ces examens-là ». Voilà voilà.

B : Quand une patiente vient vous demander une contraception, qu'est-ce que vous avez comme démarche ? Qu'est-ce que vous allez lui demander ? Quels sont vos critères pour choisir une contraception ou une autre ?

M6 : Bah déjà son âge, ses antécédents, enfin, je passe tout en revue comme ça doit être fait : tabac, prise de sang, ... Si elle est très jeune, souvent quand même c'est des demandes de contraception que j'ai c'est souvent des jeunes filles, c'est mes jeunes patientes donc bah c'est tout. Donc, discussion sur la contraception, les MST, la prévention, ... L'examen clinique général, pas d'examen gynéco. Alors là, c'est pareil, je les rassure, je pose tout de suite : « T'affole pas ! », parce que d'emblée, elles sont terrorisées. Donc je leur

dis : Y a pas d'examen gynéco a priori au départ, je leur explique un peu comment ça va se passer. Et puis après, en général, je mets une pilule remboursée donc c'est vite réglé. 2<sup>ème</sup> génération, 28 ou 21 jours, on en discute aussi ! J'ai jamais été fichue de placer un anneau, parce que je trouve que c'est bien, mais j'arrive pas à les ... J'ai quelques patientes qui ont une contraception par l'anneau vaginal. Moi, j'ai jamais été fichue de le placer, donc j'en renouvelle. Pourtant, je trouve que c'est bien !

B : Donc, ce que vous proposez en première intention, la pilule ...

M6 : Pilule de 2<sup>ème</sup> génération. Sur l'ordonnance y a toujours une pilule du lendemain. Et je leur dis, je leur répète, que je suis en consultation tous les jours, que mon téléphone il est là, que y a qu'à m'appeler, si y a un souci, que si elles savent plus, que si elles sont perdues. Que je suis là, que je peux répondre à leurs questions, et peuvent aller au planning et que tout est ouvert. J'insiste beaucoup sur le suivi, sur l'importance de pas attendre quand on a fait une bêtise, qu'on a oublié, qu'on a pas pris, qu'on a ... : il faut pas attendre qu'il soit trop tard pour agir ! Bon, globalement, souvent c'est des gamines qui me connaissent donc elles sont pas trop mal à l'aise avec moi donc elles m'appellent !

B : Est-ce que vous, ça vous arrive de proposer des stérilets chez certaines femmes ? Là, on passe sur une autre catégorie d'âge... En première contraception c'est plutôt rare...

M6 : C'est rare mais il y a des demandes.

B : D'accord, et dans ces cas-là ?

M6 : Moi, je leur dis que je le mets pas, encore moins chez une nullipare (rires) mais moi, je trouve que c'est dommage qu'on en mette pas davantage ! Par contre, effectivement je ne les mets pas, à certaines femmes, celles qui me disent : « je veux pas d'hormones » ou celles qui ont des contre-indications à la contraception orale, celles à qui je dis la pilule bof bof, je leur dis « stérilet » mais effectivement, je ne le pose pas parce que, parce que ... d'abord, je suis pas formée, je l'ai jamais fait ! Quand on écoute les formateurs, il faut ... un anesthésiste à côté de nous pour réanimer au cas où donc du quoi bah c'est tout ... Ça fait peur quand même, alors est-ce que c'est vrai est-ce que c'est pas vrai, j'en sais rien. J'ai déjà eu l'occasion de discuter avec une toute jeune consœur sur X (une ville de la région) qui fait beaucoup de gynéco et qui pose des stérilets à tour de bras et qui me disait : « Mais non, on a besoin de rien... ». Mais bon, soit... Et puis qui mettait des implants que je ne mets pas non plus ...

B : Parce que ?

M6 : Parce que c'est pareil, je ne sais pas le faire... Et puis, après, il y a le truc aussi : vous le posez, vous l'enlevez. On a quelques mauvaises expériences, notamment une patiente ici qui a un implant qui se balade, qu'on sait pas aller rechercher ! Donc bon... Je me suis dit que j'allais éviter de me mettre dans ce genre de galère, je suis pas particulièrement chirurgienne dans l'âme ...

B : Autant pour le stérilet que pour l'implant ?

M6 : Alors pour le stérilet, non, le stérilet c'est vraiment parce que je suis pas formée et que à chaque fois que je suis allée à des formations gynéco, à chaque fois c'était : il vous faut ceci, il vous faut cela donc OK, si il me faut tout ça ... Je me lance pas dans ça, je vais pas commencer à acheter un matériel phénoménal, d'abord j'ai pas beaucoup de place pour finalement poser un stérilet par an ... En plus, comme on a pas énormément de demandes, alors si on le faisait, on en aurait davantage ! Mais ... après voilà c'est tout un matériel qu'il faut avoir et entretenir. Voilà voilà !

B : Quelle est la réaction des femmes quand vous proposez un stérilet ?

M6 : Y en a qui d'emblée : « Oui, oui c'est vrai, pourquoi pas, c'est vrai que j'y avais pas pensé », des choses comme ça... Y en a : « Ah non, quelle horreur, un corps étranger ! Machin... je peux pas ! ». Eh ben quand c'est comme ça, je leur sors mon petit stérilet de démonstration, je leur montre ce que c'est, je leur explique que c'est pas plus « corps étranger » que .... Je sais pas... un piercing. (Rires) Je leur explique que voilà... c'est quand même ... Pose facile, on est tranquille, qu'il y a pas toute les histoires en France, c'est un petit peu de la légende... Parce que les anglo-saxons mettent des stérilets à tour de bras et que ça a pas l'air déposer de problèmes, ça se saurait sinon ! J'essaie de les convaincre mais c'est pas évident, quand elles ont pas ça dans la tête !

B : Y a d'autres choses qui ressortent sur le stérilet, autre que le corps étranger ?

M6 : Qu'il faut pas prendre d'anti-inflammatoires, alors elles mélangent tout, du coup, elles prennent plus de Paracétamol... (rires) Ca, en médecine générale, c'est classique ! Y en a qui ont quand même cette notion qu'on saigne davantage. Si on met un Miréna, c'est loupé ! Qu'elles vont avoir mal, que ça donne des infections.

B : Qu'est-ce que vous avez comme expérience du stérilet ? C'est-à-dire, vous dites que n'en avez jamais posé ?

M6 : Non ...

B : Dans les patientes que vous suivez qui ont un stérilet, qu'est-ce que ...

M6 : En général, y a pas de soucis ! Elles viennent pas me voir parce qu'elles ont un problème avec le stérilet et je le mets rarement en question quand il y a des pathologies douloureuses abdominales et cætera. C'est rare que je dise, c'est votre stérilet qui a bougé ou je sais pas quoi... Après il y en a qui aiment pas ce côté aménorrhée avec le Miréna : « J'ai pas de règles, je suis pas repérée, j'ai peur d'être enceinte tout le temps ». (Rires) C'est pas naturel, c'est pas bon. Faut faire des saignées. (Rires). Voilà.

B : Et vous, qu'est-ce que vous en pensez du stérilet ?

M6 : Moi, je suis une grande adepte ! Donc voilà, quoi !

B : Au niveau efficacité ?

M6 : (Silence)

B : Vous trouvez que ça marche bien ?

M6 : Bah oui ! Bon c'est qu'on a ... qu'on connaît toutes et tous des patientes qui ont eu des grossesses sur les stérilets classiques. Le Miréna, c'est parfait, il y a pas de problèmes, pas de saignements, il bouge pas, il est placé pour 5 ans, c'est quand même ...

B : Vous trouvez que le stérilet au progestatif est plus...

M6 : Bah oui parce que le stérilet au cuivre avec des règles qui n'en finissent pas (Soupir) ou très abondantes, y en a quand même beaucoup qui sont embêtées ! Et puis je trouve que finalement, moi, j'essaie de proposer aux jeunes mais globalement, on a très peu d'échos positifs... Après, on arrive chez les femmes qui ont eu des enfants et se pose le problème effectivement des règles plus abondantes après les grossesses et cætera. Alors leur coller un stérilet en cuivre, en général, elles apprécient pas trop la blague !

B : Au niveau de la technique de pose, vous dites que vous en avez jamais posé... Vous disiez qu'en formation gynéco ça avait été évoqué...

M6 : Ca a été évoqué en disant que c'est extrêmement simple... Vous faites ci, ça et ça mais bon, je l'ai fait jamais... Alors je me dis tout le temps qu'il faudrait que j'aille en stage avec un gynéco quelconque à Arras pendant une journée, j'aurai bien l'occasion d'en poser, mais après, je vous dis comme on a pas le droit a priori parce qu'on a pas le matériel. Alors est-ce que c'est pas vrai, je sais pas ...

B : Vous, justement qu'est-ce qu'on vous a dit comme obligation légale ? De quoi faire de la réanimation ? Quoi d'autre ?

M6 : Rien... Faire faire une écho, mais bon ça, on est pas censé avoir du matériel d'écho... Faire faire une écho pour la pose ...

B : Au niveau de l'équipement nécessaire, si vous envisagiez de poser des stérilets, de quoi vous penseriez avoir besoin ?

M6 : (Silence) Bah, rien de spécial... De quoi faire un examen gynéco, rien de plus. Enfin je pense...

B : Et au niveau de votre contrat d'assurance, est-ce que votre assurance vous a déjà parlé de la nécessité de déclarer des gestes que vous feriez, a fortiori des poses de stérilet ?

M6 : Je le fais, tous les ans, quand je reçois ma feuille, je revérifie et je déclare au fur et à mesure par contre je ne fais pas suivi de grossesses, ça c'est clair et je n'en ferai pas... Il est hors de question que je prenne des risques avec des femmes enceintes. C'est trop trop dangereux et trop idiot de faire le plus malin je trouve.

B : Donc vous allez jusqu'à la déclaration de grossesse et ensuite, vous passez la main.

M6 : D'emblée, je leur dis, c'est mieux comme ça... Alors entre deux, je les vois, il y a une grippe, un machin, c'est tout, mais sinon, je les vois pas. Par contre, je ne me souviens plus de la question ?

B : Les clauses de l'assurance ...

M6 : De toute façon, l'assurance me demande : « Faites-vous des examens gynéco ? » :

Oui, « Posez-vous des stérilets ? » : Bah non. Et puis voilà, mais il y a pas de surprime pour autant. Mais ils aiment bien savoir qu'on le fait, comme pour le reste... Je fais de la régulation, on m'a dit : pas de surprime mais on veut le savoir, quoi !

B : Qu'est-ce que vous pensez de la cotation de la pose et du retrait de stérilet ?

M6 : Eh bien, je ne la connais pas par cœur, je sais qu'il y en a une, comme pour l'examen gynéco d'ailleurs. Euh ... Mais j'en pense rien puisque j'en pose pas ! Je me suis pas posée la question... (rires)

B : Vous utilisez la cotation pour les autres actes ?

M6 : Oui, elle est toujours rejetée mais je l'utilise... Vous faites une suture, la caisse vous dit : « Non, machin... ». Il faut utiliser la cotation CCAM. Là, justement, j'ai une plaquette avec les actes les plus courants, les sutures, les frottis, ...

B : Donc vous cotez, vous faites une fiche de cotation ?

M6 : Ah ouais... Je trouve qu'on est pas super payés. Si en plus, on se fait pas payer ce qu'on doit, je mets des IK, ...

B : Je pense que c'est normal mais j'ai vu des médecins parfois gênés de demander plus.

M6 : Oui, il y en a plein comme ça, qui demande pas les IK : « Oui mais tu te rends pas compte ... », Tu te rends pas compte de quoi... Quand ils font réparer leur télé ou quand ils font venir le véto, ils ont 50 euros de déplacement... Et personne dit rien, alors que toi, tu demandes 6 euros 10 et c'est ... c'est complètement stupide, si ils sont pas contents ils viennent ! Moi, j'en ai quelques-uns qui sont venus comme ça, et c'est pas plus mal ! Et mes remplaçantes, elles me disent que j'ai bien raison.

B : Qu'est-ce que vous pensez de l'accès aux gynécos dans la région ?

M6 : Pas facile et beaucoup de gens, je suis désolée d'avoir ce discours-là, pas très compétents, qui n'en n'ont rien à foutre, en fait ! De l'inconfort, ... Je veux dire, en tant que femme, il y a des tas de choses qui, effectivement, sont pas confortables, en tant que femme, en tant que mère, j'ai des grandes filles. Voilà ! Telle pilule m'a donné la migraine, on a rechangé, on a rechangé, c'est compliqué ... Les jeunes qui veulent mettre des stérilets, « Ah lala, on met pas de stérilets aux nullipares ! », même des gynécos le disent : « Ah non, moi, je fais pas ça ! ». Les THS, ils envoient balader, alors qu'à la fac vous avez des cours où on vous dit : « Mettez des THS, les femmes elles sont tellement mieux, aujourd'hui la femme est active ... » Il faut arrêter le délire quoi ! Et je trouve que ... A Arras, ils sont vieillissants, tout simplement... Les femmes elles ont ... mais on sent qu'elles vieillissent, que c'est plus compliqué. Après, j'en sais rien, je veux pas euh... Il y en a que je connais pas... Et puis à l'hôpital, c'est la valse des entrées et des départs, on sait jamais à qui on adresse... Donc on adresse à l'hôpital. C'est pareil, c'est pas très confortable pour les gens qui aiment bien, notamment pour ce genre de choses, quand même avoir quelqu'un de référent. Après, y en a que j'aime bien, y en a à qui j'adresse facilement. Ils sont aussi débordés. Parfois je leur dis : « Aller voir Mr Machin », ils disent : « Moi, je préfère une femme », donc « Allez plutôt voir Mme Machin ». Donc c'est pas forcément facile...

### **Entretien 7 :**

B : Ma première question, c'est : qu'est-ce que vous pensez du rôle du généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M7 : Moi, je pense que c'est un premier point, et ensuite, j'envoie chez le gynéco. On peut faire le suivi standard et ensuite, on adresse si on a des difficultés. Je pense que le suivi standard de toute femme, on peut le faire.

B : Vous en faites ?

M7 : J'essaie quand j'arrive à les persuader !

B : Ca freine de leur côté ?

M7 : J'arrive ... Ma prédécesseure ne le faisait pas. Les gens sont pas forcément au courant donc je les informe que je le fais et ça commence à venir, ça commence à se savoir et je commence à avoir de plus en plus de femmes qui acceptent le frottis et voilà. Après, je fais pas de suivi obstétrique parce que ici, elles sont vues dès la première écho, dès le premier trimestre et après, on les voit plus les femmes enceintes...

B : Vues par un gynéco, par l'hôpital ?

M7 : Elles sont vues à l'hôpital tous les mois, elles ont un rendez-vous avec une sage-femme ou un gynéco qui est prévu. Elles vont faire l'écho T1 et elles ont tous leurs rendez-vous qui sont prévus jusqu'au terme. Du coup, on a pas trop d'accès. On prescrit les vitamines jusqu'à 3 mois et après c'est tout !

B : Et vous les voyez entre temps s'il y a des problèmes ?

M7 : Ça arrive mais c'est rare parce que la plupart, elles sont vues une fois par mois donc on a pas de recours.

B : Et quelle est la demande des patientes au sujet du suivi gynéco ?

M7 : Alors il y en a qui sont suivies régulièrement alors du coup, elles voient pas notre rôle à nous.... Après, y en a ... On arrive plus à toucher celles qui justement arrivent pas à aller chez le gynéco, qui ont pas eu de frottis depuis 20 ans. Et puis d'un coup, elles se disent chez le médecin, c'est une femme et ça ira peut être mieux de venir que de faire la démarche de prendre un rendez-vous chez un gynéco !

B : Donc c'est un public un peu particulier ou en tout cas pas suivi ?

M7 : Oui, c'est plutôt ce recours-là.

B : Et quelle partie de la clientèle ?

M7 : C'est quelques femmes seulement.

B : Qu'est-ce que vous faites comme gestes en gynéco ?

M7 : L'examen clinique, la palpation mammaire, palpation abdo, spéculum et frottis. Et je fais des prélèvements quand il y a des mycoses ou des choses comme ça.

B : Pose d'implants, de stérilets ?

M7 : Non.

