



Thèse présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2012 à la faculté de médecine d'Angers.

Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare ?

What do gynecologists and general practitioners think about intrauterine device for nulliparous women?

Marie Guyomar, Gwladys Guilloteau, Céline Baron

exercer 2013;110:252-3.

gwladys.guilloteau@gmail.com

Contexte

Les dispositifs intra-utérins (DIU) représentent la première méthode de contraception à travers le monde. En France, leur utilisation concerne une femme sur cinq. Une très nette disparité s'observe selon la parité : entre 1 % pour les nullipares, et 40 % pour les femmes ayant eu 2 enfants ou plus. Le DIU est encore principalement perçu comme une contraception réservée aux femmes plus âgées¹. Ses avantages en font pourtant une des méthodes contraceptives recommandées par la Haute autorité de santé (HAS) en première intention, y compris chez les femmes nullipares.

Objectif

Explorer les représentations des médecins généralistes et des gynécologues concernant l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares.

Population étudiée

Médecins généralistes et gynécologues, exerçant en Sarthe ou en Maine-et-Loire.

Méthode

Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisés entre janvier et juin 2012 jusqu'à saturation des données. Échantillon raisonné diversifié en termes de sexe, d'âge, de mode et de lieu d'exercice. Critères d'exclusion : thèse non soutenue, médecin ne posant pas de DIU, sage-femme. Guide d'entretien élaboré spécifiquement pour cette étude : 1) point de vue sur le DIU et état des pratiques ; 2) pratique contraceptive chez la femme nullipare. Enregistrement audio sur le

lieu d'exercice des praticiens après le recueil de leur accord. Retranscription complète du verbatim, puis double codage manuel. Analyse thématique avec triangulation des données.

Résultats

L'étude a été menée auprès de 21 médecins généralistes et 11 gynécologues exerçant en Sarthe ou en Maine-et-Loire : 21 hommes et 11 femmes, d'activités diverses en termes de modes et de lieu d'exercice. La majorité des médecins avait validé un diplôme universitaire (DU) de gynécologie et posait un DIU au moins une fois par mois.

La pose du DIU était considérée comme faisant partie de l'activité des gynécologues, alors qu'elle nécessitait d'être intégrée dans l'exercice des médecins généralistes. Les motivations des médecins généralistes pour poser des DIU étaient multiples : répondre à la demande des femmes, pouvoir offrir tout l'éventail des méthodes contraceptives, pallier le manque d'accessibilité à une consultation de gynécologie, prendre en charge les patientes dans la globalité.

La plupart des médecins avaient déjà posé un DIU à une femme nullipare, mais ne le proposait pas en première intention dans ce cas. D'autres méthodes contraceptives (pilule, implant) étaient perçues comme plus adaptées pour des femmes susceptibles de ressentir un désir de grossesse à court ou moyen terme. Le DIU – particulièrement celui au cuivre – était décrit comme moins efficace que la pilule, avec un risque de grossesse extra-utérine plus important. Il était cependant préféré au DIU hormonal en raison de sa petite taille.

La tolérance du DIU, jugée imprévisible, était ressentie comme un frein chez ces femmes jeunes : dysménorrhée, aménorrhée, acné, douleurs, prise de poids. Sa pose était parfois perçue comme complexe (risque de

Mots-clés

Dispositifs intra-utérins

Contraception

Parité

Key words

Intrauterine devices

Contraception

Parity

Retrouvez cette thèse en intégralité, et en accès libre, sur www.fayrgp.org, rubrique thèse du mois.



malaise), voire dangereuse (risque de perforation, anomalie utérine méconnue). L'absence d'appareil échographique ou l'éloignement d'un centre de soins d'urgence pouvait dissuader les médecins.

Les médecins craignaient que la pose d'un corps étranger intra-utérin soit vécue comme intrusive par des femmes nullipares, en raison de l'absence de vécu de grossesse ou de suivi gynécologique. Leur vie sexuelle, considérée comme instable, pouvait augmenter le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST). La réalisation de prélèvements infectieux avant la pose du DIU était extrêmement variable d'un médecin à l'autre. Le risque infectieux était pourtant associé à la peur de compromettre la fécondité de femmes considérées avant tout comme de futures mères. Les données de la littérature ne parvenaient pas à les rassurer sur ce point.

Les avantages du DIU étaient bien identifiés : méthode de contraception non hormonale, sans risque d'oubli, de longue durée d'action, à faible coût. Le DIU pouvait mieux répondre aux besoins spécifiques de certaines femmes (contre-indications ou lassitude de la pilule, antécédent d'interruption volontaire de grossesse, handicap mental). Un profil sociologique semblait se dégager de la description des femmes qui « adoptaient » le DIU : actives, dynamiques, à l'aise avec leur corps, sans désir de grossesse à court terme.



© JPC-PROD - Fotolia.com

tion. Certains décrivent la mise en place de véritables stratégies contraphobiques non validées, telles que la réalisation d'une échographie systématique (avant ou après la pose du DIU).

Le risque de maladies inflammatoires pelviennes (MIP), et le risque de stérilité qui leur est associé, sont particulièrement palpables dans cette étude. Cette appréhension témoigne surtout de la crainte de compromettre un projet de grossesse (virtuel), et d'une confusion persistante entre l'âge et la parité. Si les IST sont plus fréquentes chez les femmes jeunes, c'est bien leur repérage – et non pas l'interrogatoire sur la parité – qui est le plus à même de minimiser le risque de MIP et de stérilité ultérieure. Cette attitude reste valide quels que soient l'âge et la parité des femmes².

Il est enfin révélateur que les médecins dévient – dans une certaine mesure – le droit des femmes nullipares à disposer d'elle-même et de leur corps. Dans le cadre d'une demande de contraception, un médecin devrait se borner à présenter les méthodes de contraception non contre-indiquées, en exposant leurs bénéfices et leurs risques respectifs. Les médecins persistent encore trop souvent à perpétuer la « norme contraceptive » qui privilégie l'utilisation du préservatif masculin à l'entrée dans la sexualité, la pilule dès que la relation se stabilise, puis le DIU lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint³. La meilleure contraception est pourtant celle que la femme choisit, idéalement en accord avec son partenaire, et celui-ci est rarement son médecin.

Résultat principal

Les médecins généralistes et les gynécologues manifestent encore une réticence certaine à proposer le DIU aux femmes nullipares.

*Julien Gelly – UFR Paris-Diderot
Baptiste Luaces – UFR Bordeaux-Segalen*

Références

1. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, et al. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques. *Population et Sociétés* 2012;492:1-4.
2. Prescrire rédaction. DIU, alias stérilets. Première partie. Une alternative efficace à la contraception hormonale. *Revue Prescrire* 2009;29:113-9.
3. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population et Sociétés* 2004;407:89.

Commentaires

Cette étude qualitative bien conduite témoigne des réticences exprimées par les médecins généralistes et les gynécologues concernant l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares. Malgré des données de la littérature rassurantes, ils sont nombreux à craindre un plus grand nombre de complications dans cette situa-