

Année 2018



N° 2018 - 140

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE**  
Par  
**Céline CLAISSE**

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2018

**Habitudes des médecins généralistes picards en**  
**matière de contraception depuis l'autorisation du**  
**DIU chez les nullipares**

**PRESIDENT DU JURY**

Monsieur le Professeur SERGENT Fabrice

**MEMBRES DU JURY**

Monsieur le Professeur COPIN Henri  
Madame le Professeur DESAILLOUD Rachel  
Madame le Docteur CABRY GOUBET Rosalie

**DIRECTEUR DE THESE**

Monsieur le Docteur VAN AUDENHAEGUE Stéphan



## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Gynécologie obstétrique)

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Henri COPIN  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Histologie-Embryologie-Cytogénétique  
Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique et CECOS de Picardie  
Pôle « Femme-Couple-Enfant »  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Vous me faites l'honneur de participer au jugement de mon travail. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET  
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier  
Histologie, Embryologie et Cytogénétique  
Médecine et Biologie de la Reproduction, Cytogénétique et CECOS de Picardie  
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humain

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites de participer à mon jury. Croyez en ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VAN AUDENHAEGUE Stephan, mon directeur de thèse, grâce à qui ce travail a vu le jour. Merci d'avoir accepté de me diriger.

A mes parents, sans vous je ne serais jamais arrivée jusqu'ici. Merci pour votre amour et votre soutien.

A Laura et Aurore, mes sœurs chéries, merci d'être comme vous êtes.

A Safia et Mélanie qui sont plus que des amies.

A tous mes amis Amaury, Quentin, Thibault, Marielle, Clémence, Yvon, Benjamin, Manon, Marie, Annabelle, Mathilde, merci d'avoir rendu toutes ces années beaucoup plus légères.

A Thibaut, ma vie, tout simplement.

# Sommaire

ABREVIATIONS .....	6
I. Introduction.....	7
II. Matériels et Méthodes .....	9
III. Résultats .....	11
3.1 Caractéristiques de la population.....	11
3.2 Gynécologie.....	12
3.3 Contraception.....	13
3.4 Le dispositif intra-utérin .....	15
3.5 Facteurs influençant la prescription des DIU .....	17
3.6 Facteurs d'amélioration .....	20
IV. Discussion .....	22
4.1 Critiques de l'étude.....	22
4.2 La place de la gynécologie en médecine générale.....	22
4.3 La contraception en médecine générale.....	23
4.4 Le DIU chez la nullipare en médecine générale.....	24
4.4.1 Place du DIU .....	24
4.4.2 Obstacles à la prescription du DIU .....	26
4.4.3 Facteurs d'amélioration .....	27
V. Conclusion.....	28
Bibliographie.....	29
Annexe .....	31
Résumé.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## **ABREVIATIONS**

OMS : Organisme Mondiale de la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

DMG : Département de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

FMC : Formation Médicale Continue

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

## **I. Introduction**

La contraception est l'ensemble des méthodes empêchant la survenue d'une grossesse non désirée selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle concerne toutes les femmes en âge de procréer. Depuis son autorisation en France en 1967 par la loi NEUWIRTH son utilisation ne fait qu'évoluer. Le schéma contraceptif français se traduit par le recours au préservatif au début de la vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au dispositif intra-utérin (DIU) comme alternative à la pilule à partir de 35 ans, une fois que la femme a eu au moins un enfant (1). La pilule reste la méthode la plus utilisée avec 45% des femmes concernées par la contraception contre 20,7% pour le DIU en 2010 (2). Cependant, son utilisation a légèrement diminué depuis 2000, compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales telles que l'implant, l'anneau intra-vaginal et le patch. Malgré une très bonne diffusion de la contraception dans notre pays, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable. En effet, 33% des grossesses ne sont pas prévues, dont la moitié d'entre elles aboutiront à une IVG, 65% de ces grossesses surviennent chez des femmes sous contraceptif (3).

Le DIU qu'il soit au cuivre ou hormonal au levonorgestrel (Mirena®), agit sur le mécanisme d'action de pré-fertilisation. Tous deux provoquent une action toxique sur les spermatozoïdes grâce à la présence d'ions cuivre inflammatoire pour le DIU au cuivre et de la progestérone au niveau du mucus cervical et de l'endomètre pour le DIU hormonal (4). Il est le premier moyen de contraception chez les femmes de 45-49 ans en France, devant la pilule (1). Il s'agit d'un moyen de contraception très utilisé en Europe et en Chine mais très peu en Amérique du Nord où on lui préfère la stérilisation féminine (5). En utilisation courante, le taux de grossesse au cours de la première année est de 0,2% pour le Mirena® et 0,8% pour le DIU au cuivre. Toujours en utilisation courante, le taux de grossesse au cours de la première année est de 8% pour toutes les pilules confondues (4). Les deux DIU bénéficient d'un taux d'abandon à un an de 15% contre 30% pour la pilule (6). Ils représentent une méthode fiable et acceptable pour les femmes.

En 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) modifie les codes contraceptifs et publie un premier texte autorisant la pose du DIU chez les nullipares (7), la Haute Autorité de Santé (HAS) renforce ces recommandations en 2004 puis en 2013. Le texte indique que le DIU peut être utilisé en première intention chez les femmes quelque soit leur parité et leur gestité. Ils sont utilisables chez l'adolescente après avoir évalué et

écarté un risque infectieux (8). Ces recommandations se sont basées sur de nombreux résultats d'études prouvant qu'il n'y avait pas de risque de complication plus important chez les nullipares que chez les multipares et chez les patientes porteuses de DIU ou non porteuses (9) (10). Cependant, en 2010, la prévalence de DIU chez les femmes nullipares de 15-45 ans est de 1,3% (2).

De nombreuses études ont été réalisées sur les complications et la tolérance du DIU chez les femmes sans enfant ainsi que sur l'acceptation de celui-ci dans cette population. En revanche, il existe beaucoup moins de travaux sur les pratiques des professionnels vis à vis de cette méthode contraceptive chez les nullipares. Les médecins généralistes étant les premiers interlocuteurs des femmes, quelles sont leur habitudes en matière de contraception depuis l'autorisation du DIU chez les nullipares ? Nous chercherons à connaître la proportion de médecins généralistes recommandant le DIU chez leurs patientes nullipares. Dans un deuxième temps nous essaierons de définir les facteurs favorisant cette prescription ainsi que les obstacles. L'étude concerne les médecins généralistes picards, région dans laquelle nous exerçons.



## **II. Matériels et Méthodes**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, par questionnaires anonymes envoyés aux médecins généralistes Picards.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer la proportion de médecins généralistes recommandant le DIU chez les nullipares.

Les objectifs secondaires étaient d'établir les facteurs favorisant ainsi que les obstacles à cette recommandation.

Le questionnaire a été établi grâce à l'analyse de la littérature (11). Il était articulé en 4 parties : les critères démographiques, la pratique de la gynécologie en médecine générale, la contraception et le DIU.

Les critères d'inclusion :

- Être médecin généraliste
- Être installé
- Pratiquer la médecine générale
- Exercer en Picardie

Les critères d'exclusion :

- Médecin remplaçant
- Hors Picardie

Les questionnaires ont été diffusés de deux manières. Pour une diffusion optimale, nous avons utilisé l'envoi du questionnaire par email, à partir de la liste d'adresses mail des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) appartenant au Département de Médecine Générale (DMG). Nous avons également utilisé la liste de mails des médecins de la région du compiégnois. Afin d'éviter un biais de sélection, nous avons également diffusé le questionnaire par voie postale. Les médecins ont été recrutés aléatoirement à l'aide de l'annuaire des pages jaunes. Pour éviter un chevauchement des deux méthodes, tous les noms sélectionnés aléatoirement dans l'annuaire étaient comparés à la liste des MSU publiée par le DMG et nous avons évité la région compiégnoise. Aux questionnaires était associée une lettre de présentation du travail d'étude ainsi qu'une enveloppe timbrée permettant le renvoi du formulaire rempli.