B : Quand une patiente vient en première intention pour une demande de contraception, qu'est-ce que vous avez comme démarche ?

M7 : Ça dépend de ses antécédents, de l'interrogatoire, je lui propose tout ce qu'il y a de disponible, et puis après on adapte selon les antécédents et son souhait à elle. Je lui propose un peu tout, je lui explique ce qu'on a de disponible.

B : Vous n'avez pas de préférences comme contraception, vous proposez plusieurs choses ?

M7 : Bon enfin, je pense qu'inconsciemment, je m'oriente plutôt vers une pilule... Après, si ça convient pas et que je sens qu'il va y avoir un risque d'oublis, ou si il y a déjà des antécédents d'IVG ou des choses comme ça, après c'est sûr qu'on oriente vers autre chose... Si c'est une femme qui revient et qui dit que ça va pas avec une pilule, bah là, je l'oriente pour un stérilet, un implant, un patch, ... voilà !

B : Donc pour vous, ce qui vient en premier, c'est la pilule... C'est ce que vous préférez...

M7 : Je crois que c'est pas une préférence, c'est plutôt une habitude, je pense.

B : Est-ce que ça vous arrive de leur proposer un stérilet ? Alors pas forcément en première intention mais chez des femmes qui...

M7 : Oui, je le cite en tout cas, je le propose quand même, même si moi, je le pose pas !

B : Qu'est-ce qu'elles vous disent quand vous proposez un stérilet ? Y a des choses qui reviennent souvent ?

M7 : Oui, des idées reçues : les douleurs à la pose et au retrait, après, les saignements qui sont plus importants. C'est tout, c'est vrai que souvent... Elles sont quand même assez informées, donc c'est ça : les premières questions c'est les douleurs à la pose et au retrait du stérilet et est-ce qu'elles vont saigner plus ou pas... Y a aussi des femmes qui ont entendu parler des stérilets où on saigne pas du tout et là, ça les embête aussi.

B : Qu'est-ce qu'elles ont comme opinion sur le stérilet d'après vous ?

M7 : Comme opinion ? Je pense que ça dépend vraiment de la femme qu'on a en face de nous ! Les jeunes plutôt défavorables, ça leur fait très peur, et les femmes qui ont déjà eu des enfants, qui connaissent la pilule et les contraintes de la pilule, je les trouve plus favorables.

B : Quand une patiente vous demande une pose de stérilet, qu'est-ce que vous lui dites ?

M7 : Quand elle demande que moi je lui pose ?

B : Oui, ou qu'elle vous pose la question du stérilet pour elle ?

M7 : Moi, je lui dis que je les pose pas et que je l'adresse à un gynéco mais je lui prescris,

comme ça elle y va directement avec. Et en une consultation, ça peut être posé, quoi !

B : Comme type de stérilet ?

M7 : Bah c'est pareil, selon les antécédents, les saignements antérieurs, j'oriente plus vers un cuivre ou un hormonal. Selon la patiente et son profil.

B : Est-ce que vous avez déjà posé des stérilets ?

M7 : Oui, en hospitalier. En stage en gynéco, quelques-uns, c'était pas évident parce que j'étais en suites de couches, donc il a fallu demander pour aller en consultation pour poser des stérilets et à Y (centre où le stage de gynécologie a été réalisé par le médecin interrogé), c'est compliqué. C'est pour ça, c'est pas que ça me paraît compliqué de les poser, c'est que j'en fais pas assez. Pour me sentir à l'aise et pour les mettre, c'est comme les implants, j'en ai posé quelques-uns en stage mais ça me paraît un peu léger pour en poser tout seul ici...

B : Qu'est-ce que vous en pensez au niveau efficacité du stérilet ?

M7 : Pas de problème... Que du bien.

B : Au niveau de la tolérance ? Est-ce que vous avez des patientes qui viennent vous voir parce qu'elles ont ou pensent avoir un problème avec leur stérilet ?

M7 : Alors, surtout le premier mois de la pose, elles ont toujours l'impression de le sentir ou de saigner trop ou d'avoir des douleurs et puis finalement, ça se passe assez bien...

B : Vous avez été confrontée à des complications à cause d'un stérilet ?

M7 : Des saignements excessifs chez une jeune femme, on lui a retiré, elle saignait énormément. Et puis, j'ai une autre femme qui a des kystes du coup ils ont préféré lui retirer le stérilet. Voilà, sinon, non... J'ai rien eu.

B : Pas de complications infectieuses ?

M7 : Non non.

B : Qu'est-ce que vous pensez de la technique de pose ?

M7 : Bah ça me paraissait pas très compliqué mais je l'ai pas fait non plus 25 fois quoi, je l'ai fait quelques fois et ça me paraissait correct ! Pas compliqué.

B : Au niveau de l'équipement nécessaire ? D'après vous, il faudrait être équipé de quoi pour poser un stérilet ?

M7 : Pour moi, rien de particulier. Ils les scopaient à Y. Mais voilà, à part ça... De quoi faire un examen gynéco, c'est déjà pas mal !

B : Est-ce que vous avez une idée au niveau des obligations légales ?

M7 : Non, pas du tout. Il y a des obligations légales ?

B : Il y a eu une loi qui a été abrogée à ce sujet.

M7 : Je sais qu'ils les scopaient à Y mais j'avais pas cette notion-là...

B : Est-ce que votre assurance vous a déjà évoqué la nécessité de déclarer les gestes que vous faites ?

M7 : Euh.

B : Vous faites d'autres gestes hormis de la gynéco ?

M7 : Non.

B : Et il y a pas de demande de la part de votre assurance de déclaration ?

M7 : Non, ils m'ont jamais rien demandé.

B : Au niveau de la cotation du geste « Pose et retrait de stérilet », est-ce que vous la connaissez ?

M7 : Non, comme j'en pose pas ... Mais même les frottis je les cote pas... Je pense que je devrais mais je le fais pas.

B : Pourquoi vous les cotez pas ?

M7 : Je sais pas. C'est vrai que là, j'ai reçu un truc, je me dis qu'il faudrait peut être que je le fasse. Mais je le fais pas, je le cote pour une consultation simple...

B : C'est pas évident ...

M7 : Oui, et puis je me dis que déjà, j'arrive à les persuader. Donc si en plus je leur dis : « Il faut payer plus », je trouve ça un peu ... Après, il y a des patientes qui comprennent, qui me le demandent : « Bah c'est pas plus cher ? Vous avez fait un frottis ? ».

B : Vous avez un certain recul, vous avez peur de demander à la patiente ?

M7 : Oui, et puis déjà j'arrive à lui... Je suis contente parce que ça fait souvent 10 ans qu'elles l'ont pas fait ... Ah mais c'est vrai, j'ai un truc avec un stérilet : une dame qui avait fait une grosse infection, on savait pas d'où ça venait et à l'interrogatoire, elle me dit qu'elle



avait un stérilet depuis 20 ans... En fait, c'était une pyélo, elle a été vue au Urgences, ils ont traité sa pyélo mais ils ont pas touché à son stérilet, elle a pas eu de consult' gynéco et elle est revenue. Je lui avait dit : « Un jour, si vous êtes décidée, il faudra revenir », elle est revenue. C'est moi qui lui ai retiré le stérilet et j'ai un peu galéré... Au bout de 20 ans, surtout que j'étais pas équipée... J'avais pas la longue pince pour aller rechercher. Ça a été compliqué mais elle est très contente, la dame, elle a plus son stérilet, ça faisait 20 ans ! Et elle a pas eu mal, et elle a pas saigné !

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M7 : Je pense que c'est faisable, après, on est pas assez formés en gynéco. C'est vrai qu'il y a le DIU de gynéco mais il est quand même très prenant et quand on est installée, c'est compliqué d'aller à Lille faire les stages et tous les vendredis. Moi, j'aurais bien aimé mais ... Peut être que si un jour y a des formations plus courtes et plus adaptées à l'exercice libéral, j'aimerais bien !

B : Et donc pour vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose des stérilets par les généralistes ?

M7 : Bah, des FMC sur la pose d'un stérilet. Je pense que rien que ça, avec une remise à niveau, et peut être que si y a moins de gynéco libéraux médicaux, on va être amenés à en faire plus et on aura plus de femmes à qui poser des stérilets. Parce que là, en faire un ou deux tous les ans, on se sent pas à l'aise...

B : Au niveau du recours en gynéco, sur Arras et dans le secteur ?

M7 : Ça commence à être compliqué... Parce qu'il y en a une qui est partie, qui est pas remplacée ou plutôt, qui est remplacée par une sage-femme, donc les femmes, elles ont un peu de mal à ... Ça commence à être un compliqué. Et puis il y a une ou deux gynécos qui partent bientôt en retraite donc elles ont averti les patientes et les patientes s'inquiètent...

### **Entretien 8 :**

B : Alors, ma première question : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ces patientes ?

M8 : Eh ben, moi je pense que il a toute sa place dans le suivi gynéco, c'est un partenaire privilégié, enfin, moi, je suis mes patientes, j'essaie de les suivre même sur le plan gynécologique. Certaines sont d'accord pour faire le suivi avec moi, d'autres préfèrent leur gynécologue habituel : celles qui ont déjà eu des enfants notamment Vu que elles ont déjà pu être accouchées soit par le même praticien au sein des cliniques, soit dans le même hôpital donc le suivi s'est fait après et elles continuent d'être suivies par eux. Après, pour les plus jeunes, elles ont moins d'appréhension à ce que ce soit moi qui fasse le suivi. Le fait de les suivre sur toutes leurs autres pathologies, je trouve que c'est plus intéressant et notamment pour elles : au moins, elles ont pas besoin de raconter leur vie à un autre professionnel de santé ou à une sage-femme. Notamment après au niveau des délais pour avoir des rendez-vous, comme elles disent : « C'est plus simple de prendre rendez-vous ici ». Elles ont un rendez-vous dans la semaine pour faire le frottis, l'examen gynéco, l'examen mammaire et hop c'est fini, elles ont pas besoin d'attendre 2 mois pour avoir rendez-vous avec un spécialiste.

B : Qu'est-ce qu'elles vous renvoient comme image du degré de la facilité d'accès au gynéco spécialiste ?

M8 : Dans le secteur, je sais que sur Arras, tout ce qui est privé, l'Hôpital privé, elles ont pas beaucoup de difficultés à avoir un rendez-vous assez rapidement. Après, à part l'Hôpital privé, elles ont quand même, enfin, certaines ont des difficultés à avoir un rendez-vous assez rapidement en libéral ou même à l'hôpital. Dans l'hôpital public, je sais qu'à Lens, pour tout ce qui est début de grossesse, si je ne me trompe pas, hormis les grossesses compliquées, ils ne débutent pas le suivi avant les 6 mois donc ils orientent plus facilement soit vers le médecin généraliste pour débiter le suivi et avoir des échographies chez les radiologues de ville, ou vers les sages-femmes. Donc celles qui veulent être suivies par la suite à Lens, je fais le suivi obstétrique jusqu'à 6 mois si ça se complique pas, avec l'aide des radiologues de ville pour faire les échos.

B : Quelle est la demande des patientes au niveau du suivi gynéco ?

M8 : C'est-à-dire ? Le premier motif de consultation ?

B : Qu'est-ce qu'elles demandent ? Est-ce que c'est une demande spontanée ?

M8 : Non, elles demandent pas spontanément. Généralement, c'est plus moi qui l'amène au cours de renouvellement de contraception. Donc, une patiente qui va venir pour que je renouvelle sa contraception, si y a pas eu de suivi gynécologique fait dernièrement, je vais lui proposer ou si elle souhaite que ce soit son gynécologue habituel qui le fasse, je vais l'orienter vers son gynécologue. Enfin, je vais renouveler sa contraception évidemment, je vais pas la laisser sans, mais je vais l'orienter, enfin, je vais lui dire qu'il faut poursuivre son suivi gynécologique.

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste en gynéco ?

M8 : En gynéco ... Réalisation des frottis, examen mammaire, et puis après : pose d'implants, le retrait, la pose et le retrait de stérilet ...

B : Des poses de stérilets, vous en faites beaucoup ?

M8 : Non, j'en fais pas beaucoup.

B : Parce que ?

M8 : Parce que pour elles, ça reste un examen gynécologique obstétrical, vraiment d'un médecin spécialiste. Donc, j'ai du mal à faire poser les DIU dans mon cabinet, c'est compliqué.

B : Quand une patiente vient vous voir pour une première contraception, par exemple un jeune femme, comme ça se passe ? Qu'est-ce que vous lui proposer ?

M8 : Eh bien, je lui explique tout le panel (il montre une réglette d'information sur les différentes techniques contraceptives). Donc, ça dépend... Une adolescente qui vient pour sa première contraception, vers ses 14 ans, je vais plutôt lui proposer soit la pilule, soit l'implant contraceptif. Après, une adolescente qui est un peu « tête en l'air », on va dire, qui va avoir tendance à oublier sa pilule, je vais l'orienter plus vers l'implant. Si elle vient pour la première fois vers ses 14-15 ans, l'implant ça lui permet d'avoir une contraception jusqu'à ses 18 ans sans avoir à prendre une pilule tous les jours... On limite, bah y a plus de risques d'oublis dans ces cas-là. L'implant, c'est intéressant pour moi pour les ados. Après, j'ai un peu de mal à leur proposer le patch et l'anneau parce que même moi, j'ai du mal à leur expliquer... Enfin, c'est simple, il faut en mettre un par semaine pendant 3 semaines et faire un arrêt. Mais en cas de retard à la pose, en cas de décollement, en cas d'oubli de changement, le protocole, il est assez compliqué. J'ai l'impression que c'est plus compliqué que la pilule donc j'ai un peu de mal à leur proposer le patch spontanément. Pareil pour l'anneau, l'anneau, devoir le mettre vraiment au fond du vagin... A 14 ans... Elles ont pas vraiment envie de commencer par ce moyen de contraception... Le stérilet, j'en parle pas. A 14 ans, pour moi, ça n'a pas vraiment sa place.

B : Et le stérilet chez la nullipare, vous en pensez quoi ?

M8 : Oui, mais pas à 14 ans... Je dirais, à partir de la vingtaine, pourquoi pas ? En plus, maintenant, ... bon on avait déjà les « Short » au niveau des stérilets au cuivre, maintenant, on a le « Jaydess » donc je trouve que ça fait déjà une bonne alternative, surtout à la vingtaine. Si le Jaydess ne donne pas de ménorragies, et que ça leur permet d'être en aménorrhée, c'est plutôt pas mal... Donc, oui, une femme qui a pas envie d'avoir un implant, qui en a marre de prendre sa pilule, le Jaydess, pourquoi pas ...

B : Et qu'est-ce que vous pensez de la technique de pose chez une nullipare ?

M8 : Le Jaydess, j'ai jamais posé, je l'ai déjà eu en démonstration, euh, mais j'ai jamais pu en poser moi-même. Mes collègues m'ont dit que c'était encore plus simple que les stérilets classiques avec l'inserteur et le poussoir. Donc, apparemment, il vaut mieux... C'est une nouvelle technique de pose !

B : Donc pour vous, le stérilet chez une nullipare, ça poserait pas de problème...

M8 : Non, moins de vingt ans, j'aurais un peu de difficultés à lui mettre... J'essaierai les autres moyens quand même. Ce serait vraiment en dernier recours si elle a vraiment une contre-indication à la pilule oestroprogestative et que l'implant, elle a eu énormément d'effets indésirables. Bon, là, je proposerai peut être un DIU mais j'éviterai au maximum. Parce que déjà pour une nullipare de 25-30 ans, mettre un stérilet c'est parfois un peu compliqué. Une patiente de moins de 20 ans, ça va être un peu rodéo...

B : Complicé par la technique de pose ou parce que la patiente ne l'accepte pas ...

M8 : Bah, à moins de 20 ans, c'est quand même le début du suivi gynéco...

B : Disons, entre 25 et 30 ans... Chez une patiente un peu moins jeune ...

M8 : Moins de 30 ans, si elle est nullipare, si il y a jamais eu de gestes au niveau gynécologique, notamment s'il y a jamais eu d'interruption de grossesse, passer le col... J'ai déjà eu l'expérience quand j'étais interne : une nullipare qui avait la trentaine, je me rappelle, c'était assez compliqué de le poser, à cause des douleurs, surtout et à cause de l'anxiété !

