



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2017

THÈSE N° 260

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES SUR LA PRESCRIPTION DE DISPOSITIF INTRA
UTÉRIN (DIU) CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 24 octobre
2017 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nicolas COLMAS

Né le 1^{er} novembre 1987 à Montpellier

JURY :

Président:

Monsieur le Professeur LETRILLIART

Directeur de thèse :

Docteur Catherine BATTIE

Membres :

Professeur GAUCHERAND

Professeur DUPRAZ

DATE DE SOUTENANCE : 24 octobre 2017

Adresse de l'auteur : nico.colmas@gmail.com, 8 rue du 8 mai 1945, 34140 Bouzigues

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ; transfusion

PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 POUTEIL-NOBLE Claire
 PRACROS J. Pierre
 RIOUFFOL Gilles
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 RUFFION Alain
 SANLAVILLE Damien
 SAURIN Jean-Christophe
 SEVE Pascal
 TEBIB Jacques
 THOBOIS Stéphane
 TRILLET-LENOIR Véronique
 TRONC François

Parasitologie et Mycologie
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Cardiologie
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Urologie
 Génétique
 Hépatogastroentérologie
 Médecine Interne, Gériatrique
 Rhumatologie
 Neurologie
 Cancérologie ; Radiothérapie
 Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
 BARREY Cédric
 BOHE Julien
 BOULETTEAU Pierre
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHAPET Olivier
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DALLE Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCO Patricia
 GHESQUIERES Hervé
 GILLET Pierre-Germain
 HAUMONT Thierry
 KASSAI KOUPAI Berhouz
 LASSET Christine
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 POULET Emmanuel
 REIX Philippe
 SALLE Bruno
 SERVIEN Elvire
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
 TRINGALI Stéphane
 WALLON Martine
 WALTER Thomas

Anesthésie-Réanimation Urgence
 Neurochirurgie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Cancérologie, radiothérapie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Dermatologie
 Pneumologie
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire,
 Physiologie
 Hématologie
 Biologie Cell.
 Chirurgie Infantile
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Epidémiologie., éco. santé
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Psychiatrie Adultes
 Pédiatrie
 Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
 Chirurgie Orthopédique
 Thérapeutique
 Physiologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 O.R.L.
 Parasitologie mycologie
 Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Table des matières

I. Résumé :	10
II. Introduction :	12
III. Matériels & Méthodes :	14
IV. Résultats :	16
V. Discussion :	26
VI. Conclusions signées :	33
VII. Annexe 1 : Questionnaire.	35
VIII. Annexe2 : Tableau d'inclusion.	37
IX. Références bibliographiques	38

I. Résumé :

Introduction

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une méthode contraceptive de longue durée d'action très efficace et recommandée en première intention chez la patiente nullipare. Mais en France, son utilisation reste faible pour cette population.

L'objectif de cette étude était de quantifier les différents freins à la prescription du DIU par les généralistes chez les nullipares afin de comprendre l'écart entre les recommandations et les pratiques actuelles.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle sous forme d'évaluation des connaissances des médecins généralistes dans le 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissement Lyonnais a été réalisée.

Le questionnaire oral comportait des questions sur les indications, complications et contre indications du DIU, sur son efficacité contraceptive et recueillait les caractéristiques des médecins interrogés (âge, genre, activité gynécologique, activité de pose de DIU)

Le critère de jugement principal était le taux de réponses correctes. Le critère de jugement secondaire était le taux de bonnes réponses en fonction des caractéristiques des médecins interrogés.

Résultats

Sur les 101 médecins ayant répondu sur l'utilisation du DIU chez la nullipare, 10 (9,9%) ont répondu qu'il était contre indiqué, 58 (57,4%) que la pose était plus compliquée, 86 (85,1%) que le DIU ne provoquait pas plus de complications chez la nullipare comparé à la multipare et 26 (25,7%) ont répondu que le DIU était plus efficace en pratique courante que les pilules oestro-progestatives.

Le taux de bonne réponse était significativement plus faible lorsque l'âge du médecin augmentait (OR=0,35 [0,35 – 0,77] pour les plus de 60 ans par rapport aux moins de 47 ans), et plus élevé lorsque le médecin avait une activité gynécologique (OR=1,75 [1,28 – 2,41]), y compris dans l'analyse multivariée.