Au total, 275 mails ont été envoyés ainsi que 150 courriers postaux.

Le recueil des données s'est effectué entre le 23 février 2018 et le 24 avril 2018. L'arrêt du recueil a été décidé par l'absence de retour de questionnaires pendant plus de deux semaines. Les questionnaires reçus au-delà n'ont pas été pris en compte. Nous avons décidé de ne pas effectuer de relance en raison du taux satisfaisant de réponses obtenues.

Le questionnaire a été créé sur le logiciel *Google Form*. Les réponses reçues par questionnaire papier ont été retranscrites sur ce logiciel. Ensuite, le traitement des données s'est effectué sur le logiciel *Excel*. Les tests statistiques Chi2 et Fisher ont été réalisés grâce au site Internet *BiostatTVG*. Nous avons retenu la valeur du risque d'erreur  $\alpha$  à 5% soit un  $p < 0,05$  comme statistiquement significative.

### **III. Résultats**

Sur les 425 questionnaires envoyés, nous avons reçu 129 réponses. Parmi les 129 réponses, 2 n'étaient pas conformes. Elles provenaient de médecins n'exerçant plus une activité de médecine générale. Au total, l'échantillon était donc composé de 127 médecins généralistes picards.

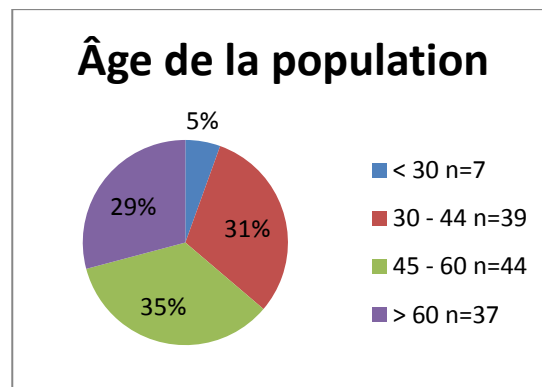
#### **3.1 Caractéristiques de la population**

*Sexe :*

Sur les 127 médecins de l'échantillon, il y avait 61 femmes (48%) et 66 hommes (52%).

*Âge :*

L'âge des médecins était réparti en 4 tranches :

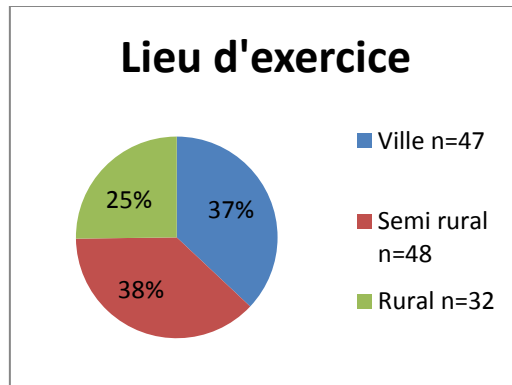


**Graphique 1 : Répartition des médecins de l'échantillon par leur âge**

La répartition des classes d'âge était homogène, proportionnelle à la population actuelle.

*Type d'activité et lieu :*

Il y avait 46 médecins qui travaillaient seul (soit 36%), 54 en cabinet de groupe (soit 43%) et 27 en maison médicale pluridisciplinaire (soit 21%).



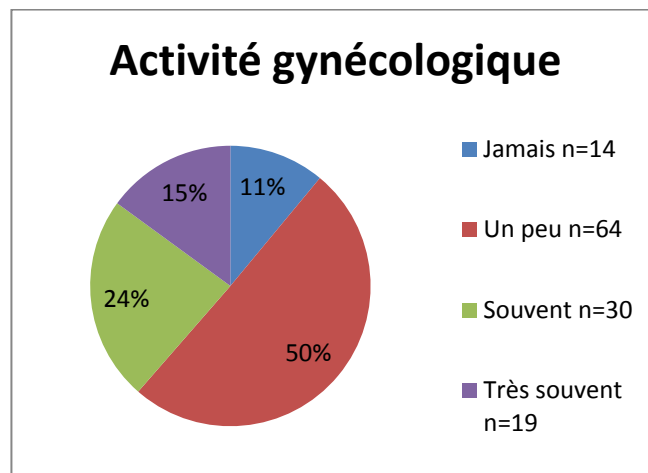
**Graphique 2 : Lieu d'exercice des médecins de l'échantillon**

Les médecins étaient plus nombreux en ville et semi-rural qu'en campagne, ce qui était également représentatif de la répartition démographique actuelle.

### 3.2 Gynécologie

Sur les 127 médecins présents dans l'échantillon, seulement 19,7% avaient une formation complémentaire en gynécologie.

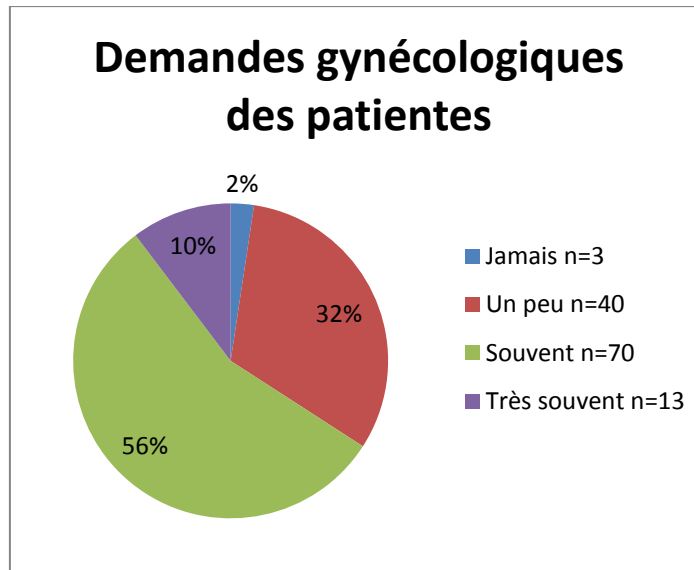
La fréquence de pratique de la gynécologie dans leur activité de médecine générale était évaluée en termes : jamais, un peu, souvent et très souvent.



**Graphique 3 : Taux d'activité gynécologique des médecins de l'échantillon**

La moitié des médecins pratiquait peu la gynécologie dans leur cabinet et un quart la pratiquait souvent. Les médecins qui pratiquaient très souvent ou jamais la gynécologie étaient minoritaires.

Les demandes/plaintes spontanées d'ordre gynécologique par les patientes étaient évaluées en termes : jamais, un peu, souvent, très souvent

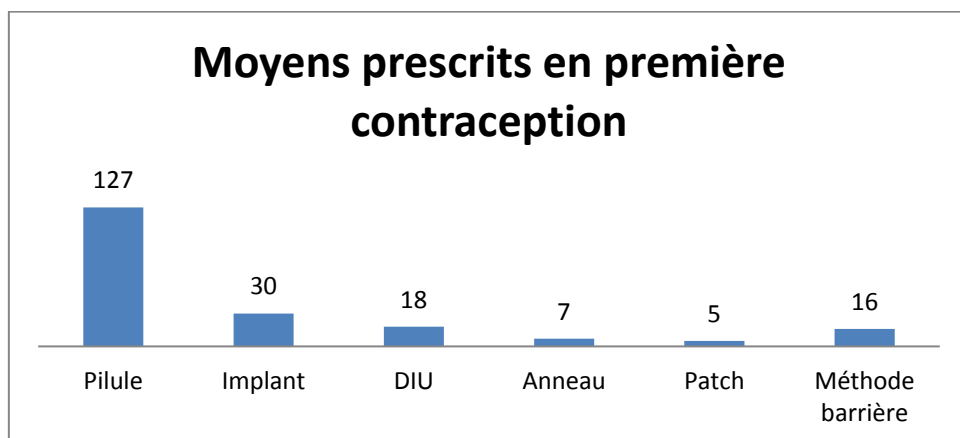


**Graphique 4 : Taux de demandes gynécologiques des patientes**

La moitié des patientes (56%) parlait souvent spontanément de leurs problèmes gynécologiques à leur médecin généraliste. Elles étaient très rares à ne pas en parler, seulement 2%.