B : Qu'est-ce que vous proposeriez comme contraception en première intention ? La contraception idéale ? Préférée ?

M8 : Pour moi, la contraception idéale, c'est celle que la patiente ne va pas oublier... C'est la réponse un peu bateau... Mais c'est vrai, un implant qui est bien toléré chez une femme qui va être en aménorrhée ou qui va pas avoir de spotting ou de ménorragies, pour moi, c'est génial, 3 ans sans avoir à prendre de pilule, je trouve ça bien... La technique de pose et de retrait, elle est pas très compliquée à partir du moment où on l'a pratiqué et qu'on sait le faire... Après, c'est vrai que le stérilet, c'est pas mal non plus ... Pour les Miréna et tout ce qui est cuivre, tout ce qui est UT 380, ..., c'est 5 ans, ben c'est pareil, 5 ans, on prend pas de pilule, c'est très bien ! Après c'est ce qui lui va. Après, c'est vrai qu'il y a pas mal de femmes qui ont des réticences sur le stérilet parce qu'elles ont entendu une amie, leur maman, leur tante, qui l'a posé, qui sont quand même tombées enceintes. (Il répond au téléphone) Donc dans ma patientèle, les réticences c'est souvent : soit une connaissance qui est quand même tombée enceinte, soit une expulsion, soit mal posé et perforation, elles ont vachement peur de tout ça et on a du mal à les décider pour le stérilet même si on leur explique que c'est rare, c'est compliqué...

B : Donc elles sont plutôt réticentes quand vous leur proposez ?

M8 : Oui, beaucoup de réticences... Après, je leur explique que si jamais elles changent d'avis, pourquoi pas... Je force aucune femme à mettre un stérilet ou un implant mais passé 35 ans, les patientes qui commencent à avoir des facteurs de risques cardiovasculaires comme la tension, la dyslipidémie, le tabac, ou bien même qui sont migraineuse, je vais quand même plus les orienter vers le stérilet ou l'implant...

B : Qu'est-ce que vous dites à une patiente qui vous demande que vous lui posiez un stérilet ?

M8 : C'est-à-dire ?

B : Vous, vous en posez des stérilets ? Une patiente qui viendrait vous voir en disant : « Je voudrais que vous me posiez un stérilet ».

M8 : Bah si il y a une bonne indication pour le poser, pourquoi pas ! Je lui explique la pose, comment ça va se passer. Après... J'aime bien quand même qu'elles aillent faire une PCR Chlamydia pour être sûr de pas causer d'infection génitale haute. Après, si elle a pas de contre-indications pour le poser, je lui prescris, si elle est nullipare, je lui prescrirais un peu de Spasfon, d'anti-inflammatoire, voire même un peu de Cytotec avant la pose et puis, c'est parti ! Je le pose vers la fin des règles, 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> jour des règles... En général, je leur dis de m'appeler dès que leurs règles, elles arrivent, je fixe un rendez-vous et on le pose ! Si c'est en relai d'un implant, le jour où j'enlève l'implant, je pose le stérilet. Voilà !

B : Chez quelles patientes vous allez prescrire la PCR Chlamydia ? Chez toutes ?

M8 : Les jeunes, moins de 30 ans, je vais les prescrire systématiquement. Plus de 30 ans, euh, qui n'a pas de multiples partenaires, qui est en couple avec le même partenaire depuis longtemps, je vais pas forcément le prescrire...

B : Votre expérience du stérilet ? Vous le posez régulièrement ?

M8 : Bon, au cabinet : non, ça fait 4 mois que je suis installé, j'en ai posé un, c'est tout.

Après, je travaille dans un centre de planification, j'ai l'habitude d'en poser là, et j'en ai aussi posé quand j'ai fait le DIU de gynécologie obstétrique. Je me suis formé à la pose des stérilets pendant le DIU et j'ai continué d'en poser au centre de planification. Au cabinet, c'est un peu plus difficile.

B : Pour vous, qu'est-ce que vous pensez de la technique de pose ?

M8 : Une fois qu'on a la main ... (rires). Je veux pas dire que j'ai plus de difficultés ! Le fait d'avoir pu me former grâce au DIU de gynécologie et d'avoir pu en poser plusieurs, ça me permet d'être un peu plus décontracté quant à la pose. Après, j'ai toujours quelques de

difficultés pour les utérus vachement rétroversés ou certains col un peu résistants.

B : Au niveau de l'efficacité, vous parliez des histoires de grossesses sur stérilets, vous en pensez quoi ?

M8 : Une fois qu'il a été bien posé, pour moi, ça reste des cas exceptionnels, c'est comme les patientes qui tombent enceintes sous pilule ou sous implant. Enfin, je me trompe peut-être mais y a pas encore de moyen efficace à 100% à part la stérilisation tubaire... On est toujours à des plus de 90%, même 99 %. Mais il peut toujours y avoir ces cas exceptionnels. Bah après, généralement comme j'ai pas de matériel d'échographie, je demande quand même une échographie un mois après, une fois qu'il est bien à sa place, pour moi, je rassure les femmes sur ce risque éventuel, pour moi, il y a pas lieu de s'inquiéter !

B : Au niveau de la tolérance du stérilet ? Des femmes qui reviennent parce qu'elles sont pas bien avec, qu'elles saignent, que ça leur va pas ...

M8 : Bah, si. J'ai une patiente dernièrement justement qui avait fait une endométrite sur le stérilet. Elle avait des douleurs, des écoulements. On a retiré le stérilet et l'a traité. Après, contrairement à ce qu'on peut penser, les DIU au cuivre sont relativement bien tolérés. Généralement, les patientes ont des règles un peu plus abondantes mais c'est pas intolérable, il y a pas de retentissement social, quoi. Elles mettent une ou deux serviettes en plus et c'est tout. Après, pour le Miréna, soit il y a une aménorrhée et tant mieux, parce qu'elles ont plus leurs règles, elles sont bien contentes, ou il y a du spotting et j'essaie de traiter avec un peu d'anti-inflammatoires, un peu d'Exacyl, et si vraiment, ça passe pas, on le retire.

B : Pour vous, qu'est-ce qui est nécessaire comme équipement pour poser un stérilet ?

M8 : Il faut la table adaptée avec des étriers, ensuite, euh, une pince de Pozzi, un hystéromètre, des pinces languettes et des ciseaux stériles pour couper les fils. C'est tout ! Un spéculum quand même.

B : Vous utilisez du matériel à usage unique ou vous stérilisez ?

M8 : Que du « usage unique ».

B : Au niveau légal, qu'est-ce que vous savez sur la loi sur la pose et le retrait du stérilet ?

M8 : Euh, alors au niveau de la loi ? On a le droit de le poser en cabinet de ville. Ensuite, au niveau du matériel de réanimation ? Moi, en cas de malaise vagal, j'ai de l'atropine, j'ai que ça, je sais même pas si c'est obligatoire... Je l'ai parce que je pourrais m'en servir si jamais elle fait un malaise mais j'en rien d'autre. Enfin, j'ai mon matériel d'urgence du cabinet mais j'ai pas d'oxygène. Après, les gynécologues de ville le posent bien et je suis pas sûr que tous les gynécologues en libéral aient leur oxygène... Peut-être qu'ils ont de l'atropine aussi un peu comme moi mais je pense pas qu'ils aient autre chose... A l'hôpital c'est simple, on a tout à disposition ! Mais même, enfin, quand j'ai fait mes stages avec les gynécologues libéraux, ils m'ont appris à poser les stérilets, ils m'ont jamais dit « Attention, il faut faire gaffe au niveau légal t'as le droit, t'as pas le droit... ». J'ai même mes confrères généralistes qui en posent et qui n'ont pas de matériel de réanimation.

B : Au niveau de l'assurance, votre assurance vous demande des choses particulières compte tenu des gestes que vous faites ?

M8 : Je leur ai indiqué que je posais et retirais les implants et que je posais les stérilets, c'est tout !

B : Ils vous ont dit quelque chose à ce sujet-là ?

M8 : Non.

B : Ils ont pas signalé que ça allait engendrer une surprime ?

M8 : Bah non, ou alors je suis pas au courant !

B : Et au niveau de la cotation de l'acte, qu'est-ce que vous en pensez ?

M8 : Comme tous les médecins libéraux, on aimerait mieux que ce soit coté plus...

B : Vous connaissez la cotation ?

M8 : Oui, pour ça, j'utilise mon ordinateur ou mes petits logiciels. De tête, non, je saurais pas dire combien ...

B : Mais vous les cotez ?

M8 : Je les cote systématiquement. Alors, la pose d'implant, je pense que l'acte est moins rémunéré qu'une consultation classique donc je cote une consultation classique. Pour le retrait, euh, je cote l'acte retrait ou changement d'implant. Et pour la pose de stérilet, je cote

l'acte pose de stérilet, quoi.

B : Est-ce que vous pensez que les généralistes devraient poser des stérilets ?

M8 : Bah les généralistes formés, oui. Après, un médecin qui n'a pas posé de stérilets dans sa formation, je pense que c'est bien pour lui de faire quelques stage pour dire de pratiquer, de poser les stérilets. C'est un acte technique quand même avec ses complications si c'est mal posé, et notamment le risque de perforations. Je pense que il faut maîtriser le geste.

B : Et quelles mesures on pourrait prendre pour favoriser la pose des stérilets par les médecins généralistes ?

M8 : Bah justement, mieux les former ! On a 3 mois au cours de l'internat de stage de gynécologie obstétrique, c'est le moment pour apprendre à poser les stérilets. Je pense que les services de gynécologie obstétrique devraient former les internes de médecine générale en consultation pour leur apprendre la technique de pose. Je pense que c'est pas dans les services de suites de couches qu'on va forcément apprendre à poser des stérilets... Après, en dehors de ça, y a tout ce qui va être soirée de formation médicale continue où on pourrait imaginer qu'un gynécologue vienne avec son mannequin pour poser le stérilet...

### **Entretien 9 :**

B : La première question : qu'est-ce que vous pensez du rôle du généraliste dans le suivi gynéco de ces patientes ?

M9 : Ben il est fondamental quand même, parce que d'abord, il y aura de moins en moins de gynéco med et puis que la place des femmes reste importante, comment je vais dire, on ne va pas gérer la gynéco med. Voilà. Très importante, en premier lieu, normalement...

B : Normalement... ? Parce que...

M9 : Ben normalement, parce que, par la suite, pour ma part, je ne fais pas tout moi en gynéco.

B : D'accord...

M9 : Et je suis un peu... ça me... je fais les frottis... euh... je fais les suivis, les suivis cancer du sein, enfin tout ça, mais après, les stérilets, je le pose pas, l'implant, je le pose pas et je pense que, on devrait le faire, nous.

B : D'accord, qu'est-ce que... quel est la demande des patientes au sujet du suivi ?

M9 : Ben, curieusement, pour celles d'ici, on a de la chance d'être à 5 minutes de l'hôpital et des Bonnettes, donc elles ont un gynéco, la plupart du temps.

B : Ah oui

M9 : Ou alors c'est quand certaines me dise : « - ben mon gynéco med s'en va, il part à la retraite, je suis bien embêtée », ben je dis : « - on fait des frottis », « - vous faites des frottis ?! », « - ben oui » et ça surprend encore.

B : D'accord.

M9 : Parce que, c'est assez spécialisé, parce qu'on est en ville malgré tout, donc elles ont leur spécialiste... voilà... la plupart, trois quarts ont leur spécialiste.

B : Et le quart restant ?

M9 : Ben c'est moi qui les fais, parce que euh... ça les fait suer d'aller prendre un rendez-vous à l'hôpital ou aux bonnettes, parce qu'ici c'est pratique, parce qu'elles font tout, on peut parler de tout, des enfants, des frottis... voilà.

B : Très bien, donc ça, ça a changé ces dernières années ? Par les départs en retraites ?

M9 : Alors, en ce moment, il y a une forte demande de gynéco, ouais, et euh... parce que celle en ville, il y en a une notamment qui va s'arrêter. Il y a de la demande, un peu plus de demande.

B : Ok, vous m'avez déjà expliqué ce que vous faisiez comme gestes. Quand une patiente vient pour une demande de contraception, comment est-ce que vous procédez ?

M9 : Quel âge ?

B : Femme jeune.

M9 : Femme jeune, euh...

B : Pas forcément 14 ans mais euh...

M9 : Comment je procède, c'est-à-dire ?

B : Qu'est-ce que vous lui proposez ? Qu'est-ce que vous lui posez comme question ?

M9 : Euh, ben c'est vaste ça, alors, désir de contraception, alors si la toute jeune fille, ben justement, avant vous c'était une jeune fille qui voulait un désir de contraception, donc on cherchait des contre-indications hein, euh, j'attends pas d'examen gynécologique, je la connaissais déjà avant, j'ai pris sa tension, son poids, on a discuté des différentes méthodes de contraception, elle veut la pilule, bon ben je lui est prescrit la pilule. Voilà, après une femme de plus de 40 ans, c'est un autre problème, parce que les oestroprogestatifs sont quand même contre-indiqués, donc on passe plutôt aux progestatifs, là le ça «fait mes devoirs», est-ce que vous avez fait vos frottis ? Est-ce qu'il y a des antécédents de cancer du sein ? Pour voir la mise en route d'une mammographie et puis je prescris les progestatifs si il faut, les frottis, si c'est fait, j'ai pas à le faire. Si c'est pas fait, qu'elle va le faire avec son gynéco, ça va être en cours. Si elle n'a pas de gynéco, je le propose, et entre deux ça dépend au cas par cas, toujours pareil.

B : Souvent, vous écoutez ce qu'elles ont à..., elles ont généralement une idée de ce qu'elles veulent comme contraception ?

M9 : Ah oui, oh oui, maintenant oui... Ou alors, elles sont sûres de ce qu'elles ne veulent pas.

B : (rires)

M9 : Y'en a vous avez..., c'est des vraiment des ... Le stérilet serait une vachement bonne indication : « Ah non non non, surtout pas ce genre de chose, » d'accord... D'autres, c'est l'implant, elles en veulent pas du tout parce qu'il y a un geste chirurgical... Après les pilules, vous avez des têtes en l'air, elles me disent, « non non, plus de pilules » enfin ouais généralement, elles savent.

B : Elles ont déjà une idée... En première intention, ce que vous proposez ? Vous parlez de la pilule.

M9 : Pilule! Ben chez la jeune : pilule. Mais je cite les autres moyens quand même.

B : Et celle que vous trouvez, que vous préférez ?

M9 : Les deuxièmes générations chez les jeunes filles qui n'ont pas trop de boutons, c'est bien.

B : Oui.

M9 : Après, je prescris de la troisième génération, quand elles sont acnéiques, quand elles... migraineuse, y'a certaines troisièmes et quatrièmes générations que l'on peut mettre et euh voilà quoi.

B : D'accord, quelle est la réaction, on l'a un peu évoqué, d'une femme quand vous lui proposez un stérilet ?

M9 : Oh ben ça va de... Ça c'est différents de femmes, y'en a qui sont catégoriques, elles n'en veulent pas, elles veulent pas d'un corps étranger dans leur euh... après euh...

B : C'est toujours l'histoire du corps étranger ou il y a d'autres arguments ?

M9 : Non, ah non aucun, c'est mettre un truc « ah non je ne vais pas supporter ça moi ».

Non, je suis étonné parce que aucune ne m'a... même pour la vie sexuelle en fait, elles m'en parlent même pas quoi des fois que le petit fil machin, non ça ne les intrigue pas ça. C'est vraiment le corps étranger susceptible de s'infecter ou des trucs comme ça...

B : D'accord.

M9 : Et y en a quand même qui disent : « Celui qui fait mal à la pose », y en a certaines qui savent que le MIRENA fait mal à la pose.

B : Parce qu'il est plus gros...

M9 : Ouais ça aussi

B : Et y'en a qui sont d'accord ?

M9 : Pour ?

B : Pour un stérilet ?

M9 : Oh oui...

B : Et dans ces cas-là vous les adressez ?