### 3.3 Contraception

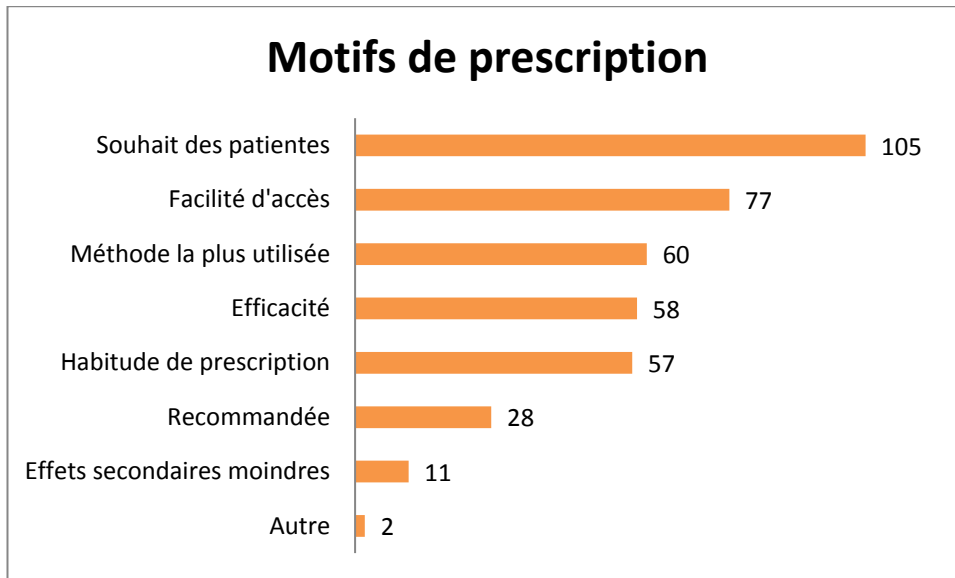
*Prescription d'une première contraception :*



**Graphique 5 : Moyens prescrits habituellement en 1<sup>ère</sup> contraception**

Chez les médecins interrogés, la totalité prescrivait la pilule en 1ère contraception. Parmi eux, 30% prescrivaient également l'implant, 22,8% le DIU, 20,3% la méthode barrière, 8,9% l'anneau intra-vaginal, et 6,4% le patch.

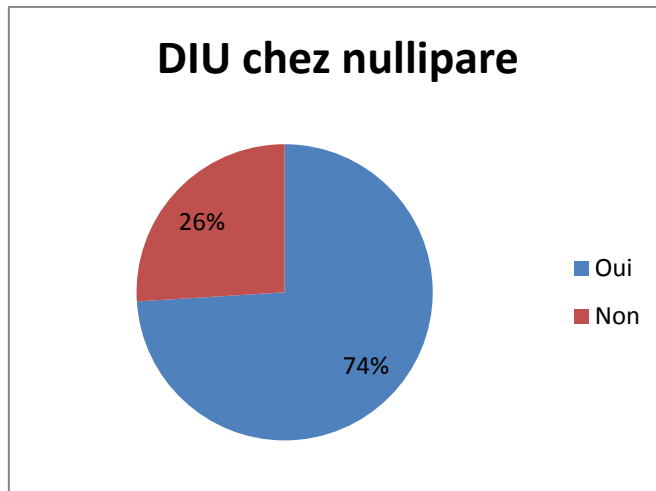
*Motif de prescription de la pilule :*



**Graphique 6 : Motifs de prescription de la pilule**

Les principaux motifs de prescription de la pilule en 1ère contraception étaient le *souhait des patientes* à 82,7% et la *facilité d'accès* à 60,6%. Ensuite étaient cités les arguments *méthode la plus utilisée* à 48,9%, *l'efficacité* à 45,7% ainsi que *l'habitude de prescription* à 44,9%. *Suivre les recommandations* n'était évoqué qu'à 22% et *les effets secondaires moindres* à 8,6%. Il y avait 1,6% d'autres réponses.

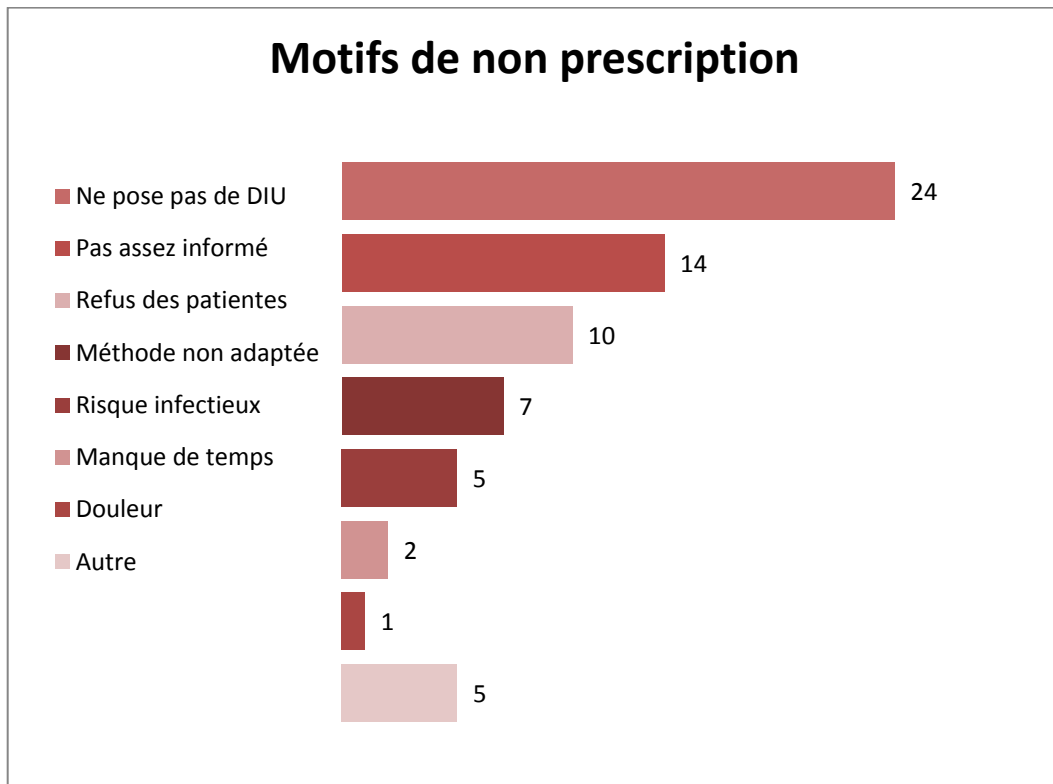
### 3.4 Le dispositif intra-utérin



**Graphique 7 : Taux de médecins ayant déjà recommandé un DIU chez une nullipare**

Sur les 127 médecins, 94 (74%) avaient déjà prescrit ou recommandé un DIU tandis que 33 (26%) non.

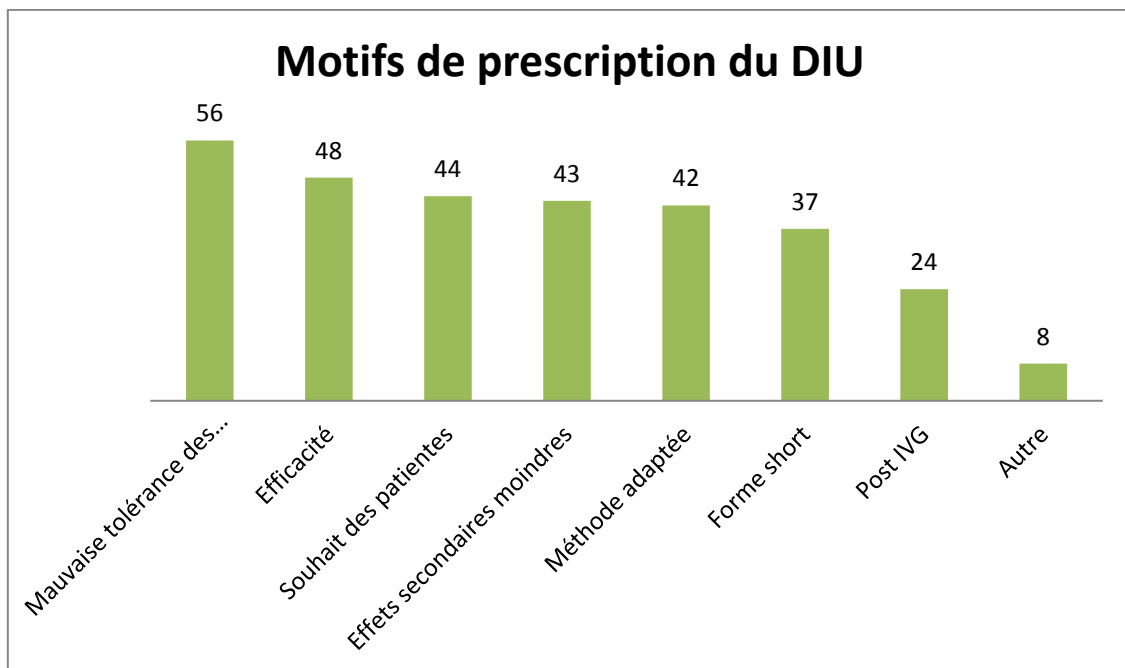
Chez ces 26% de non recommandation, les arguments de non prescription du DIU chez une nullipare étaient :



**Graphique 8 : Motifs de non prescription du DIU des médecins picards chez une nullipare**

L'argument le plus fréquent était *ne pose pas de DIU* à 70,6% puis *pas assez informé* à 41,2%. Le *refus des patientes* était évoqué à 35,3%. 20,6% des praticiens ne prescrivant pas de DIU estimaient que le DIU n'était *pas adapté aux nullipares*. Le *risque infectieux* à 14,4% et *la douleur* à 2,9% étaient également cités. *Le manque de temps* était évoqué par 5,9% des médecins de cette catégorie. Enfin il y avait 14,4% d'autres réponses.

Chez les 74% de médecins ayant déjà recommandé un DIU chez une nullipare, voici les arguments de prescription :



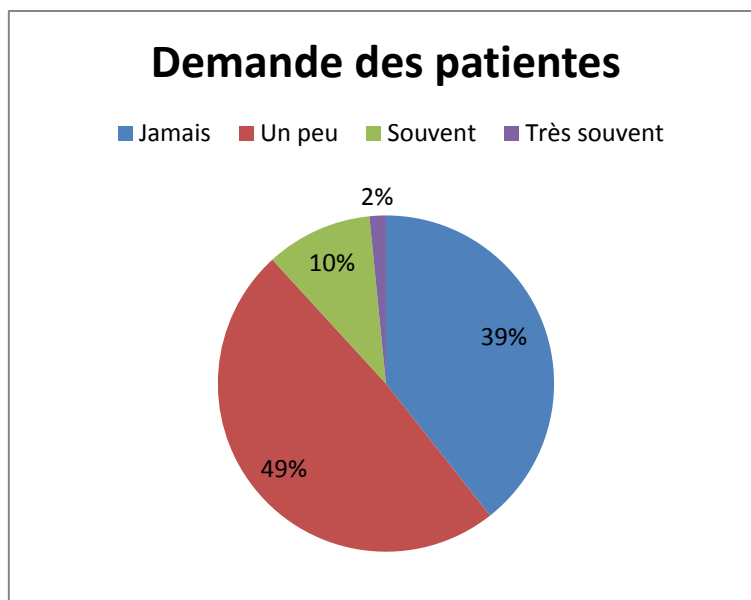
**Graphique 9 : Motifs de prescription du DIU des médecins picards chez une nullipare**

Les motifs de prescription de DIU chez une nullipare les plus fréquents étaient *la mauvaise tolérance des autres contraceptions* à 58,3% et *l'efficacité de la méthode* à 50%. Contrairement à la pilule, *le souhait des patientes* comme argument n'était cité qu'à 45,8%. 43,8% des médecins prescripteurs estimaient que c'était une *méthode adaptée* à cette population et 44,8% évoquaient *des effets secondaires moindres que les autres contraceptions* comme argument. La prescription en *post-IVG* était citée par 25% des médecins prescripteurs. Enfin, il y avait 8,3% d'autres réponses, dont *l'absence de risque d'oubli* qui était cité à plusieurs reprises.



*Evaluation de la fréquence de demande d'informations sur le DIU par les patientes nullipares à leur médecin traitant :*

L'estimation était faite par les termes : jamais, un peu, souvent, très souvent



**Graphique 10 : Fréquence de la demande d'information sur le DIU par les patientes nullipares à leur médecin traitant**

La moitié des médecins avait peu de demandes d'informations au sujet du DIU par leurs patientes nullipares. Plus d'un tiers des médecins n'en n'avait même jamais eu. Il est rare d'avoir des médecins ayant eu très souvent des demandes (2%).

### 3.5 Facteurs influençant la prescription des DIU

Les différents facteurs étudiés étaient : le sexe, l'âge, le lieu et le type d'exercice, la fréquence de la pratique de la gynécologie.

**Tableau 1 : Prescription du DIU en fonction du sexe**

	Oui	Non	Total
Homme	42	24	66
Femme	52	9	61
Total	94	33	127

Test de Chi2  $p = 0,006$

Il existait un lien statistiquement significatif entre le genre et la prescription de DIU. Les médecins femmes prescrivaient plus de DIU chez leurs patientes nullipares que les hommes.

**Tableau 2 : Prescription du DIU en fonction de l'âge**

	Oui	Non	Total
<30	6	1	7
30 - 44	33	6	39
45 - 60	31	13	44
>60	24	13	37
	94	33	127

Test de Fisher  $p = 0,18$

Il n'existait aucun lien statistiquement significatif entre l'âge des praticiens et la prévalence de la prescription des DIU. L'âge des médecins n'influaient pas sur la prescription de DIU chez les patientes nullipares.

**Tableau 3 : Prescription du DIU en fonction du lieu d'exercice**

	Oui	Non	Total
Ville	30	17	47
Semi rural	38	10	48
Rural	26	6	32
	94	33	127

Test de Chi2  $p = 0,13$

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le lieu d'exercice et la prescription du DIU.

**Tableau 4 : Prescription du DIU en fonction du type d'exercice**

	Oui	Non	Total
Seul	28	18	46
Cabinet groupe	42	12	54
Maison médicale	24	3	27
	94	33	127

Test de Fisher  $p= 0,023$ 

Le type d'exercice avait une influence statistiquement significative sur la prescription de DIU. Les médecins généralistes exerçant dans une maison médicale pluridisciplinaire prescrivaient plus de DIU aux nullipares que ceux travaillant seuls.