M9 : A leurs gynécos habituels si elles en ont un. Si elles n'en ont pas, je leur propose parce que j'en pose pas mais ici c'est très, ça va vite c'est les Bonnettes ou l'Hôpital d'Arras parce qu'en ville on a plus beaucoup de recours...

B : Et donc, quand une femme vous demande si vous pourriez poser un stérilet ?

M9 : J'en ai plus posés depuis bien longtemps.

B : Vous en avez posés ?

M9 : Ouais mais pas beaucoup pendant mon stage de gynéco, il y a plus de 20 ans.

B : D'accord. Qu'est-ce que vous en avez gardé comme souvenir au niveau de la technique de pose ?

M9 : Ben ça n'a pas l'air compliqué hein... sauf le Miréna ça me fait peut-être un peu peur quand même de le mettre parce que j'ai quand même des femmes qui m'ont dit avoir fait des malaises vagues et trucs comme ça à la pose, je me dis au cabinet, c'est peut-être s'embêter beaucoup. Autant laisser ça aux gynécos ...

B : Au niveau de l'efficacité du stérilet, qu'est-ce que vous en pensez ?

M9 : Ca dépend, lesquels ? Miréna ou ?

B : Ben cuivre pour commencer.

M9 : Ben y'a des grossesses sous stérilet mais bon... les cuivres, j'en propose pas beaucoup sauf vraiment chez les filles qui on peut... chez qui il y a plus grand-chose. Le Miréna, je le propose volontiers quand même pour la ..., même si il est douloureux à passer mais pour le fait qu'il n'y a pratiquement plus de règles et qu'elles sont tranquilles pendant un petit moment.

B : D'accord.

M9 : Et la compatibilité éventuellement avec certains médicaments et anti inflammatoires et des trucs comme ça. Surtout la femme de plus de 40 ans ... Je leur dis : « Le Mirena, c'est quand même une qualité de vie... » pour éviter les métrorragies.

B : L'équipement qui vous semblerait nécessaire pour poser un stérilet ?

M9 : Une table gynéco, des étrières, je les ai mais je les enlève parce que les gamins jouent avec quand ils sont posés et certains hommes mettent leur pieds dedans parfois donc ça me fait tellement rire que je suis obligée de les enlever... D'après mes vagues souvenirs, ça remonte à 20 ans, il faut une pince de je-sais-plus-quoi, un pince à col, et puis c'est tout. Un spéculum évidemment mais c'est tout.

B : Au niveau légal, vous avez des idées de ce qui ...

M9 : Aucun, aucune idée. Mais je pense qu'un médecin généraliste a le droit. Après, un truc qui me ... j'en pose pas parce que j'étais restée sur l'idée, enfin, à l'Hôpital d'Arras, ils faisaient des échos pour un rien donc, à chaque fois, ils faisaient une écho sur pose de stérilet pour être sûr qu'il était bien placé. Moi, j'ai pas d'écho ici. Donc comment je fais ? Est-ce que c'est obligatoire ? Ça, c'est une question que je pose...

B : Au niveau de l'assurance ?

M9 : Non.

B : Vous vous êtes pas renseignée parce que vous en posez pas ...

M9 : Oui, c'est ça.

B : Vous faites d'autres gestes que la gynéco ?

M9 : Non, je fais plus de gestes.

B : Donc votre assurance ne vous demande pas de déclarer des gestes ?

M9 : Non non.

B : La cotation de la pose de stérilet ?

M9 : J'en sais rien du tout...

B : Et qu'est-ce que vous pensez du fait que des généralistes pourraient poser des stérilets ?

M9 : Bah, ça devrait faire partie de notre truc, oui.

B : Pour vous, ce serait bien ?

M9 : Bah oui, parce que les spécialistes, y en a de moins en moins, et surtout des gynécos médicaux...

B : Vous m'aviez dit que l'accès à la gynéco dans le secteur, ça devient compliqué ?

M9 : En ville. A l'hôpital, on en a beaucoup des gynécos, plus d'une dizaine. Donc à l'hôpital, on arrive à trouver ... C'est en ville, en libéral, les gynécologues vieillissent. C'est pas péjoratif, c'est-à-dire qu'ils vont bientôt arrêter, quoi !

B : Et pour vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser le fait que les généralistes posent des stérilets ?

M9 : Faire une petite formation, éventuellement. Y a pas grand-chose en fait. Je sais pas...

B : Une formation médicale continue ?

M9 : Oui oui. Et puis, on, enfin, moi personnellement, je deviens paresseuse parce qu'il y a tout ce qu'il faut, à 5 minutes. Je crois que je le ferai si j'étais en pleine campagne mais là ... Je suis paresseuse. Et puis, on est quand même frileux avec les aspects médicolégaux quand même...

B : A quel niveau ?

M9 : Ah, je sais pas ... Perforation, enfin, faut quand même y aller pour perforer un utérus... Non mais c'est surtout l'aspect facilité : j'ai tout ce qu'il faut à côté donc je m'embête pas ! Deux tiers de mes patientes ont leur gynéco, même plus ...

### **Entretien 10 :**

B : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M10 : ...

B : Qu'est-ce que c'est son rôle ?

M10 : Bah c'est la prévention déjà ... Ensuite le soin, bien sûr. Après, ça dépend un peu dans quel cadre on se retrouve. Je crois qu'il a un rôle quand même primordial. Les gynécos médicaux disparaissent petit à petit...

B : Vous ressentez une demande plus importante ?

M10 : Oui, mais moi c'est particulier. J'ai une sage-femme, j'ai un gynéco à côté. Alors, moi, je m'implique pleinement finalement dans le dépistage, bien sûr, ça fait partie de la détection.

B : Dépistage c'est-à-dire ?

M10 : La mammographie, le frottis, en fait, on amène les sujets ... Je pense avoir quand même un taux correct de dépistage. Mais je m'aide... Je délègue pas mal. J'ai une sage-femme à qui je fais faire mes frottis. Je sais pas si vous voyez la structure mais c'est ça : on a un gynéco juste à côté donc en fait, il brasse quand même pas mal de mes patientes.

B : Ok.

M10 : Donc je pense que ça doit faire partie d'une prise en charge globale de la femme, bien sûr.

B : Quelle est la demande des patientes au sujet de la gynéco ?

M10 : ...

B : Elles vous demandent de réaliser le suivi ? Elles demandent à qui elles peuvent s'adresser ?

M10 : Les patientes, en fait, ont toutes un gynéco, elles sont déjà suivies. Il y en a aussi qui sont suivies par la sage-femme qui est dans la structure. Les demandes, c'est les demandes de renouvellement surtout. Après, il peut y avoir les pathologies aiguës gynéco. Donc ça, c'est au cas par cas.

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste en gynéco ?

M10 : J'en ai fait...

B : Actuellement ?

M10 : Actuellement, pratiquement plus. Je donne les frottis à la sage-femme. Je n'ai jamais posé de stérilets, je trouve ça trop casse-gueule. On fait bien finalement ce qu'on fait souvent, et puis bon, voilà, je suis dans une structure où, en fait, les gens savent faire. Et j'ai pas trop le temps en plus. Ça tombe bien... J'ai posé beaucoup d'implants, maintenant je les pose plus, depuis que la sage-femme est arrivée il y a 2 ans. C'est elle qui fait ça, ça se passe très très bien. En gestes gynéco ? Non... Je pose l'indication, j'oriente.

B : Très bien. Qu'est-ce que vous prescrivez comme contraception en première intention ? Par exemple chez une femme jeune pour une première contraception ?

M10 : Euh, déjà, je lui pose la question... (Rires) Je lui dis un peu toutes les contraceptions possibles à disposition et après, c'est le choix de la patiente.

B : Donc, vous proposez tout l'éventail contraceptif. Qu'est-ce que vous préférez prescrire en première intention ?

M10 : Ça dépend ce que veut la femme veut. Si la femme veut. On part sur la pilule le plus souvent... Un oestroprogestatif, le plus souvent.

B : Quelle est la réaction des femmes à qui vous proposez un stérilet ? Quelles images vous renvoient les patientes ?



M10 : Alors, c'est très difficile. Il y a une mauvaise publicité du stérilet... C'est un petit peu difficile à amener en effet. Les gynécologues savent mieux faire, je pense. Les médecins généralistes osent peut-être peu en parler. La femme accepte assez difficilement le stérilet sauf si elle a déjà eu un stérilet et que ça s'est bien passé. Mais bon, c'est vrai que la première prescription d'un stérilet est difficile mais on le propose, on le propose à chaque fois... Mais la femme est réticente.

B : Vous dites mauvaise publicité, mais par qui ?

M10 : C'est souvent les histoires de chasse...

B : Par l'entourage ? Par des médecins qui auraient pu dire les décourager... ?

M10 : Pas forcément les médecins, je pense pas... Je pense pas que les médecins... Là, on est plutôt dans les histoires de chasse ! « J'ai eu mal, j'ai eu une infection, on l'a retiré au bout de 3 jours, ... » C'est vrai qu'il y a une mauvaise pub, le stérilet !

B : Est-ce que c'est déjà arrivé qu'une femme vous demande de lui poser un stérilet ?

M10 : Non, ça m'est jamais arrivé.

B : Et votre expérience du stérilet, elle est limitée.

M10 : Oui, mais je le propose. Moi, je les propose. Je les pose pas mais je pense que c'est une très bonne contraception. Je le propose à chaque fois et la sage-femme les pose très très bien. Après, il faut juste avoir l'approbation de la patiente.

B : A propos de la technique de pose, qu'est-ce que vous pensez du stérilet ? Même si vous le posez pas, qu'est-ce que vous en avez comme idée ? Facile ? Pas facile ?

M10 : C'est quand même plus facile de poser un stérilet quand on peut faire un écho juste après. Maintenant on dit, y a pas besoin, si on a pris les bonnes mesures tout ça. Je regrette, tous les gynécologues, quand ils posent un stérilet, ils regardent, ils ont leur échographe, ils regardent tous. Ceux qui regardent pas, c'est qu'ils ont pas le temps, ça leur prend 10 secondes, ils regardent un petit peu comment c'est placé. Oui, il faut être équipé, alors, je me trouve pas dans la Creuse, j'ai un gynécologue à 5 minutes autour de moi, j'ai plein de gynécologues, j'ai la maternité, j'ai un gynécologue med, j'ai la sage-femme qui fait ça. On a une échographie à côté.

B : Le recours est facile ?

M10 : Le recours en ville est très facile mais je pense qu'il faut être un peu équipé... Et il y a des gynécologues aussi qui malgré leur pratique, on aussi parfois du mal à le poser. Pour moi, c'est pas un acte anodin. Autant, le frottis, c'est à la portée de tout le monde, ça n'a rien de compliqué. Autant poser un stérilet, il y a quand même un peu de technique.

B : D'accord. Au niveau de l'efficacité du stérilet ? Vous trouvez que ça fonctionne bien ?

M10 : Oui, bien sûr ! Je dis à mes patientes que ça fonctionne bien !

B : Très bien. Pour l'équipement, en dehors d'une éventuelle échographie, qu'est-ce qu'il faut pour vous pour poser un stérilet ?

M10 : Un hystéromètre, c'est ça ?

B : Il y a pas de bonne réponse. Ne vous inquiétez pas.

M10 : Il faut de quoi faire un examen gynécologique, un hystéromètre et puis voilà.

B : Est-ce que vous faites d'autres gestes que les gestes en gynécologie ? De la suture, de la petite chirurgie ?

M10 : De la suture, beaucoup moins maintenant, je sais pas pourquoi, les gens vont aux urgences... Des infiltrations, beaucoup. Je fais des EFR.

B : Votre assurance vous a demandé des déclarations particulières liées aux gestes que vous faites ?

M10 : Oh non, c'est dans le cadre de la médecine générale. Donc comme je suis médecin généraliste... Pour l'Implanon, oui, il fallait pas forcément le déclarer, il fallait avoir suivi la formation. Et après, je pense que le médecin généraliste peut infiltrer sans problème. Ça fait partie de son rôle dans le référentiel. Après, je pense que la pose du stérilet, ça en fait partie aussi. Pour moi, il n'y a donc pas de déclaration supplémentaire à faire.

B : OK. Qu'est-ce que vous pensez de la cotation ? Si vous la connaissez.

M10 : Je la connais pas du tout.

B : Pour vous, c'est pas un frein au fait de poser ou pas de stérilets ?

M10 : Non, et puis si on a ce frein-là à la tête, on fait un tiers-payant. Non non, pour moi, finalement, c'est le fait que j'en pose pas. En fait, la pratique amène la pratique. C'est

différent, si j'avais été, bien sûr, dans la Creuse, j'aurais fait plus de gestes. Moi, j'aime bien aussi passer la main à des gens qui sont disponibles pour ce genre de choses. Il faut pas vouloir tout faire.

B : Est-ce que vous avez des notions sur ce qui est légal sur la pose du stérilet ?

M10 : Je crois l'échographie, c'est pas une obligation légale. C'est plus une sécurité. Non, je pense pas qu'il y ait d'obligation pour le consentement.

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M10 : C'est bien, bien sûr, si ça rend service à leurs patientes ! Pourquoi pas ! Bien sûr. Mais je suis pour le stérilet ! Sauf qu'à titre perso, j'ai les gens qu'il faut pour les mettre.

B : Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose par les généralistes ?

M10 : Bon, peut être une formation, ça doit exister. Je pense que c'est tout. Il faut du temps aussi, je sais pas combien de temps ça met pour poser un stérilet... Ça doit pas prendre beaucoup de temps ! Non mais vraiment, une formation !

### **Entretien 11 :**

B : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M11 : Je pense que normalement, notre rôle est essentiel et prépondérant étant donné que la population des gynécologues diminue au fil du temps. Moi, personnellement du fait que je suis à la campagne, je pense que ça fait partie logiquement de ce qu'on doit faire. La gynécologie basique, on sensé donc la faire. Il est vrai que la plupart du temps, les patientes préfèrent plutôt voir le gynéco que de venir voir le médecin généraliste. Moi, j'en fais un peu, mais je dirais que le rôle du médecin généraliste, on a normalement pour les patients un rôle prépondérant. On est censés avoir un rôle prépondérant mais c'est pas toujours le cas...

B : Parce que ?

M11 : Parce qu'il y en a qui ont un suivi avant, et il y en a qui préfèrent voir une femme que de voir un homme, du fait que moi, je suis un homme. Il y en a aussi à qui ça ne pose aucun problème et qui veulent que ce soit moi qui fasse les frottis, un suivi, ... Donc c'est complètement aléatoire...

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste en gynécologie ?

M11 : En gynéco, je fais des frottis, je mets des Implanons. A part ça, ça m'arrive, naturellement d'initier la pilule, des trucs comme ça. J'avais été à un stage, à une formation médicale continue pour le stérilet et puis finalement, je mets pas du tout de stérilet parce qu'il y a aussi le matériel à avoir en conséquent au cas où. Donc ça fait que je m'arrête là !

B : Qu'est-ce que vous pensez qu'il faut comme matériel justement pour le poser ce stérilet ?

M11 : Pour le stérilet, il y a déjà le matériel qu'il faut pour le poser. En plus de ça, il y a d'après ce que me disait le confrère quand je suis parti à cette formation, il fallait avoir de l'oxygène au cas où ça arrive qu'il y ait des femmes qui font des malaises. Et puis après, ce qu'il y a, c'est qu'il faut disposer du temps... Le facteur temps est très important pour nous. Je sais que par exemple, ça m'est arrivé, je devais enlever un Implanon parce que les gens, ils mettent, mais il y en a pas beaucoup qui veulent les enlever. C'est facile de les enlever mais un coup, j'ai mis 45 minutes pour pouvoir l'enlever parce qu'à chaque fois, ça glissait... Les jours où vous recevez sur rendez-vous, je vous dis, c'est pas drôle. Mais les Implanon que je mets, à chaque fois, je dis aux patientes : « Choisissez votre gynéco ! S'il vous met un Implanon, vous irez voir le gynéco après. Il faut pas venir pour que ce soit moi qui fasse le « service après-vente ». » Il est vrai qu'il y en a, en 5 minutes c'est fait, mais il y en a d'autres, vous avez bien la voie mais ça glisse au moment de tirer donc vous avez... Enfin, voilà.

B : Il y a beaucoup de patientes qui vous demandent un suivi en gynéco ?

M11 : Non, il n'y en a pas beaucoup. Je dirais sur ma patientèle féminine, peut-être à peine 3 à 5 %, c'est pas énorme. Parce que la plupart du temps, il y a le facteur que je sois un homme et puis, il y en a qui ont déjà un suivi avant, donc voilà.

B : Vous pensez que les demandes ont évolué ?

M11 : Pas plus, il n'y en a pas plus.

B : Quand une patiente vient pour une première contraception, quelle est votre démarche,

votre prise en charge ?

M11 : Ca dépend. Si c'est une patiente que je suis déjà, ça veut dire que je connais déjà ses antécédents personnelles et familiaux, parce qu'il y a tout ça qui rentre en compte. Il y a aussi si la personne fume ou pas. Personnellement, je suis un peu « ayatollah » de ça parce que j'ai été frappé lorsque que je faisais mes études par une jeune patiente qui fumait, qui prenait la pilule et qui a fait un AVC à 18 ans, au moment où je faisais mes études. Il est vrai qu'un truc comme ça, ça vous frappe ! Donc moi, ça m'arrive des gens qui fument, qui sont déjà sous pilule, l'information que je porte est que normalement c'est 2 choses qu'il ne faut pas faire. Ça m'arrive de le renouveler mais je le dis : si c'était moi, je ne l'aurais pas fait parce que je trouve un peu dommage sachant les conséquences que ça peut entraîner. Heureusement que la majorité des femmes qui fument et qui ont une contraception ne font pas d'AVC. J'en ai une actuellement, ça fait la 3<sup>ème</sup> TVP qu'elle a fait malgré les conseils donnés. Ça fait quand même que moi, avec l'expérience que j'ai, je suis un peu réticent. Donc naturellement, je pose la question, si c'est une patiente que je suis, je sais à peu près les antécédents si la patiente fume ou pas. Il y a aussi les antécédents familiaux qui peuvent rentrer en compte en fonction. A part ça, il y a généralement le bilan basique qu'on fait pour savoir si il y a pas de soucis au niveau du bilan des triglycérides, en fonction. Généralement c'est des gens qui ont déjà eu un bilan sauf si c'est des jeunes jeunes, je connais. Après, je demande, eux, ceux qu'il veulent, parce que, le but, c'est pas moi qui prend, c'est à eux de savoir. Sachant qu'au jour d'aujourd'hui, on a un différent panel à proposer aux gens, donc c'est en fonction de ce que la femme veut. Moi, je fais la proposition.

B : En première intention, qu'est-ce que vous préférez ?

M11 : Moi, je préfère rien du tout. Je le dis souvent, je travaille en ayant l'esprit libre, je suis pas affilié à un labo machin bidule. Je travaille avec ma philosophie de la chose, donc non.

B : Est-ce que ça arrive que vous proposiez un stérilet à une patiente ?

M11 : Moi, ça m'est déjà arrivé. Il est vrai que je n'en mets pas. Donc naturellement, un stérilet, ça voudrait dire qu'il faudrait que les femmes soient vues par un gynécologue qui le fait parce que maintenant on sait qu'on peut le mettre à des gens qui n'ont jamais... Avant, c'était impossible. Maintenant on sait que même si des gens ils n'ont pas eu d'enfants. Ça m'est déjà arrivé, mais ça ne s'est jamais fait puisque la plupart du temps, je les envoie chez la gynéco parce que moi, je ne mets pas de stérilet. Et pas plus tard qu'hier, parce qu'on a fait notre répartition de garde, on discutait, on a un confrère qui a des soucis maintenant, il y a une plainte qui a été portée contre lui. Ce qui fait que je me demande si je vais pas commencer à lever le pied et à orienter parce qu'on a des gynécologues qui viennent à l'hôpital de X (petite ville à proximité), qui font ça. Donc on commence à se poser la question parce qu'on en a discuté entre confrères. Il est vrai que tout peut arriver, en connaissant nos patients. De plus en plus, il y aura probablement de plaintes pour un oui ou pour un non. Ce qui fait que, par moment, il y a un certain nombre de choses qui font que je me pose la question si je vais continuer à le faire ou pas. Si on voit que des spécialistes ont des soucis sur ce problème, nous généralistes, c'est encore beaucoup plus facile, surtout sur la gynéco...

B : Quand vous proposez un stérilet à une patiente, qu'est-ce qu'elle vous dit en général ?

M11 : Eh bien, la plupart du temps, les gens disent : « Non, je n'ai pas eu d'enfants, je ne veux pas pour le moment de stérilet », ou il y a le fait qu'ils fument. Il y en a qui sont fondamentalement contre le stérilet, qui préfèrent prendre un cachet tout le soir, parce que ça a toujours été, parce qu'elles sont eu des discussions avec leurs mamans, qu'elles ont déjà orienté, ... Naturellement, on explique en fonction des cas, parce que quand on prend la pilule, il ne faut pas l'oublier, parce que généralement c'est quelque chose qui arrivent très fréquemment. Naturellement, j'explique, j'apporte toutes ces données-là aux patientes et généralement, ce sont toujours les patientes qui choisissent puisque c'est elles qui doivent prendre ce qui est le mieux pour elles.

B : Est-ce que ça arrive que des patientes vous demandent de leur poser un stérilet ?

M11 : Est-ce que ça m'est arrivé ? Peut-être 2 ou 3 fois, mais c'est rare.

B : Elles ne vous identifient pas comme un référent dans ce domaine.

M11 : Est-ce que je peux être référent ? Je dirais que moi, dans la population que j'ai, celles qui ont un stérilet, c'est celles qui ont déjà eu un ou deux enfants, qui veulent plus d'enfants.

La plupart du temps, elles savent qu'elles sont parties pour être tranquilles un certain nombre de temps, parce que elles ont des antécédents, elles ont pris la pilule, et elles ont oublié, elles ont eu peur parce qu'ils y avait eu un rapport entre deux. Ce qui fait que la plupart le stérilet, c'est des gens qui sont suivis, parce que quand vous avez accouché, vous avez un gynéco, et après, il y a le suivi. Donc moi, personnellement je dirais que j'ai eu que 2-3 demandes, est-ce que c'est parce que je suis pas référent ? C'est possible... Ou c'est parce que les gens ont eu l'habitude d'avoir affaire à leur gynécologue ? Donc ça fait que moi, j'ai pas de demande vraiment de pose de stérilet.

B : Ok. Qu'est-ce que vous avez comme expérience du stérilet ?

M11 : J'en ai jamais posé. J'en ai posé quand je faisais mes études, j'en ai posé sur un mannequin. Mais sur quelqu'un, je l'ai jamais fait, et comme je le dis, c'est quelque chose que je ferai pas étant donné le matériel, étant donné un certain nombre de choses. Je ne pense pas. Et je me demande même si je ne vais pas arrêter la gynéco avec ce qui se passe avec le Dr Y. Donc ça fait peur quand même parce que après, on ne sait ce qu'il s'est passé, donc voilà. Ça fait peur parce que avoir une plainte dans sa carrière, c'est quelque chose qui peut être très perturbant. Ce monsieur, il est ..., bon, au jour d'aujourd'hui, on m'a parlé de comment ça se passe parce qu'il a pas grand monde qui veut aller le voir parce que même si il est innocenté, le mal est fait. Ce qui est fait est diffusé, et ça fait, bon, voilà. On a eu un confrère à Z (localité voisine) également, où les gens parlaient d'attouchements alors qu'il n'en est rien du tout, et ben, au jour d'aujourd'hui, ce monsieur, il est galère, parce que c'est comme ça... et nous quand même médecins généralistes, on est ... et même spécialistes, le mal, il est fait, c'est très difficile après ... Moi, maintenant, stérilets, j'en ai jamais posé. A un moment donné, je me demandais si j'allais pas faire la formation pour pouvoir le faire, avec ce qu'il s'est passé avec le Dr Y, je peux vous dire qu'au jour d'aujourd'hui, je ne pense pas refaire ... Je ne pense pas.

B: Qu'est-ce que vous pensez du stérilet au niveau de l'efficacité ?

M11 : Moi, au jour d'aujourd'hui, toutes mes patientes qui sont sous stérilet, jamais elles ont de soucis. J'en ai qu'une seule, en plus, qui est tombée enceinte malgré qu'elle était sous stérilet. Il n'y en a qu'une seule. A part ça, ... Et il y en a un certain nombre qui ont un stérilet. Il y a aussi le fait que maintenant, il y a le Miréna je pense, qu'il y a pas de règles, les gens sont très contents. Il y en a qui préfèrent. Il y a aussi des femmes qui veulent pas de stérilet parce qu'elles ont envie d'avoir leurs règles tous les mois pour se dire qu'elles sont encore femmes. Mais, le stérilet, moi je pense que c'est un très bon moyen de contraception. L'avantage, c'est qu'il y a pas besoin d'y penser tous les jours et de se dire qu'il faut prendre quelque chose. Au jour d'aujourd'hui, ça a quand même montré son efficacité au niveau de la contraception. Donc voilà.

B : Au niveau de la technique de pose, qu'est-ce que vous en pensez ?

M11 : Rien, je l'ai fait sur mannequin. Je l'ai fait à un moment de mes études, disons, je l'ai pas vraiment fait, enfin si, je l'ai fait sous contrôle d'un senior qui était là, parce que quand je faisais mes stages lorsque j'étais interne à l'hôpital. Mais je ne peux rien dire... En ce moment, je n'ai plus d'espérance, parce que je n'en ferai plus. Je ne pense pas.

B : Est-ce que vous faites d'autres gestes que de la gynéco ?

M11 : Eh bien oui, je fais de la suture, je fais des plâtres, je fais des infiltrations.

B : Votre assurance vous demande des choses particulières par rapport aux gestes que vous faites ?

M11 : Euh, est-ce que l'assurance me demande quelque chose ? En sachant que moi, je suis aussi maître de stage, donc mon assurance est déjà au courant de ça, parce qu'il faut qu'ils soient prévenus. Ben non, parce que dans mon contrat, c'est quelque chose que je ... Mon assureur est venu et je lui ai dit ce que je fais, je ne paye pas autrement. C'est ce que je paie habituellement.

B : Et vous n'avez pas évoqué du stérilet ?

M11 : Non.

B : Est-ce que vous connaissez la cotation du geste de pose du stérilet ?

M11 : Comme c'est pas quelque chose que je fais souvent, j'ai une plaquette, c'est 38 et quelques si ma mémoire est bonne. Oui oui, c'est comme l'Implanon, euh la pose et le retrait, moi, je facture le même montant.

B : Vous cotez l'acte, vous faites plus qu'un C ?

M11 : Ah ben naturellement quand même ! Il faut pas déconner quand même ! Il est vrai que c'est arrivé, surtout pour l'Implanon, qu'on sait qu'il y a des patientes qui ont des difficultés, je fais payer que la part mutuelle. Donc je cote en tiers payant, donc ils ne payent que la part mutuelle, ce qui n'est pas grand 'chose. Sinon, je connais le montant des actes que je fais, il est vrai que c'est comme l'infiltration, c'est comme les lettres, généralement, moi, j'essaie de tout coter avec l'ordinateur. C'est vrai qu'il y en a qui sont pas venus avec leur carte vitale, je sais à peu près ce qu'il faut coter, ça, le montant, je sais. J'ai le montant en tête, j'ai ma plaquette, normalement, je le fais.

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M11 : Moi, le problème de toute façon, c'est que je suis en train de retourner en arrière. J'étais parti pour le problème, quoiqu'on en dise, tant donné que la population des gynécos se réduit comme peau de chagrin... Un jour ou l'autre, on sera confronté au fait qu'il faudrait qu'on le fasse. Mais maintenant, lorsque j'ai discuté avec mes collègues, y en a qu'une qui le fait à X, les autres le font pas du tout. Moi, j'étais parti pour le faire et maintenant, je fais machine en arrière. Moi, je pense que ce serait une bonne chose. Moi, c'est surtout le service rendu pour éviter aux gens d'aller... lorsque je fais les plâtres, les infiltrations, ça permet aux gens d'éviter d'aller à X. C'est beaucoup plus... En sachant que les plâtres que je fais, c'est que mes patients à qui je le fais parce que je reçois sur rendez-vous et si j'ai un truc comme ça, ça veut dire qu'il y a une radio, ça prend plus de temps... Le temps que ça sèche, machin bidule. Ça m'est arrivé un coup, un voisin qui sait que je le fais, son médecin le fait pas, j'ai dit « non non non ». Je peux pas faire ça. Je ne suis pas le service des urgences. Après, on décale tout. Lorsque c'est ma patientèle, ils savent que le jour où ils seront dans ce cas-là, ils comprendront. Il est vrai que la gynéco, moi, j'étais un peu parti parce que je me dis, la population des gynécologues se réduit, mais là, je fais un peu machine en arrière. Parce que ça fait peur un peu quand même, parce que, du jour au lendemain, si il y a une nouvelle comme ça qui commence, et puis ça prend de l'ampleur, et par moment, les gens racontent, les gens détournent, et ça fait une bulle, et après, c'est quand même tout une carrière, et après, ils ont pas la suite...

B : Et ma dernière question, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose du stérilet par les généralistes ?

M11 : Il y a déjà : sensibiliser, parce que quoiqu'on en dise, il y a des gens qui s'y intéresse, lorsque je suis allée faire le stage à Lille dans le temps, il y avait pas mal de gens. Après, je ne sais pas si ils ont vraiment fait la formation par la suite, parce que ce qui est dommage c'est qu'on voit toujours les mêmes quand on part en formation. C'est ça qui est terrible. Et en plus, ceux qui veulent en faire plus, on peut pas en faire plus, parce qu'il y a un quota qui est limité, on peut pas dépasser une enveloppe qui est donnée. Donc, moi, personnellement, je pense que c'est une bonne chose mais moi, je fais du rétropédalage par rapport à ce qu'il se passe. Je pense que c'est une bonne chose mais après, je pense qu'il faudrait qu'ils soient sensibilisés. Et après, il faut aussi avoir envie, parce que, par moment, il est vrai qu'il y a des femmes qui ont une hygiène que c'est pas terrible donc c'est pas drôle non plus. Voilà. Après ça, moi, je vous dis, au jour d'aujourd'hui, j'étais parti pour m'investir dans cela et maintenant, je me pose énormément de questions parce que je tiens quand même à faire mon métier, j'ai galéré pour être médecin donc le but, c'est de faire mon métier correctement. Et comme je dis toujours, j'aime bien faire ce que je sais faire. Je n'aime pas faire ce que je ne sais pas faire. Donc, voilà, c'est un peu dommage mais avec le fait aussi maintenant qu'on peut porter plainte pour un oui et un non, on a l'impression que le système américain viendra en France, ça peut ralentir aussi énormément des gens qui ont vraiment envie de le faire. Le jour où il y a un problème comme ça, c'est vrai que ça salit par la suite votre carrière, je sais pas ce que ça donne. Il y en a qui arrivent à rebondir, mais ce n'est pas le cas de tout le monde... Il est vrai aussi qu'il y a des femmes qui vont plus facilement voir une femme même médecin généraliste qui fait des actes gynéco, plutôt qu'un homme. Disons que dans ma patientèle, les femmes à qui je fais le frottis c'est toujours les mêmes depuis un certain nombre de temps. Don ça n'a pas bougé. Il est vrai qu'il m'arrive de dire aux gens que j'en fait, mais je dis toujours qu'il y a 2 femmes gynéco qui viennent à X. Donc les gens sont libres de faire leur choix et la plupart du temps, les gens vont voir mes confrères

gynécologues qui passent à ... pour faire les vacances.

### **Entretien 12 :**

B : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

M12 : Qu'est-ce que j'en pense ?

B : Oui, quelle est sa place ?

M12 : Ah bah, c'est la place que les patientes veulent bien lui laisser, lui donner, donc...

B : Pour vous, dans votre pratique ?