**Tableau 5 : Prescription en fonction de la fréquence de la pratique de la gynécologie**

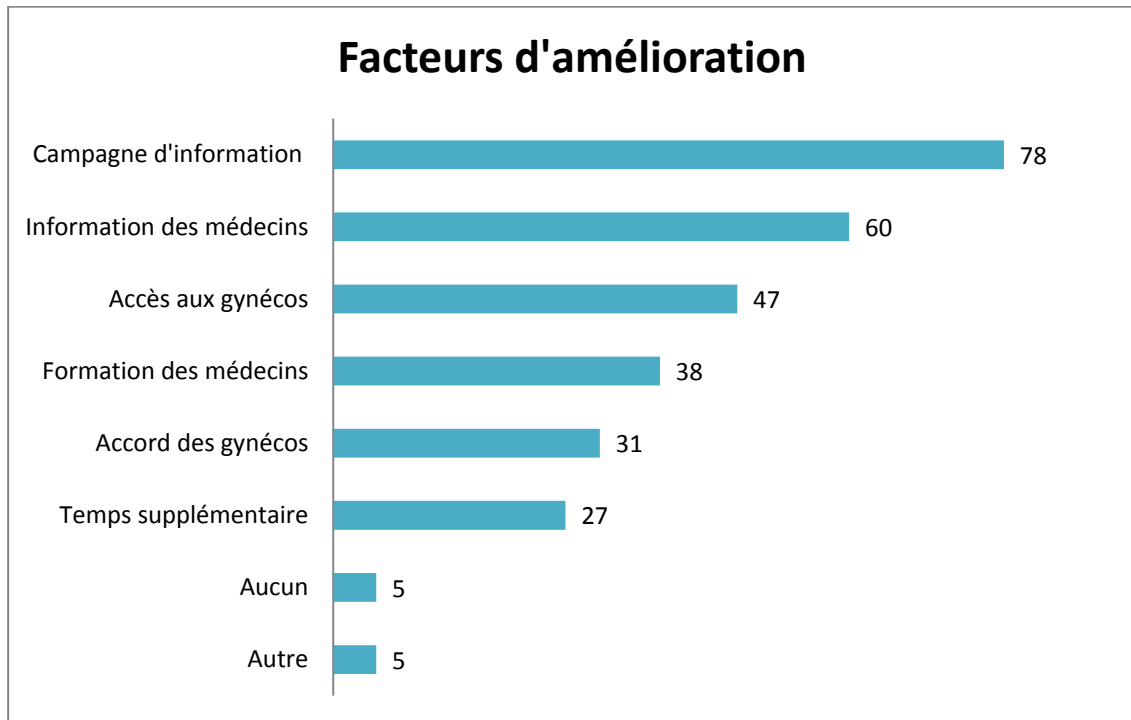
	Oui	Non	Total
Jamais	9	5	14
Un peu	42	22	64
Souvent	25	5	30
Très souvent	18	1	19
	94	33	127

Test de Fisher  $p = 0,03$ 

Il existait un lien statistiquement significatif entre la fréquence de la pratique de la gynécologie et la prescription du DIU. Plus les médecins pratiquaient la gynécologie dans leur cabinet plus ils prescrivaient des DIU à leurs patientes nullipares.

### 3.6 Facteurs d'amélioration

*Facteurs améliorant la prescription du DIU chez les nullipares selon les médecins :*

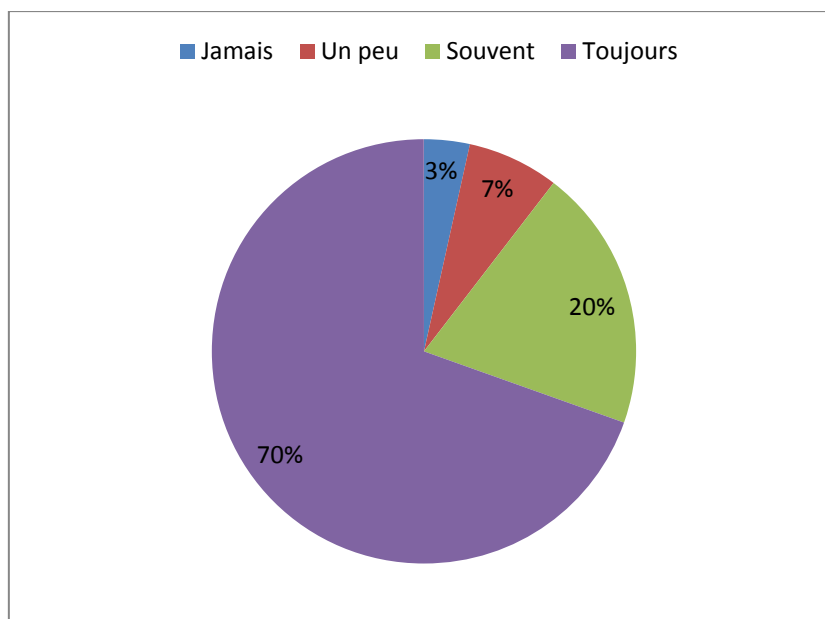


**Graphique 11 : Facteurs améliorant la prescription de DIU chez les nullipares selon les médecins picards**

L'argument le plus souvent évoqué par les médecins pour favoriser la prescription de DIU chez les nullipares était *la campagne d'information de la population générale* à 61,4%. Les praticiens estimaient à 47,2% qu'il fallait une *information plus importante* des médecins et 29,9% une *formation initiale plus importante*. Selon 37% des médecins *un accès facilité aux gynécologues* et pour 24,4% des praticiens *un accord plus fréquent des gynécologues* permettrait d'augmenter la prescription de DIU chez les nullipares. Un temps de consultation supplémentaire était évoqué à 21,3% comme pouvant favoriser la prescription du DIU. 3,9% des médecins estimaient qu'aucun facteur ne pouvait améliorer la prescription de DIU chez les nullipares. Il y avait également 3,9% d'autres réponses.

La technique de pose du DIU était un obstacle à la prescription comme expliqué par le **graphique 8**. Il était possible de lever cet obstacle en adressant les patientes à des

professionnels compétents pour ce geste. L'évaluation de la fréquence des envois aux confrères était en termes : jamais, un peu, souvent et très souvent.



**Graphique 12 : Evaluation de la fréquence d'envoi chez un autre praticien pour la pose d'un DIU**

Près de trois quarts des médecins qui ne posaient pas de DIU étaient d'accord pour toujours adresser leurs patientes nullipares à un autre professionnel de santé (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme). Seulement 3% refusaient de les adresser à un confrère.

## **IV. Discussion**

### 4.1 Critiques de l'étude

Le taux de participation de 29,9% à l'étude était satisfaisant. Cela a pu nous donner un effectif suffisant pour obtenir des résultats significatifs. Il s'agissait d'un sujet intéressant car bien qu'il aborde le thème de la contraception, déjà beaucoup étudié en termes d'études scientifiques et de thèses, le DIU chez la nullipare est encore peu répandu. La méthode d'enquête par questionnaire semblait la plus adaptée au sujet. Le double recueil par mail et envoi postal a permis d'éviter un biais de sélection. D'une part, tous les médecins ne sont pas informatisés, d'autre part la majorité des mails étaient envoyés aux MSU, qui ne sont pas représentatifs de la population médicale.

Nous n'avons pas pu éviter le biais de sélection secondaire au sujet. En principe, les répondeurs sont ceux qui sont intéressés par la gynécologie. Ce type d'étude par questionnaire à réponses fermées a permis une plus grande adhésion, mais a engendré un biais systématique. En effet, les médecins sont influencés par les propositions et ont pu répondre de manière théorique plutôt que ce qu'ils ont fait réellement en pratique. Un biais de mesure a été également présent car il s'agissait de réponses déclaratives, l'évaluation des fréquences est laissée à l'appréciation du médecin répondeur. Nous avons dû supprimer une question (numéro 7) concernant l'estimation du nombre de nullipares dans la patientèle des généralistes. Cette question a posé problème à beaucoup de répondeurs car il était difficile d'évaluer la proportion de cette catégorie de femmes. Les résultats obtenus étaient approximatifs et ne permettaient pas d'être utilisés pour une analyse scientifique. Enfin, nous avons volontairement choisi de produire un questionnaire court avec un nombre restreint de questions afin d'augmenter le taux de réponses. Nous sommes donc limités dans l'exploitation des résultats, certaines réponses méritaient d'être approfondies.

### 4.2 La place de la gynécologie en médecine générale

La pratique de la gynécologie en médecine générale a été brièvement abordée dans l'étude afin de définir l'activité de la population médicale étudiée. La moitié des médecins déclarait pratiquer un peu la gynécologie et 25 % la pratiquaient souvent. Ces chiffres correspondaient à ceux retrouvés dans les travaux de thèses réalisés sur ce sujet tel que celui de I. Bonhomme et C. Moretti (12) et celui de M. Brosset (13). L'activité de médecine générale comprend la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et l'éducation. Le médecin généraliste

a donc sa place dans le suivi gynécologique d'une femme car il correspond à toutes ces fonctions. Dans notre étude, les praticiens déclaraient que plus de la moitié de leur patiente leur parlait souvent de gynécologie. Cependant, les motifs de gynécologie évoqués n'étaient pas détaillés. L'enquête de la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale sur *le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique* montrait que sur les 85% des femmes déclarant avoir un suivi gynécologique seulement 15% était prise en charge par leur médecin généraliste. Dans cette étude, 91% des femmes déclaraient que les gynécologues étaient plus compétents pour leur suivi que les médecins généralistes. Toutefois, le nombre décroissant de spécialistes et les délais de rendez-vous trop long entraînaient des recours au médecin généraliste en première intention (14). Les résultats de notre étude ne nous permettaient pas de définir si les femmes s'adressaient à leur médecin en matière de gynécologie au sujet de leur suivi, de la contraception ou bien pour des problèmes intercurrents. Nous avons pu simplement remarquer qu'il existait majoritairement une relation ouverte entre les femmes et leur médecin permettant d'aborder des sujets gynécologiques. Les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale seront abordés ci-dessous car ils correspondent à ceux entourant la recommandation et la prescription du DIU chez la nullipare.

#### 4.3 La contraception en médecine générale

Si notre travail ne nous a pas permis de définir les motifs gynécologiques de consultations en médecine générale, d'autres auteurs l'ont fait. S. Dias montrait dans sa thèse que le premier motif de gynécologie le plus rencontré en médecine générale était la contraception à 84,4% (15). La contraception tient une place très importante en médecine générale où le médecin a un rôle d'information, de prévention et d'éducation. Il ne s'agissait pas toujours d'une consultation dédiée comme recommandée par l'HAS (8), mais bien souvent d'un sujet abordé en fin de consultation. En effet, le travail du Dr Chapuis-Sicard retrouvait que 68% des médecins acceptaient d'initier une méthode contraceptive à la fin d'une consultation où la patiente était venue pour un autre motif (16).

Notre étude révèle que 100% des médecins interrogés proposaient la pilule en première contraception. Ce chiffre est également retrouvé dans la thèse du Dr Dupuis A., qui étudiait également les médecins généralistes picards (17), ainsi que dans le travail du Dr Dias où 95,2% des médecins instaurent la pilule et 100% la renouvelaient (14). Il ne reste que peu

de place aux autres méthodes contraceptives en médecine générale. Dans notre étude l'implant n'était proposé que par 30% des médecins et le DIU par 20,8%. Les travaux des Dr Dupuis et Dr Dias retrouvaient des résultats similaires. La méthode barrière gardait encore une place non négligeable avec une proportion de 20,3% des médecins qui la proposaient à leurs patientes. Cela pouvait s'expliquer par le fait que le préservatif reste le seul moyen de protection contre les IST ainsi que par l'irrégularité de la fréquence des rapports chez les adolescents. De nos jours, l'usage du préservatif lors du premier rapport est devenu systématique dans 90% des cas.

Notre étude se penchait sur les arguments de prescription de la pilule par les praticiens. Le souhait des patientes est évoqué en priorité à 82,7%. En effet, pour un certain nombre de patientes, la contraception était d'emblée associée à la pilule, la demande de contraception se faisait donc parfois directement par une demande pilule, comme évoqué dans l'article de la revue *Exercer* (18). Les autres arguments de prescription étaient « la facilité d'accès » à 60,6%, en opposition à la difficulté d'accès pour d'autres méthodes, évoquée dans un paragraphe ultérieur, ainsi que l'efficacité de la méthode à 45,7% et aux habitudes de prescription à 44,9%. L'article de la revue *Exercer* étudiait la prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. Cette recherche indiquait que la préférence des médecins généralistes pour la pilule s'expliquait par son moindre coût, leurs habitudes de prescription, leurs craintes d'effets indésirables des autres méthodes et leur inaptitude à poser DIU ou implants. Cela correspondait à nos résultats, cependant les effets secondaires moindres n'étaient évoqués qu'à 8,6% dans notre étude et le prix de la contraception n'a pas été abordé.

#### 4.4 Le DIU chez la nullipare en médecine générale

##### 4.4.1 Place du DIU

Si la pilule a une place prédominante dans l'arsenal contraceptif de la nullipare, notre étude se focalisait sur la place du DIU. En 2006 lors de la 30e journée nationale du CNGOF (Paris), dans la présentation sur « le DIU, de l'adolescence à la ménopause », le Dr Serfaty, spécialiste de la contraception, indiquait que le DIU n'était pas une méthode contraceptive de 1ere intention chez la nullipare (18). Il était plutôt recommandé :



- En cas de contre indication ou de mauvaise observance avec la pilule si les implants, patches ou anneaux intra-vaginaux ne sont pas acceptés ou souhaités
- En cas de contraception d'urgence
- Si la femme a un partenaire stable, qu'elle est bien informée et qu'elle a accepté la pose du DIU
- Si les IST ont été éliminées (dépistage Chlamydiae et Gonocoque avant la pose)

Ces recommandations ont été établies il y a plus de 10 ans, la pratique s'est-elle développée et les indications ont-elles changé depuis ?

Dans notre étude, 74% des médecins interrogés déclaraient avoir déjà prescrit ou recommandé un DIU à une de leurs patientes nullipares (ce chiffre était de 60,5% en 2013 dans le travail du Dr Chapuis-Sicard (16)). Cependant, seulement 43,8% estimaient qu'il s'agissait d'une méthode adaptée à ce type de population. Cette différence peut être expliquée par le fait que la première indication de recommandation du DIU citée par les praticiens était la mauvaise tolérance des autres méthodes contraceptives à 58,3%. Le DIU était donc pour eux un choix de seconde intention. La moitié des médecins proposait le DIU pour son efficacité (efficacité nettement supérieure à celle de la pilule, comme indiqué dans l'introduction). Enfin, le souhait de cette contraception par les patientes n'était évoqué qu'à 45,8%, contrairement à la pilule où il s'agissait de l'argument principal. Dans le travail du Dr Reynier les indications de prescription du DIU par les médecins généralistes étaient l'échec des autres contraceptions (68%), la contre indication aux hormones (86%), la mauvaise tolérance des autres méthodes (64%) et enfin, la demande des patientes (46%) (19). Les résultats de nos travaux sont globalement similaires et le DIU reste pour la plupart des médecins généralistes une méthode de seconde intention comme défini par le Dr Serfaty en 2006. Plus de dix ans après, le DIU se place toujours en seconde intention dans l'arsenal contraceptif des médecins généralistes.