M12 : Bah, moi, c'est plus une ... je dirais que je ..., c'est plus moi, personnellement, un rôle d'incitation, euh, à se faire suivre, et puis, j'ai le matériel pour faire les frottis notamment. Et puis après, pour le suivi de pilule, je l'assure. Mais c'est vrai que ça va pas au-delà et donc après, effectivement, c'est plus un rôle d'incitation. C'est vrai que les personnes pour qui j'assure le renouvellement, oui, forcément j'y pense mais pour celles qui n'ont plus de pilule, ou qui ..., j'y pense moins.

B : Et quelle est la demande des patientes pour le suivi gynéco ?

M12 : A part le renouvellement de la contraception, y a pas de demande.

B : Et ça a évolué ? Je ne sais pas depuis combien de temps vous êtes installé ...

M12 : Je suis installée depuis 5 ans, et ça n'a pas évolué.

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste en gynéco ?

M12 : Juste la prescription, et puis l'examen quand il y a besoin, en cas de problème aigu, notamment en cas de démangeaisons. Vérifier que ce soit pas un herpès, enfin bref, examiner en cas de problème aigu, en gros quand elles ont pas pu avoir accès à un gynéco rapidement. Mais non, ça n'a pas évolué.

B : Ok. Quelle démarche vous avez quand une patiente vient vous demander une contraception ? Par exemple une femme jeune, une première demande de contraception ?

M12 : Euh, je lui demande, ... Dans l'ordre, pas dans l'ordre... D'abord si elle fume, si il y a des antécédents particuliers dans la famille, notamment des phlébites, si il y a des antécédents néoplasiques particuliers. Je lui demande également dans quel but elle souhaite une contraception : pour un confort par rapport à des règles soit hémorragiques, soit douloureuses, soit une contraception à visée anticonceptionnelle, ce qui permet aussi d'orienter le message en sachant si elle a des relations, sur le message de prévention sur les MST. Et, qu'est-ce que je lui pose d'autre comme question... Après, des questions un petit peu plus d'ordre pratique sur le ... savoir si elle pense qu'elle sera assez rigoureuse sur la prise ? Si elle pense qu'une semaine d'arrêt, ce serait compliqué ? (il répond au téléphone) Donc en gros pour savoir si c'est une contraception continue ou pas.

B : Qu'est-ce que vous allez lui prescrire comme contraception en première intention ?

M12 : En première intention, Minidril !

B : Donc une pilule oestroprogestative...

M12 : ... de 2<sup>ème</sup> génération.

B : Est-ce que ça vous arrive de proposer un stérilet aux patientes ?

M12 : Oui. Régulièrement. C'est vrai que je propose rarement en première contraception. Euh, mais oui, c'est sûr que d'abord, ... alors, ça dépend parce que c'est vrai que celles qui fument, c'est quand même une contraception qui pose moins de problèmes par rapport à l'intoxication tabagique, même si je n'encourage jamais les gens à fumer, bien entendu ! Après, plus facilement, c'est clair que ça reste pour moi une contraception « à partir d'un certain âge ». Un peu en deuxième intention. Même si c'est stupide parce qu'il y a pas de problème d'oubli ou de quoi que ce soit ! Je leur indique quand même les personnes qui viennent pour ... Il faut que je me souviens des consultations mais... C'est vrai que souvent les premières contraceptions, les jeunes filles viennent pour demander la pilule. Et c'est vrai que j'ai pas toujours le réflexe de dire, il existe aussi ça, ça et ça. Oui, je le dis pas de façon systématique, il y a certainement des personnes à qui je l'ai précisé, mais c'est vrai que dans mon souvenir, celles à qui j'en ai parlé, si mes souvenirs sont exactes, on sent qu'il y a quand même une réticence face au stérilet en première intention.

B : Quelles sont ces réticences, y compris en dehors de la première intention ?

M12 : En dehors de la première intention, risque d'inefficacité : « Moi, je connais Untel, elle avait un stérilet et elle est tombée enceinte », principalement.

B : Qu'est-ce qu'elles ont comme opinion sur le stérilet ? Elles sont plutôt d'accord ou pas d'accord ?

M12 : Je dirais qu'elles sont plutôt d'accord. Après, comme c'est pas moi qui le pose, c'est difficile de vérifier si l'impression que je peux avoir est la bonne ou pas.

B : Et quand elles vous demandent votre avis sur le stérilet, vous leur dites quoi ?

M12 : Alors, d'abord, je leur dis que c'est un très bon moyen de contraception. (rires) Que c'est aussi efficace dans la pratique courante qu'une pilule parce que les aléas de prise qui sont toujours présents pour la pilule font que c'est toujours moins efficace en pratique qu'en théorie. Alors que le stérilet, si on le perd, en général, on s'en rend compte. Et puis voilà, et le côté moins contraignant avec l'absence de prise régulière, c'est quand même quelque chose qui me semble être un avantage aussi.

B : Don en termes d'efficacité ?

M12 : Oui oui, je trouve que c'est bien. J'ai ma petite bible de la contraception de Martin Winckler. Et donc dedans, ils font l'éloge du stérilet un petit peu, et en gros tout ce que je viens de vous dire, c'est là-dedans que je l'ai lu.

B : Quand une femme vous demande si vous pouvez lui poser un stérilet, qu'est-ce que vous lui dites ?

M12 : Euh, je lui dis que c'est pas possible.

B : Parce que ?

M12 : Parce que j'en ai posé un il y a 12 ans maintenant, ça fait un peu loin, et même si en théorie je connais le geste, je me sentirai pas à l'aise pour le faire.

B : Dans quel cadre vous aviez posé un stérilet ?

M12 : J'avais fait un stage en ... Dans mon trinôme chez le prat', j'avais eu 2 mois en PMI. En fait, j'avais fait mon trinôme chez le prat' en Martinique et comme il y avait pas assez de terrains de stage, dans certains trinômes, ils incluaient 2 mois en PMI. Et j'ai trouvé ça vachement intéressant. Et donc, du coup, c'est dans ce cadre-là que j'ai pu poser un stérilet.

B : Au niveau de la technique de pose, de quoi vous vous souvenez ? Au niveau de la difficulté ? De la faisabilité ? Du temps ?

M12 : Je me souviens que j'ai lu des choses qui étaient pas forcément ce qui était appris à la faculté, comme par exemple qu'on était pas obligé de pincer le col et de tirer, dans Prescrire je crois. Parce que je me souviens avoir utilisé une pince et que ça avait pas été franchement agréable. Ça a pas été le moment le plus ... Enfin, ça a été un moment un peu pénible de l'examen, enfin du geste. De quoi je me souviens d'autre...

B : AU niveau de la difficulté ?

M12 : Ça m'avait pas semblé particulièrement difficile.

B : Au niveau du temps ?

M12 : Bah la personne à qui je l'avais posé, il y avait pas particulièrement de problème. C'était pas une activité libérale non plus et j'imagine qu'en fonction des morphotypes, ça doit être plus ou moins compliqué, mais là, ça m'avait pas paru difficile, ni long.

B : Qu'est-ce qui vous semblerait nécessaire comme matériel nécessaire pour poser un stérilet ?

M12 : Alors, une table avec des étriers, ça j'ai déjà. Une bonne lampe, des pinces adéquates, notamment pour désinfecter le col. Euh, il me semble que l'hystéromètre, il y en avait un inclus dans le kit, j'imagine que c'est le cas avec tous les stérilets, et puis c'est à peu près tout. Bon, et puis les ciseaux pour couper les fils à la fin. Ouais, je pense que c'est à peu près tout.

B : Qu'est-ce que vous pensez des obligations légales vis-à-vis de la pose du stérilet ?

M12 : Les obligations légales ? ... Euh, j'imagine qu'il faut que mon assurance soit prévenue. Et après, c'est comme tous les gestes, il faut pouvoir justifier d'une formation suffisante mais alors... euh, est-ce que c'est une obligation légale, c'est plus déontologique. En même temps, en cas de problème, c'est ... on arrive rapidement sur le terrain législatif, en tout cas sur le terrain juridique. En tout cas, à l'heure actuelle, j'aurais des difficultés à justifier d'une expérience suffisante de ce côté-là, pour mon cas personnel. Après, en obligations, bah je

pense qu'il faut pouvoir justifier, euh, d'une formation et d'une expérience suffisante qui est difficile à fixer à l'avance... mais peut être que chacun à son idée de ce qu'est une expérience suffisante en termes de rythme de pose. Mais, un tous les 12 ans, ça me semble clairement insuffisant. (Rires)

B : Est-ce que vous faites d'autres gestes en pratique courante?

M12 : En pratique courante... Oui, je fais, alors là, c'est pareil, j'en fait pas souvent, là, pour le coup, je me sens quand même à l'aise, c'est pour la pose d'implants, de Nexplanon, même si je sais que je suis pas assuré pour.

B : Parce que ?

M12 : Parce que mon contrat d'assurance, si je ne dis pas de bêtises, il est spécifié que je n'ai pas le droit de ... (il cherche son contrat d'assurance dans son placard).

B : Il y a une clause d'exclusion ?

M12 : Je sais pas si c'est une clause d'exclusion. En fait, c'est parce que je m'en suis jamais complètement occupé. Et ... En tout cas, j'ai vu que c'était pas couvert.

B : Et vous le faites couramment la pose d'implant ?

M12 : Non, occasionnellement.

B : Et vous les retirez les implants ?

M12 : Oui. Il est rare que j'en ai retiré mais j'avais plus de facilités quand c'est moi qui l'avais posé ! Parce qu'il avait été mis moins profondément ! (il feuillette son contrat d'assurance et trouve la clause concernant l'implant) Je sais que j'avais regardé récemment, ah voilà !

« Toujours exclu : pose d'implant contraceptif », toujours exclu par le présent contrat. Donc il suffirait peut être que je les appelle pour qu'ils ne l'excluent pas et si ça tombe, ça ne changerait rien aux cotisations.

B : Et là, ils n'évoquent pas le stérilet ?

M12 : Non, enfin, c'est même curieux de spécifier l'implant. C'est un geste médical, presque comme un autre. Ça me paraît curieux, de toute façon, je fais confiance aux statisticiens des assureurs ... Si ils l'ont mis là, c'est qu'ils avaient une bonne raison !

B : Que vous demande votre assurance concernant les gestes que vous réalisez ?

M12 : Rien de particulier, à part celui-là, parce qu'il est écrit noir sur blanc donc ... J'ai eu l'occasion de le lire... Le reste non !

B : Est-ce que vous connaissez la cotation du geste de pose de stérilet ?

M12 : Pas du tout, mais (il cherche la plaquette mémorielle des cotations) j'ai mon petit mémo qui m'aide. Alors ... JKLD001, 38 euros 40.

B : Et qu'est-ce que vous en pensez ?

M12 : Oh, ça me paraît correct.

B : Et vous cotez les actes que vous réalisez en plus du C ?

M12 : J'essaie, j'essaie, je suis sans doute pas très bon mais j'essaie de le faire. J'aspire à le faire mais c'est pas facile. Parce que l'autre jour, j'ai vu quelqu'un en urgence, euh, pour qui j'ai fait appel au SAMU parce qu'il y avait une douleur thoracique suspecte, j'ai coté CU, euh CM, ils me l'ont renvoyé en disant « acte incompatible ». Bon... (Rires) En fait, ce qui me gêne, c'est qu'on ne peut pas faire de feuilles de soins électroniques pour tout. Si je ne me trompe, la visite longue et complexe au domicile d'un patient atteint de maladie neurologique dégénérative : VL, ça marche pas, on a pas VL sur le petit lecteur.

B : D'accord, il n'y a que les actes standards : V, VMD, C, ...

M12 : Oui, voilà et même la consultation de sortie d'hospit', elle y est même pas ! Donc il faut faire des feuilles papiers, pour moi, c'est un rédhibitoire dans ces cas-là. Mais dans l'ensemble, j'essaie de coter...

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M12 : Bah, je trouve ça très bien ! Je pense que l'argument selon lequel il faut un échographe notamment, après il y a des généralistes qui posent des stérilets et qui ont un échographe, mais euh, je pense qu'il y a beaucoup de dames qui pensent qu'il faut avoir une échographie à la suite pour vérifier le bon positionnement du stérilet, et ça participe sûrement au fait qu'elles se disent que le généraliste peut pas le faire. Après, je pense que c'est clairement une aberration, que ... Moi, je pense que c'est un geste qui peut rendre service.

B : Ok. Qu'est-ce que vous pensez de l'accès au gynéco spécialiste dans le secteur ici?

M12 : Je trouve que dans le secteur ça va. Enfin, je trouve que c'est relativement facile. J'ai



l'impression qu'il y a pas trop de difficultés à se trouver un gynéco. En tout cas, j'ai personne... Alors c'est vrai que depuis que j'ai commencé, il y a seulement 5 ans, il y a déjà 2 gynécos qui ont arrêté leur activité. Alors c'est vrai que je ne traque pas non plus les dames pour leur suivi gynéco. De temps en temps, j'y pense, mais peut être qu'il faudrait que je fasse un mémo quelque part parce effectivement, il y en a une paire qui ont pas de gynéco actuellement. Elles ne sont plus suivies et pour qui je n'ai pas cette notion de cette absence de suivi. C'est quand j'ai ma rémunération sur objectif à la fin de l'année que je me rends compte que la moitié a pas fait de frottis. C'est à peu près le seul moment où j'ai la notion de cette absence de suivi. Peut-être qu'au fur et à mesure, ça va revenir, à force qu'on me répète que les patientes n'ont pas de frottis.

B : Et selon vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose des stérilets par les généralistes ?

M12 : Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Ha... Il faudrait changer les mentalités. (Soupir) Je pense que ça tient beaucoup au fait que pour le suivi gynéco, on va voir le gynécologue. C'est pas que la pose du stérilet, c'est un peu le suivi dans son ensemble. Bah peut être qu'il faudrait qu'il y ait encore moins de gynéco, tout simplement ! Je pense qu'on est en bonne voie ! Quand ils pourront plus faire que les actes spécialisés, ou quand ils auront l'honnêteté de dire : « Ça, ça ne relève pas d'un examen spécialisé ». Bon, enfin, c'est difficile de dire aussi ce qui est de l'ordre de tel ou tel praticien. Entre, c'est mon gagne-pain et ça relève vraiment d'une compétence particulière... Donc qu'est-ce qui faudrait faire ? Informer les gens sur le fait que les médecins généralistes peuvent le faire, je pense que c'est le rôle de chaque médecin de le faire et puis au fur et à mesure, ça finit par se savoir. Alors, j'ai pas essayé, j'avais reçu des affiches de l'INPES sur le dépistage du frottis. Je m'étais dit qu'avec ma collègue qui exerce à côté, je voulais me concerter avec elle pour voir si elle le faisait aussi, si elle pouvait le proposer avant de mettre l'affiche en salle d'attente. Et puis l'occasion s'est pas présentée, et puis après, j'ai plus pensé mais je pense que c'est toujours dans ma pile (il cherche ladite affiche, rires). Donc l'affiche n'est pas loin.

B : Parce que vous, vous pensez que vous les feriez les frottis, ou vous les adresseriez à votre collègue ?

M12 : Non, je pourrais les faire. Mais comme on a une salle d'attente commune, avant de la mettre dans la salle d'attente, une affiche sur laquelle il est noté : « Votre médecin peut faire ce truc-là ». Si les gens prennent rendez-vous et puis qu'en arrivant, ma collègue leur dit « Non, je le fais pas », ça peut être un peu embêtant donc je voulais m'en assurer avant.

### **Entretien 13 :**

B : La première question : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M13 : Alors, euh, c'est vrai que généralement, on les suit assez peu, parce que c'est vrai qu'elles préfèrent avoir plus affaire à leur gynéco pour le suivi du stérilet.

B : Et pour le suivi en général ?

M13 : Alors, ça, ça va, on a un suivi quand même assez régulier. Les frottis, on a du mal à les faire quand même au cabinet, parce que c'est souvent le manque de temps, surtout pour nous, le manque de temps ... Donc on les fait faire, soit chez les gynéco quand ils ont le temps de le faire, soit les envoie directement au labo, ou au centre hospitalier.

B : Qu'est-ce que vous pensez de la place du généraliste dans le suivi gynéco ?