Notre étude a permis de caractériser la population des médecins prescripteurs. Les femmes étaient plus inclinées à proposer le DIU ainsi que les médecins exerçant dans des cabinets multidisciplinaires. En toute logique, plus les médecins pratiquaient la gynécologie dans leur cabinet, plus ils proposaient le DIU à leurs patientes. Ces analyses variaient d'une étude à l'autre. Dans l'étude de *Moreau et al*, il n'existait pas de différence entre les types d'exercices, mais les lieux, les médecins de villes prescrivaient plus de DIU que ceux travaillant en campagne (20). Nos deux études s'accordaient sur le fait que l'âge n'avait pas d'incidence sur la prescription. Les facteurs influençant la recommandation du DIU variaient

d'un échantillon à l'autre, ils ne sont donc pas applicables à la population générale. Cependant, le seul facteur qui ne variait pas est le genre. Les femmes prescrivait plus de DIU à leurs patientes nullipares, ce qui est encourageant au vue de la féminisation de la profession.

#### 4.4.2 Obstacles à la prescription du DIU

Dans notre étude, 26% des médecins déclaraient ne pas recommander le DIU à leurs patientes nullipares. La raison principale de ce refus était que 70,6% ne posaient pas de stérilets. L'article de la revue *Exercer* évoquait également cet argument comme l'un des principaux obstacles à la prescription du DIU (18). Le Dr Michelet-Bretaudeau retrouvait que seulement 20% des médecins généralistes posaient des stérilets, toutes patientes confondues (20). Le second argument était le manque d'informations. En effet, 41,2% des médecins ne se sentaient pas assez informés sur ce sujet, ce chiffre était similaire dans le travail du Dr Michelet-Bretaudeau. Ces obstacles auraient pu être franchis en adressant les patientes aux gynécologues principalement, comme 70% des médecins seraient prêts à le faire systématiquement, mais il reste encore des difficultés. Leur nombre insuffisant, comme évoqué par 37% des praticiens de notre étude et le refus de certains gynécologues mentionné à 24,4% par les médecins de l'étude ainsi que dans l'article de la revue *Exercer*. Le Dr Michelet-Bretaudeau a également étudié les gynécologues dans ses travaux, 75% d'entre eux acceptaient de prescrire et poser le DIU chez une nullipare, mais 21% précisaient le faire rarement (21). Il existait également un obstacle venant de la patientèle. La moitié des médecins n'avait que peu de demandes et 39% n'avaient même aucune demande d'information de la part de leurs patientes. Certains évoquaient le refus des patientes comme argument contre la pose du DIU. Ceci est expliqué par le fait qu'il persiste encore de nombreux préjugés dans la population générale. Dans l'étude de *Moreau et al.* la moitié des femmes pensait que le stérilet était réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants et 18% que le DIU pouvait altérer la fertilité (20). Ce qui entraîne un frein considérable. Enfin, notre travail a permis de constater une évolution des mœurs. Le risque de Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) n'a été mentionné que par 14,4% des médecins ne prescrivant pas de DIU et le risque sur la fertilité n'a été évoqué que par 2 médecins en commentaire. Ces chiffres étaient beaucoup plus importants en 2011 dans le travail du Dr Reynier où 47% des médecins considéraient la MIP comme principal obstacle à la pose du DIU chez les nullipares (19). En 2011 également, *Moreau et al.* trouvait que 40% des médecins associaient DIU et MIP. Ces chiffres ont considérablement diminué, indiquant que pour la plupart des professionnels, le

stérilet s'était affranchi de certaines associations erronées. Le principal obstacle réside dans la technicité du geste de pose, contrairement à la pilule qui est accessible à tous les praticiens.

#### 4.4.3 Facteurs d'amélioration

Nous avons fini notre étude en interrogeant les médecins sur des leviers permettant d'améliorer la prescription des DIU chez les nullipares. 61,4% d'entre eux pensaient qu'une campagne de sensibilisation de la population générale serait une solution. Il existe déjà un projet lancé en 2007 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) s'intitulant « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (22). Elle comporte des documents d'informations aidant au choix de la contraception, un site internet, des brochures, des affiches. Cependant, cela semble insuffisant comme l'a constaté l'HAS dans son rapport sur les freins à l'accès et au choix de la contraception (1). On pourrait envisager une campagne dédiée exclusivement au DIU, permettant de corriger certaines idées reçues et renforcer les missions d'informations dans les établissements scolaires. La moitié des médecins interrogés pensait qu'une information plus importante sur le DIU leur permettrait de le prescrire plus facilement. Cette information peut rentrer dans le cadre de la formation continue. Le Collège National des Généralistes Enseignant (CNGE) propose des formations avec des ateliers pratiques sur la pose et le retrait du DIU mais aussi comment améliorer la prescription de contraception en médecine générale. A titre local, l'adhésion à des groupes proposant des Formations Médicale Continue (FMC) sur le thème de la contraception, voire ciblées sur le DIU permettrait de développer l'information auprès des professionnels. 29,9% des médecins de l'étude estimaient que la formation initiale dans ce domaine n'était pas suffisante. Les stages de gynécologie ne sont pas obligatoires pour la validation du DES de médecine générale, seuls les étudiants intéressés choisissent de se former, ce qui entraîne des limites et des lacunes pour les autres. Le médecin généraliste étant bien souvent le premier interlocuteur de la femme, il devrait avoir eu une formation plus complète dans ce domaine. Les universités devraient ouvrir plus de terrains tels que les centres de planification familiale, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les stages ambulatoires avec des médecins formés à la gynécologie. Toutes ces mesures permettraient une meilleure information des patientes, par leur médecin, facilitant ainsi leur choix contraceptif.

## **V. Conclusion**

Depuis son autorisation chez la nullipare il y a presque quinze ans, le DIU peine à trouver sa place. Même si 74% des praticiens interrogés l'ont déjà recommandé à leurs patientes, il reste néanmoins une contraception de seconde intention, après l'échec d'autres méthodes contraceptives. La pilule reste très sollicitée par les patientes et appréciée des médecins notamment en raison de sa facilité d'accès.

En effet, le principal frein à l'utilisation du DIU par les médecins est la technicité du geste. Peu de médecins savent le poser ou accepte de le poser dans leur cabinet. La diminution du nombre de gynécologues ainsi que leur difficulté d'accès empêche de pallier cet obstacle. Le manque d'informations sur le DIU pour les médecins ainsi que pour la population générale s'avère également jouer en sa défaveur.

Notre étude a identifié quelques leviers permettant de favoriser l'utilisation du DIU chez les nullipares. Ils concernent principalement l'éducation des médecins avec des formations théoriques et pratiques au sujet du DIU et l'information de la population générale avec des campagnes centrées sur ce moyen de contraception.

L'image du DIU se modifie lentement, mais sa place dans l'arsenal contraceptif de la nullipare n'est pas encore acquise. L'évolution pourrait être accélérée par l'information accrue des médecins et de la population générale.

## **Bibliographie**

1. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee)
2. Enquête FECOND – Ined/Inserm | Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes [Internet]. Disponible sur: <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/enquete-fecond-inedinserm/>
3. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.
4. Serfaty D. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique: les Dispositifs Intra-Utérin. Paris: CNGOF; 2000.
5. World Contraception Use [Internet]. Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2011. Disponible sur: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>
6. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2009;24(6):1387-92.
7. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Recommandations pour la pratique clinique. ANAES; 2004 déc.
8. Haute Autorité de Santé - Contraception chez l'adolescente [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente)
9. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet Lond Engl*. 28 mars 1992;339(8796):785-8.
10. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol*. mai 2013;121(5):951-8.
11. Hubert Maisonneuve, Fournier Jean-Pascal. Construire une enquête et un questionnaire. e-respect. nov 2012;15.

12. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative. 26 avr 2017;74.
13. BROSSET M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre et Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: étude quantitative. Biol Cell. :92.
14. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique: Synthèse des résultats. Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale; 2008 mai.
15. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France. [Paris]: Paris Diderot; 2010.
16. Chapuis-Sicard C. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004. Paris Diderot; 2013.
17. Dupuis A. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste Picard. [Amiens]: UPJV; 2016.
18. Fabienne Garnier, Charlotte Bilgorajski, Josette Vallée. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. Exercer. 111<sup>e</sup> éd. 2014;12-9.
19. Reynier E. Dispositifs intra-utérins chez les nullipares: enquête sur les pratiques des médecins généralistes. [Nante]: Nante; 2011.
20. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
21. Michelet-Bretonneau L. Dispositifs intra-utérins: analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique. [Nante]: Nante; 2010.
22. INPES. Choisir sa contraception. Santé Publique France; 2007.

## Annexe

# QUESTIONNAIRE DE THESE

### Vous connaître

#### **1. Quel est votre sexe ?**

- Homme
- Femme

#### **2. Quel est votre âge ?**

- < 30
- 30 - 45
- 45 - 60
- > 60

#### **3. Comment travaillez-vous ?**

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison médicale pluridisciplinaire

#### **4. Où travaillez-vous ?**

- Ville
- Semi-rural
- Rural

#### **5. Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie ?**

- Oui
- Non

#### **6. Pratiquez-vous de la gynécologie dans votre cabinet ?**

- Jamais

- Un peu
- Souvent
- Très souvent

Votre patientèle :

**7. Quelle est la proportion de nullipares dans votre patientèle :**

<5%            5-10%            10-20%            >25%

**8. Vos patientes vous parlent elles spontanément de gynécologie :**

0	1	2	3
Jamais	Un peu	Souvent	Très souvent

Contraception

**9. Que prescrivez-vous pour une première contraception en règle générale:  
(plusieurs réponses possibles)**

- Pilule
- Implant
- DIU
- Anneau vaginal (Nuvaring)
- Patch
- Méthode barrière (préservatif, diaphragme, spermicides)

**10. Si vous prescrivez la pilule en première contraception, quelles sont vos raisons (plusieurs réponses possibles) :**

- Méthode la plus utilisée
- Facilité d'accès
- Habitude de prescription
- Recommandée en 1ere intention
- Efficacité



- Effets secondaires moindres que certaines méthodes
- Souhait des patientes
- Autre :

### Concernant le DIU

#### **11. Avez-vous des demandes d'informations ou de prescription de DIU par vos patientes nullipares :**

0	1	2	3
Jamais	Un peu	Souvent	Très souvent

#### **12. Avez-vous déjà prescrit ou recommandé un DIU chez une nullipare ?**

Oui	Non
-----	-----

#### **13. Si non, pour quelles raisons (plusieurs réponses possibles) :**

- Méthode non adaptée à cette catégorie de femmes
- Risque infectieux majoré
- Méthode trop douloureuse
- Pas suffisamment informé sur ce sujet
- Vous ne posez pas de DIU
- Manque de temps en consultation pour faire de l'information
- Refus des patientes
- Autre :

#### **14. Si oui, pour quelles raison (plusieurs réponses possibles) :**

- Méthode adaptée à cette catégorie de femmes
- Existence d'une forme short
- Efficacité
- Effets secondaires moindre que certaines méthodes

- Mauvaise tolérance d'autres méthodes
- Souhait des patientes
- En post-IVG
- Autre :

**15. Si le fait de ne pas poser de DIU est un obstacle à votre prescription, adresseriez-vous vos patientes à un confrère (gynécologue, sage femme, médecin généraliste avec DIU de gynécologie) :**

0	1	2	3
Jamais	Un peu	Souvent	Toujours

**16. Parmi les propositions suivantes, lesquelles seraient susceptibles, selon vous, d'augmenter l'utilisation de cette contraception chez les nullipares :**

- Information plus importante des médecins sur ce sujet
- Formation Initiale plus approfondie des médecins à la gynécologie
- Un temps de consultation plus important pour faire de l'information aux patientes
- Un accès facilité aux gynécologues
- Accord plus fréquent des gynécologues
- Une campagne de sensibilisation de la population
- Aucun
- Autre :

## **HABITUDES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS EN MATIERE DE CONTRACEPTION DEPUIS L'AUTORISATION DU DIU CHEZ LES NULLIPARES**

**Introduction :** Il y a plus de dix ans l'OMS a autorisé la pose de Dispositif Intra Utérin en première intention chez la nullipare. Mais seulement 1,3% des femmes de 15 à 45 ans utilisaient un DIU en 2010. Le but de l'étude était de déterminer la proportion de médecins généralistes picards recommandant le DIU chez leurs patientes nullipares. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle monocentrique se déroulant entre février et avril 2018. Un total de 425 questionnaires ont été envoyés par mail et courriers postaux à des médecins généralistes picards. **Résultats :** L'échantillon était composé de 127 médecins. 74% des médecins avaient déjà recommandé un DIU à leurs patientes nullipares. L'argument principal de prescription était la mauvaise tolérance des autres contraceptions à 58,3%. Les femmes et les médecins travaillant dans les maisons médicales pluridisciplinaires prescrivaient le plus de DIU. Les principaux obstacles étaient la technique de pose du DIU non maîtrisée par les médecins à 70,6% et l'absence de demande de la part des patientes. **Discussion :** Le DIU reste encore peu utilisé chez les nullipares contrairement à la pilule. Cependant son image a évolué car peu de médecins le considère encore contre-indiqué et pourvoyeur de Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP). Le principal obstacle à son utilisation est la technicité de la pose rendant son accès difficile contrairement à la pilule. **Conclusion :** Le DIU est un choix de seconde intention dans l'arsenal contraceptif. Une formation plus spécifique des médecins et une information plus importante de la population générale permettrait d'accroître son utilisation.

**Mots clés :** Gynécologie, contraception, Dispositif Intra-Utérin, nullipares, médecin généraliste

## **GENERAL PRACTITIONERS' BEHAVIOR ABOUT CONTRACEPTION IN PICARDIE SINCE IUD HAS BEEN AUTHORIZED FOR NULLIPAROUS**

**Introduction:** More than ten years ago, WHO authorized intra-uterine insertion in first-line treatment in the nulliparous system. But only 1.3% of women aged 15 to 45 used an IUD in 2010. The aim of the study was to determine the proportion of general practitioners in Picardy recommending IUDs in their nulliparous patients. **Materials and methods:** This was a single-center observational study taking place between February and April 2018. A total of 425 questionnaires were sent by mail and postal mail to GPs from Picardy. **Results:** The sample consisted of 127 physicians. 74% of doctors had already recommended an IUD to their nulliparous patients. The main argument for prescription was the poor tolerance of other contraceptives at 58.3%. Women and doctors working in multidisciplinary medical homes prescribed the most IUDs. The main obstacles were 70.6% non-controlled IUD insertion technique and lack of patient demand. **Discussion:** The IUD is still rarely used in nulliparous, unlike the pill. However its image has evolved because few doctors still consider it contraindicated and provider of Pelvic Inflammatory Disease (PID). The main obstacle to its use is the technicality of the pose making access difficult, unlike the pill. **Conclusion:** The IUD is a second-line choice in the contraceptive arsenal. More specific training of doctors and more information of the general population would increase its use.

**Key words:** Gynecology, contraception, Intra-Uterin Device, nulliparous, general practitioner