M13 : Il a sa place, oui oui oui. Bon, il y aurait peut-être un manque de formation aussi, il faudrait passer dans les stages de gynéco pour cerner tous les problèmes parce que souvent, on est assez perdus, j'avoue. (Rires)

B : Quelle est la demande des patientes justement au niveau du suivi gynéco ?

M13 : Alors, on est justement obligés de les remotiver un petit peu, parce que sinon ça part dans la nature, on se retrouve à leur rappeler, par exemple les prises de sang quand elles sont sous pilule, les frottis tous les 2 ans, ça on est obligés de leur rappeler, parce que sinon, ça passe aux oubliettes. Comme les mammo d'ailleurs ! Donc on est là pour leur faire un rappel à l'ordre.

B : Et est-ce que ça a évolué ? Plus ou moins de demandes ?

M13 : C'est pareil.

B : Et au niveau de l'accès aux gynécologues spécialistes, c'est comment ?

M13 : C'est de plus en plus dur parce que c'est vrai que les gynécos sont de plus en plus rares aussi, et c'est vrai que au niveau des délais de rendez-vous, c'est assez long aussi. Donc quand ils sont décidés à prendre un rendez-vous, et qu'il y a 3 ou 4 mois d'attente, ou plus, donc ils reviennent un peu vers le généraliste qui se débrouille comme il peut.

B : Est-ce qu'il y a des patientes que vous suivez de façon globale, dont vous faites tout le suivi gynéco ?

M13 : Non non, en général, on dispatche un peu, on les incite à le faire.

B : Vous faites des gestes en gynéco ?

M13 : En gynéco ? Je fais l'examen mammaire. Les frottis, je les fais rarement... Si j'en fais un par mois, c'est beau, donc c'est pas assez. Et puis l'examen gynécologique en général dans les situations d'urgence surtout.

B : Quand une patiente vient, par exemple pour une première contraception, quelle va être votre démarche ? Qu'est-ce que vous allez lui demander ?

M13 : Surtout les antécédents familiaux, ses antécédents personnels. Savoir si elle fume, et puis si elle a pas déjà fait une prise de sang, savoir si elle a pas des problèmes de triglycérides, de cholestérol, de diabète, ...

B : Et qu'est-ce que vous lui prescrivez en première intention ?

M13 : En première intention, Leeloo et Optimizette de temps en temps.

B : Donc un oestroprogestatif de deuxième génération...

M13 : ... Ou un microprogestatif si il y a des contre-indications ou des antécédents, ou en fonction de ça.

B : Et qu'est-ce que vous préférez prescrire comme contraception ?

M13 : Moi, j'aime bien Leeloo. C'est bien, on a peu d'effets indésirables chez les jeunes filles.

B : Quelle est la réaction de vos patientes quand vous évoquez la possibilité qu'elles aient recours à un stérilet ?

M13 : J'ai eu le coup justement tout à l'heure, elle m'a dit : Je veux pas ! Surtout pas ! Il a fallu lui expliquer...

B : Qu'est-ce qu'elles vous disent ?

M13 : Surtout l'idée du corps étranger. Et puis, la manœuvre en elle-même. Elles se disent que c'est douloureux, de poser un stérilet. J'ai eu le coup il y a une demi-heure ! Et puis c'était une nullipare, donc c'est un petit peu plus délicat. Mais comme cette patiente fumait beaucoup, c'était prescrit, malheureusement pas un de mes confrères, la pilule. Je lui ai dit : « C'est pas le meilleur moyen, il vaudrait mieux un implant ou un stérilet ». Alors là, tout de suite : « Négatif ! » Alors je lui ai dit : « Arrêtez de fumer ! »

B : Et ensuite, quelle réaction vous avez quand une femme vous demande que vous lui posiez un stérilet ? Ça arrive ?

M13 : Alors, je les pose pas. Malheureusement, je les pose pas. Alors je l'adresse soit si elle a un gynéco habituel, bon, je lui dit d'aller voir ce gynéco. Sinon, au Centre Hospitalier, à l'hôpital d'Arras.

B : Qu'est-ce que vous pensez du recours à l'Hôpital ?

M13 : C'est facile, ça marche bien et elles sont contentes.

B : Qu'est-ce que vous avez comme expérience du stérilet ? En tant que poseur ? Dans le suivi ?

M13 : J'en ai posé quand j'étais étudiant, ça c'est vrai. J'en ai une dizaine. Et puis ici, au cabinet, j'ai pas eu, enfin, ... On pouvait se passer du contrôle, mais bon on aimait bien quand même avoir un petit coup d'échographe, voir si c'était bien posé, le stérilet, et bon ... Les mesures ... Et puis, j'ai pas de matériel. C'est surtout ça.

B : Qu'est-ce que vous pensez du stérilet au niveau efficacité ?

M13 : Je suis très favorable, je trouve que c'est un très bon moyen de contraception, on est tranquille !

B : Et au niveau de la technique de pose ?

M13 : C'est facile. Oh oui, je trouvais ça facile. Ceux que j'ai posé, ça me posait pas de

problème !

B : Pour vous, qu'est-ce qui est nécessaire comme matériel ?

M13 : Un hystéromètre, des spéculums, c'est certain, et puis c'est tout. Une pince pour attraper le col de l'utérus.

B : Au niveau des obligations légales qui encadrent le geste ?

M13 : Je pense pas qu'il y ait d'obligations ... Je pense que tout le monde peut le poser.

B : Est-ce que votre assurance vous demande des choses particulières par rapport aux gestes que vous pouvez faire ?

M13 : Non non, sur la partie de la chirurgie, de la petite chirurgie peut être.

B : Qu'est-ce que vous faites comme geste ?

M13 : Des ongles incarnés, des kystes, des exérèses de petits kystes sébacés, mais je fais pas de la haute chirurgie...

B : Qu'est-ce que vous demande votre assurance par rapport à ces gestes ?

M13 : Rien du tout.

B : Est-ce que le stérilet a été évoqué ?

M13 : Non, jamais.

B : Est-ce que vous connaissez la cotation du geste de pose de stérilet ?

M13 : Non, pas du tout. Et je coterai ça une consultation parce que j'ai la flemme d'aller regarder...

B : Et la cotation des autres actes ?

M13 : Je cote habituellement que la consultation. Je sais que je suis perdant, quand on a des corps étrangers à droite, à gauche, ou des trucs comme ça je sais que c'est bien coté, mais j'ai la flemme d'aller rechercher la cotation. Je fais C à tout le monde. (Rires)

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M13 : Je serai favorable à ça. Je vois pas d'inconvénients. Enfin, peut-être mieux contrôler par la suite. Parce que c'est vrai que si on avait un petit échographe, ce serait intéressant.

B : Pour vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose du stérilet ?

M13 : Ce serait pas mal de faire des petits stages. On pourrait faire un EPU là-dessus, pour bien ..., sur mannequin. Pour revoir si c'est possible, revoir les bonnes pratiques. Je pense que c'est pourrait être motivant.

#### **Entretien 14 :**

B : Ma première question, c'est : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

M14 : Qu'est-ce que je pense ... Euh ... Ca, c'est mon point de vue ... Donc, c'est très difficile, c'est difficile, dans la mesure où il y a une offre assez variée en ville. Gynéco med en ville, l'hôpital, les sages-femmes, il y a, je dirais, euh ... On a pas le contrôle de tout ça ! Y a pas le contrôle, euh. Il peut y avoir aussi, on peut penser qu'elles ont, par exemple, des frottis. Comme il y a pas de communication. Comme elles ont un accès direct, le gynéco est pas obligé de nous tenir au courant. Donc, on sait pas si... On le demande pas toujours ... Des fois, on peut penser qu'elles sont suivies parce qu'elles viennent pour un renouvellement. Il y a pas de demande dans ce domaine-là. Donc en fait, le suivi gynécologique, on accompagne, je dirais, bon ... C'est de l'accompagnement. Enfin, si, on voit les personnes quand il y a un problème d'infection intercurrente, un renouvellement de pilule ou un truc comme ça.

B : Est-ce que vous avez eu plus d'activité en gynéco ou ça a toujours été comme ça ?

M14 : J'ai peut-être, en frottis, 2 ou 3 personnes à qui je fais régulièrement un frottis. C'est toujours les mêmes. Nous, on rappelle aux gens, aux femmes qu'il faut faire les frottis, lors des renouvellements, on vérifie la tension, qu'elles ont eu un cholestérol, euh ... Et puis après, elles disent qu'elles sont suivies par un gynéco et puis c'est tout. On laisse courir. Si elles ont pas fait de frottis, on rappelle qu'elles peuvent le faire là, là et là. Mais si on se réfère à nos ROSP, je regarde le frottis du col, je suis pas dans les meilleurs, enfin, je dirais, globalement, que le taux est pas bon, pour tout le monde...

B : Comment a évolué la demande récemment ?

M14 : Ah il y a moins de demandes. Au début, je faisais quelques stérilets. Après, j'ai fait un peu d'implant aussi. Après, j'ai arrêté parce que, voilà, après pour le retirer, tout ça c'est toujours complexe. Et puis il faut du temps. Rien que le matériel, il faut le sortir. Je mets les étrières, tout ça. Et puis tout ça, c'est du temps consacré et puis ... Donc je fais encore 2 ou 3 frottis et puis c'est tout. Toujours aux mêmes personnes et ça fait pas 3 frottis par an ... C'est les mêmes femmes que je connais depuis très longtemps.

B : Donc les gestes que vous réalisez, il y a les frottis de temps en temps, quoi d'autre ?

M14 : Si ... bon j'ai le matériel. Si je dois poser un spéculum, si j'en pose 2 par an pour voir ... Après, toucher vaginal, (bruit de bouche), vu tous les problèmes qu'il peut y avoir, on est devenus craintifs, avec ce qui arrive à un collègue ... Moi, personnellement, j'ai un garçon qui fait médecine, je lui dis : « Faut pas faire gynécologie ». En palpation de seins, j'en fais pas de façon automatique, parce que comme j'ai pas d'examen dédié gynécologie, bon souvent, c'est une femme qui va se plaindre au niveau mammaire, elle va dire : « J'ai une douleur ou une boule ». Mais c'est peut-être 5 fois dans l'année, quand il y a une demande existante. Par exemple hier, j'ai eu le cas typique, c'est une femme que je suis depuis longtemps, dont je suis les enfants, qui maintenant sont grands et que je vois moins, elle a pas de soucis gynécologiques, mais elle se suit pas, il y a quelques personnes comme ça ... Elle a 40/42 ans, et puis dans son entourage, elle a eu des remontées de cancer du sein. Et puis depuis quelques semaines, elle sent un truc dans le sein. Elle est venue pour ça, pour être rassurée. Bon, je lui ai fait faire des examens. Donc c'est vraiment le type de choses que l'on fait. Elles veulent être rassurées mais si nous, on sait qu'on palpe pas tout à l'examen. Mais c'est une personne qui est pas suivie du tout, alors qu'elle a 40/42 ans. Donc je lui dis qu'il faut se faire suivre. Après, je vais la revoir avec les examens. Mais il est possible que si c'est normal, ça retombe sous le boisseau. Après, il y a pas d'autres examens ... Ah si par exemple, une personne qui vient pour un renouvellement de pilule, on va voir si elle a pas fait de prise de sang.

B : Quand une patiente vient pour une demande de contraception, par exemple une première contraception, qu'est-ce que vous lui demandez ?

M14 : Antécédents médicaux, si dans sa famille il y a pas eu des problèmes particuliers, au niveau vasculaire ou machin. Après, tension, bilan biologique, euh ... Je fais pas d'examen physique, je vais pas faire d'examen gynéco. Et puis après, je vais mettre en route ... En règle générale, c'est souvent c'est des étudiantes, parfois c'est la mère qui vient avec sa fille de 15/16 ans. Après c'est pas, enfin, courant courant, que la mère ramène sa fille. Bon souvent, elle a un suivi, elle par un spécialiste, donc plutôt tendance à amener sa fille chez le même gynéco. Donc ça, je le vois plus vraiment. J'en ai vu à une époque.

B : Qu'est-ce que vous leur prescrivez en première intention ?

M14 : Bah, je mets une mini pilule. Un générique du genre Daily Gé. Après, c'est vrai que je ne fais pas, disons, ... Bon, en fait souvent, c'est une demande de pilule. Donc elles viennent pas pour autre chose, pour un autre système, donc je propose pas les trucs alternatifs.

B : Est-ce que ça vous arrive de proposer des stérilets à des patientes ?

M13 : Je peux leur dire parfois, dans certains contextes, elles viennent d'accoucher, euh, des fois elles me posent la question, je leur dis que le stérilet ça peut être pas mal, surtout si elles ont eu des problèmes d'hormones. Mais, ça se limite à ça. J'en prescris pas de stérilets.

B : Quand vous en parlez, quelles sont les réactions des femmes ?

M14 : Il y a jamais de ... Enfin, il y a des gens qui voudront pas, comme ça ... Après, il y a toujours la peur de la grossesse sous stérilet. Mais sinon, il y a pas de ... Enfin, oui, je crois que ça nécessite quand même un suivi plus régulier au niveau gynécologique pour vérifier, et puis après, il faut le changer ... Mais euh, il y a pas d'oppositions franches idéologiques.

B : Et est-ce que c'est déjà arrivé qu'une femme vous demande de lui poser un stérilet ?

M14 : Pas depuis de nombreuses années.

B : Et que feriez-vous ?

M14 : Ah bah, je l'oriente vers un spécialiste, je le pose pas.

B : Donc vous vous disiez que vous aviez déjà posé des stérilets, en médecine libérale ?

M14 : Oui, au départ, en médecine libérale.

B : Il y a combien de temps ?

M14 : Oh, c'était il y a 20 ans.

B : Et qu'est-ce qui a fait que vous en avez plus posé ?

M13 : D'une part parce qu'il y a une demande qui est quand même faible. Euh, ça nécessite quand même, enfin, ... Il y a quand même des responsabilités. Il y a plus de responsabilités si on fait un truc. Comme on en fait pas beaucoup, c'est quand même : « Moins on fait de choses, moins on est compétents », du coup. Et puis il faut avoir le matériel. Il faut quand même une demi-heure,  $\frac{3}{4}$  d'heure pour essayer d'entourer tout ça. Et puis c'est pas payé, quoi !

B : Vous connaissez la cotation du stérilet ?

M14 : Comme j'en ai pas fait depuis longtemps, j'ai pas revérifié. Mais à l'époque, on pouvait pas le coter. Enfin, c'était : ou on cotait la consultation, ou on cotait la pose. Mais c'est encore comme ça maintenant ... Et même le frottis, je le fais pour les 3 femmes que j'ai, mais c'est pas pour les 6 euros. On est avec de matériel jetable ...

B : Qu'est-ce que vous en pensez, vous, du stérilet au niveau de l'efficacité ?

M14 : Bon, il y a toujours l'histoire de la grossesse sous stérilet. On a eu quand même des exemples. Après, c'est pratique, quand même, si il y a pas de problème d'infection, si il y a pas de problème de grossesse, tout ça.

B : Pour vous, c'est fréquent la grossesse sous stérilet ?

M14 : J'ai un ou deux c'est tout, enfin ... Après, je connais pas des statistiques exactes mais je crois que c'est surtout ça qui ... Enfin c'est un des trucs qui encouragent pas les personnes, qui fait qu'elles ont un peu peur de ça.

B : Au niveau de la technique de pose, vous en pensez quoi ?

M14 : Pour moi, c'était pas difficile, si on a vraiment un entrainement. Et puis si on dé-stresse la personne ... Non, c'est pas ... Je me dis, ça se fait par des professionnels non médecins dans des pays comme l'Inde ou en Afrique. Enfin, tout est une question de répétition du geste. Comme on en fait peu au sein d'une clientèle de médecine générale, en tout cas homme, parce qu'il y a aussi un autre aspect, c'est que les femmes préfèrent quand même être suivies par une femme. Donc moi, j'aurais jamais, disons, un nombre de personnes suffisant pour avoir une expérience suffisante. Et puis, on est quand même dans une ville où il y avait quand même jusque 4 ou 5 gynécologues médicales. Donc c'est la gynécologie qui est trustée.

B : Et qu'est-ce que vous pensez de l'accès au gynéco ?

M14 : Bah, ça se réduit. Mais les femmes le font pas trop ressentir finalement parce que je pense que ça se redirige vers l'hôpital. Et puis il doit y avoir 2 sages-femmes installées. Et puis il y a quand même les femmes généralistes.

B : Qu'est-ce qui vous semble nécessaire comme équipement pour poser un stérilet ?

M14 : Une table électrique pour faire monter, des étrières, du matériel stérile et puis la lampe. Des champs, pour faire propre. J'ai tout ça ! Je peux faire un examen gynéco.

B : Est-ce que vous avez des notions sur les obligations légales liées au geste ?

M14 : Pas du tout.

B : Est-ce que votre assurance vous pose des questions sur les gestes que vous faites ?

M14 : Non, pas du tout.

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait les généralistes posent des stérilets ?

M14 : Je pense que ça fait partie des possibilités, du champ du généraliste. Après c'est une question d'organisation. Dans un mode d'exercice comme le mien, c'est difficile, il faut le reconnaître. Dans une organisation un peu collective, c'est envisageable. Après, c'est purement une histoire d'organisation en ambulatoire.

B : Et qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose d'après vous ?

M14 : Non, pour moi, c'est qu'un problème d'organisation. Le geste, disons le bon prix, motiver les médecins. Euh, pour moi, c'est uniquement ces facteurs-là, c'est pas un problème de compétences. Comme d'autres gestes qui pourraient être faits si il y avait, disons, une organisation des soins qui serait différente. On le fait dans d'autres pays, non mais c'est vrai. Moi, je suis pour les maisons médicales, et cætera. Dans un cadre comme ça, il y a plein de choses de possible. Au sein d'un établissement, il y a des collègues qui

peuvent être plus, ... enfin, il faut pas qu'il y ait des spécialisations parmi les généralistes. Mais un qui dirait, toi, tu sais bien faire un truc, tu le fais. Ca, ça fait partie, en plus de la diversification, de l'activité du généraliste. Mais c'est uniquement un problème comme ça.

### **Entretien 15 :**

B : Ma première question : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

M15 : Un rôle important mais on a quand même peut être quelques difficultés, alors peut-être plus comme médecin homme. C'est un peu plus compliqué, je pense peut-être, pour un homme que pour une femme. Mais bon, on est toujours en première ligne, comme tout le temps ... C'est vrai que les gynécos sont de plus en plus rares aussi.

B : Vous le ressentez dans le secteur ?

M15 : Ah oui oui, on le ressent, parce qu'il y en a qui arrêtent, y en a qui changent de région. Ils prennent pas forcément de nouveaux patients pour la plupart. Donc c'est vrai qu'on a un rôle qui est assez large, assez important, à la fois dans le dépistage et puis la prise en charge thérapeutique. Mais bon, pour ma part, je pense qu'on a quand même un petit déficit en formation parce qu'on a pas forcément assez d'expérience, je trouve.

B : Liée à la formation initiale ?

M15 : A la formation initiale mais après aussi, mais c'est pas forcément évident, je trouve.

B : Quelle est la demande des patientes au niveau de la gynéco ?

M15 : Bah justement, c'est aussi un peu le souci en médecine générale. C'est que j'ai l'impression que pour la partie gynéco, je vais pas dire que le médecin traitant, il est pas sollicité mais c'est compliqué aussi. Les dames qu'on voit, pas quotidiennement, très régulièrement en consultation, parfois il y en a qu'on connaît plus ou moins, et ... pour certaines questions, notamment intimes, c'est un peu compliqué parfois. Des gens qu'on connaît bien, surtout dans des villages comme ici, des gens qu'on voit régulièrement à l'école, ... C'est vrai que pour les problèmes gynéco, elles préfèrent en général aussi avoir affaire à leur gynéco homme ou femme. Mais c'est vrai que nous, les médecins généralistes, on a une position un peu délicate aussi ! Quand même ! On prend en charge toutes les pathologies X, Y ou Z, mais quand c'est gynéco, c'est un peu plus compliqué quand même.

B : Est-ce qu'il y a des patientes que vous suivez en gynéco ?

M15 : En gynéco, c'est essentiellement pour des suivis, donc euh renouvellement de contraceptifs, ... Frottis, non, j'en fais très peu. J'ai ce qu'il faut, mais par un manque de formation je pense, parce que moi, j'ai fait très peu de gynéco en tant qu'étudiant. Donc, c'est vrai que après on a chacun aussi ses spécialités, entre guillemets, préférées et où on est plus ou moins à l'aise. Moi, j'avoue que c'est pas ma discipline de prédilection, de par ma formation. Donc des frottis j'en fais peu. C'est essentiellement des renouvellements de traitement contraceptif. La pathologie basique, et puis éventuellement des suivis de cancéro ou des choses comme ça. Après, c'est vrai que j'aimerais bien en faire un peu plus mais c'est ce qu'on disait aussi tout à l'heure, je pense aussi qu'il y a un petit blocage, du fait que les gens, ils me voient régulièrement, et pour les questions intimes, les dames, je pense que ce point de vue-là, c'est embêtant pour elles.

B : Qu'est-ce que vous réalisez comme gestes ?

M15 : L'examen gynéco, le suivi de grossesse, un petit peu. Mais bon c'est pareil, en général, maintenant, comme ils sont faits essentiellement en hospitalier, tout est fait de A à Z. Mais on peut être amenés à les voir, donc c'est examen gynéco de base quoi. Le toucher vaginal essentiellement, la palpation abdominale. Après, l'examen au spéculum et tout ça, je le fais quasiment jamais.

B : Quand une patiente vient vous voir pour une contraception, une première demande par exemple, qu'est-ce que vous allez avoir comme démarche ?

M12 : Une démarche, je pense, assez logique. Les antécédents bien sûr, pour savoir si il y a des problèmes médicaux, des problèmes familiaux, si il y a un bilan lipidique qui a été fait ou pas, si il y a des facteurs de risque, si il y a des antécédents de phlébo-thrombose. Bien sûr,

prendre la tension, taille et poids. Les habitudes de vie et puis lancer le bilan. Si c'est pas fait, je le fais facilement le bilan lipidique en première intention. J'introduis la contraception, et je leur demande de faire le bilan après. Bien sûr un peu de prévention aussi, il y a souvent un peu de tabagisme, plus ou moins avoué, mais il faut aussi le prendre en compte. Donc un peu de prévention quand même !

B : Et qu'est-ce que vous allez lui prescrire comme contraception en première intention ?

M15 : Je suis assez facilement sur des minidosées : Minidril, Leeloo, ... Eventuellement du Trinordiol. C'est les habitudes que j'ai, après, tout dépend...

B : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de proposer un stérilet à une patiente ?

M15 : Oui, alors, chez des dames plus âgées, qui ont déjà eu des enfants et qui n'ont pas forcément de désir de grossesse et qui continuent leur contraceptif à « un certain âge ». Je pense que la discussion se fait. Alors, le proposer, oui, mais moi, je le pose pas le stérilet.

B : Quand vous le proposez, elle disent quoi ?

M15 : Elles sont pas forcément contre. Bien souvent, « c'est oui oui mais j'ai déjà essayé et je suis sous contraceptif oral parce que le stérilet, je le supporte pas ». Donc euh, en général, si elles sont suivies par le gynéco, ça a déjà été évoqué quand même. Bon, bien souvent, c'est vrai que la réponse, c'est oui, mais je le supporte pas. Parfois, ça arrive quand même qu'il y ait une habitude, qu'elles soient sous contraceptif oral et que la routine fait que. Bon c'est vrai que je trouve qu'à un certain âge, je pense que ça peut être bien d'arrêter la contraception orale et de passer sur un stérilet si il y a pas forcément de désir de grossesse dans l'immédiat.

B : Est-ce que c'est déjà arrivé qu'une femme vous demande de lui poser un stérilet ?

M15 : Non c'est vrai qu'au niveau gynéco, c'est pas forcément mon domaine de prédilection, j'ai jamais eu de demande. Donc elles sont plus axées sur la pose par un gynéco de ville ou en hospitalier.

B : Est-ce que vous avez déjà posé des stérilets ?

M15 : Non, jamais. Mon stage de gynéco était pas formateur du tout, c'était un stage estival où il y avait pas mal d'élèves sages-femmes, des internes et donc, j'étais externe à l'époque, je passais un peu après tout le monde. L'occasion ne s'est pas présentée. Il n'y avait pas non plus beaucoup d'accès aux consultations. Avec le recul, je regrette un petit peu, parce que c'est vrai qu'au niveau gynéco j'aurais bien aimé faire un peu plus de gestes.

B : Qu'est-ce que vous pensez du stérilet au niveau efficacité ?

M15 : C'est bien, de ce que j'ai comme recul, hormis vraiment si c'est très mal toléré. Au niveau efficacité, c'est bien. Et puis, je pense, enfin c'est mon point de vue masculin, je trouve que c'est un confort aussi, parce qu'on a pas le souci des prises du contraceptif oral ... Globalement, ça se passe bien.

B : Est-ce que vous connaissez la technique de pose ? Est-ce que ça vous semble difficile ?

M15 : Oui. Je vois. Ça me semble pas compliqué, avec de l'expérience, ça doit être faisable. Le tout, c'est d'avoir la formation. Mais je pense que ça doit pas être très très compliqué techniquement.

B : Pour vous, quel équipement semble nécessaire pour poser un stérilet ?

M15 : Bonne question ! Il faut avoir le matériel gynéco de base. Bien sûr les gants, spéculums, euh. Je pense la lampe bien adaptée parce que parfois la lumière du cabinet c'est peut-être pas suffisant. J'avoue que n'ayant pas l'expérience de la pose...

B : Est-ce que vous avez des idées sur les obligations légales liées à la pose du stérilet ?

M15 : L'information de la patiente, je suppose sur les complications potentielles, les effets indésirables, la mauvaise tolérance et les signes cliniques qui doivent l'amener à consulter si vraiment il y avait un problème secondaire.

B : Est-ce que vous faites des autres gestes ? Même hors gynéco ?

M15 : Je fais des sutures vraiment de temps en temps. Un petit peu de pansements. Mais notre activité fait que quand on a une consultation qui est blindée et qu'il faut suturer, c'est un peu difficile. Donc, surtout chez les enfants, j'ai tendance à passer la main.

B : Que vous demande votre assurance au sujet des gestes que vous réalisez ?

M15 : Rien du tout.

B : Elle ne vous a jamais rien demandé ?

M15 : Non.

B : Elle ne vous a pas parlé du stérilet ?

M15 : Non plus.

B : Est-ce que vous connaissez la cotation du geste de pose de stérilet ?

M15 : Non, comme je le pose pas, j'avoue que la cotation je m'y suis pas trop intéressée.

B : Qu'est-ce que vous pensez du fait que les généralistes posent des stérilets ?

M15 : Bah je pense que c'est une bonne chose. Euh. Ça fait partie des gestes qu'on devrait savoir faire plus, plus souvent et c'est une bonne chose que le généraliste le fasse. Je vais pas dire que c'est pas le rôle du gynéco, bien au contraire. Mais je pense que le généraliste devrait peut-être le faire. Après, c'est pas forcément facile. Les patientes préfèrent peut-être que ce soit fait par le gynéco, c'est le même problème que ce qu'on disait au début de l'entretien.

B : Et enfin, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour favoriser la pose du stérilet par le généraliste ?

M15 : Bah euh, c'est peut-être aussi à nous de nous former un peu plus. Ça, c'est évident. C'est facile à dire qu'on a pas la formation, je suis le premier à le dire mais si on fait pas l'effort de la faire. (rires) Donc, je pense que oui, c'est un problème de formation peut-être. On devrait avoir peut-être un peu plus de pratique, euh. Après, peut-être aussi favoriser l'information des patientes et leur dire que c'est pas forcément un geste de spécialiste et que ça peut être fait en cabinet libéral chez le généraliste. Je pense qu'avant tout, c'est de la formation. C'est à nous de nous former et de nous impliquer un peu plus. C'est pareil, c'est geste qui rend quand même un peu de temps. Quand on a une grosse activité, c'est pas évident de prendre du temps pour ... Alors si c'est pour en poser un de temps en temps, oui, mais c'est pas non plus en poser 1 ou 2 par jour. Sinon, ça décalera la consultation, je pense. C'est des choses à programmer, on peut pas faire ça entre 2 patients. Ça nécessite des aménagements, éventuellement réserver des plages de consultations.



**AUTEUR : Nom : Guidi Rontani**

**Prénom : Blandine**

**Date de Soutenance : 13 octobre 2016**

**Titre de la Thèse : Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? Etude qualitative dans l'Arrageois.**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Médecine générale - Gynécologie**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Dispositif intra-utérin – Contraception - Facteurs limitants – Médecine générale – Région Nord-Pas-de-Calais**

### **Résumé :**

**Contexte** : Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace et bien toléré. Il est cependant peu utilisé, en particulier chez les femmes dont le suivi gynécologique est assuré par le médecin généraliste. Le Nord-Pas-de-Calais est un bassin de population jeune et fertile. Le nombre des gynécologues diminuant, la prise en main de ce domaine et la pose du stérilet par les généralistes pourraient améliorer la prise en charge contraceptive des femmes.

**Méthode** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de mars 2015 à février 2016 auprès de médecins généralistes installés dans la zone de proximité arrageoise.

**Résultats** : Parmi les 15 médecins interrogés, beaucoup appréciaient le DIU pour son efficacité, sa tolérance et son observance mais seulement un le posait. Les freins principaux retrouvés étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle. Le geste semblait inadapté à la pratique libérale car trop long. Enfin, d'après les généralistes, les patientes étaient réticentes au choix du DIU par crainte de ses effets indésirables. Elles étaient également défavorables à la pose par le généraliste, considéré comme peu compétent dans ce domaine, trop proche affectivement ou du fait de son genre masculin. Les solutions proposées pour augmenter le nombre de pose étaient principalement axées sur les formations : initiale et continue, la planification de consultations dédiées et l'exposition de ce rôle possible du généraliste aux médecins auprès des femmes. La féminisation de la profession et l'organisation en cabinet groupé pourraient aussi encourager les poses du DIU dans l'objectif d'une meilleure adaptation de la contraception et une plus grande satisfaction des femmes.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre Collinet**

**Assesseurs : Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard, Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre, Madame le Docteur Anne-Marie Régnier**



**AUTEUR : Nom : Guidi Rontani**

**Prénom : Blandine**

**Date de Soutenance : 13 octobre 2016**

**Titre de la Thèse : Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? Etude qualitative dans l'Arrageois.**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Médecine générale - Gynécologie**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Dispositif intra-utérin – Contraception - Facteurs limitants - Médecine générale – Région Nord-Pas-de-Calais**

**Résumé :**

**Contexte :** Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace et bien toléré. Il est cependant peu utilisé, en particulier chez les femmes dont le suivi gynécologique est assuré par le médecin généraliste. Le Nord-Pas-de-Calais est un bassin de population jeune et fertile. Le nombre des gynécologues diminuant, la prise en main de ce domaine et la pose du stérilet par les généralistes pourraient améliorer la prise en charge contraceptive des femmes.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de mars 2015 à février 2016 auprès de médecins généralistes installés dans la zone de proximité arrageoise.

**Résultats :** Parmi les 15 médecins interrogés, beaucoup appréciaient le DIU pour son efficacité, sa tolérance et son observance mais seulement un le posait. Les freins principaux retrouvés étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle. Le geste semblait inadapté à la pratique libérale car trop long. Enfin, d'après les généralistes, les patientes étaient réticentes au choix du DIU par crainte de ses effets-indésirables. Elles étaient également défavorables à la pose par le généraliste, considéré comme peu compétent dans ce domaine, trop proche affectivement ou du fait de son genre masculin. Les solutions proposées pour augmenter le nombre de pose étaient principalement axées sur les formations : initiale et continue, la planification de consultations dédiées et l'exposition de ce rôle possible du généraliste auprès des femmes. La féminisation de la profession et l'organisation en cabinet groupé pourraient aussi encourager les poses du DIU dans l'objectif d'une meilleure adaptation de la contraception et une plus grande satisfaction des femmes.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre Collinet**

**Assesseurs : Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard, Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre, Madame le Docteur Anne-Marie Régnier**