Conclusion

La proportion de médecins contre indiquant le DIU du fait de la nulliparité est faible, mais le DIU est perçu comme plus difficile à poser chez ces patientes pour une majorité de médecins. Il existe toutefois une méconnaissance de la supériorité de l'efficacité contraceptive pratique du DIU comparé aux pilules oestro progestatives, ce qui devrait pourtant être un critère important de choix de contraceptif.

Cependant, ces résultats montrent que les nouvelles générations de médecins, ayant de surcroit une activité gynécologique, semblent bénéficier d'une meilleure connaissance du sujet.

II. Introduction:

Le dispositif intra utérin (DIU) fait partie des méthodes contraceptives dites de longue durée d'action. Il existe deux familles de DIU : ceux au cuivre, et les DIU hormonaux au lévonorgestrel.

L'efficacité contraceptive repose sur différents mécanismes agissant aux différentes étapes de la fécondation :

- Les ions cuivre inactivent les spermatozoïdes, et les rendent incapables de féconder.
- En cas de fécondation, il rend l'endomètre impropre à la nidation par une réaction inflammatoire, qui réduit la capacité d'implantation d'un éventuel œuf fécondé.
- Dans le cas des dispositifs intra utérins au levonorgestrel, il modifie la qualité de la glaire cervicale, entraîne une atrophie de l'endomètre et inhibe parfois l'ovulation¹.

Le DIU est la deuxième méthode contraceptive la plus utilisée en France et la première à travers le monde². En 2010, en France, son utilisation était de 20,7% chez les femmes de 15 à 49 ans contre 49,6% utilisant une pilule hormonale (toutes pilules confondues)³. Le pourcentage d'utilisatrices du DIU a augmenté à 22,6% en 2013 (contre 40,6% pour la pilule hormonale⁴). Entre 2010 et 2013, ces deux études montrent que la couverture contraceptive globale est restée stable avec 76,1% des femmes protégées. Cependant la « crise de la pilule » et le débat médiatique concernant les pilules de 3ème et 4ème génération en 2012-2013 ainsi que le déremboursement de celles ci dès Mars 2013 a sensiblement changé la répartition des méthodes contraceptives utilisées⁵.

En effet, cette forte baisse de l'utilisation de la pilule contraceptive (-9% en 3 ans) ne s'est répercutée qu'en partie sur l'utilisation du DIU (+2%), et il apparaît que ces femmes qui utilisaient la pilule contraceptive se sont également tournées vers l'utilisation du préservatif (féminin comme masculin +3%) et des méthodes dites traditionnelles (+3%).

Or les études d'efficacité contraceptives menées en France⁶ comme aux Etats Unis⁷ montrent, à travers l'indice de Pearl (nombre de grossesses pour 100 femmes par année d'utilisation), une efficacité contraceptive supérieure du DIU par rapport aux pilules contraceptives, à l'utilisation du préservatif ou encore des méthodes traditionnelles : indice de Pearl en pratique courante pour le DIU (tous confondus) 1,1, pilule oestroprogestative 2,4, préservatif masculin 3,3, les méthodes dites traditionnelles ont toutes un indice de Pearl supérieur à 8. Ces écarts sont encore plus marqués dans les résultats de l'étude réalisée par Trussel⁷ aux Etats Unis⁸. Le

DIU a donc déjà fait preuve de sa très grande efficacité contraceptive. Le DIU a également le meilleur rapport cout-efficacité parmi les méthodes contraceptives réversibles (DIU cuivre 30€, DIU au levonorgestrel entre 100 et 110€)⁹.

Malgré tout son utilisation actuelle en France semble être réduite à certaines catégories de population, excluant les jeunes femmes et les nullipares¹⁰, population pourtant la plus à risques de grossesse non désirées¹¹. En France, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne recule pas malgré la diffusion massive de la contraception (ratio de 26 à 27 IVG pour 100 naissances vivantes soit près de 200 000 IVG/an en France, chiffres stables depuis les années 1990¹². Il semble donc que la promotion du DIU dans cette population de femmes nullipares est un levier d'action intéressant.

Les autorités sanitaires françaises et internationales ont donc émis des recommandations visant à promouvoir les méthodes contraceptives réversibles de longue durée¹³ et à étendre l'utilisation des DIU aux femmes nullipares^{14,15}. L'AFSSAPS et l'ANAES l'ont même recommandées depuis 2004 en méthode contraceptive de première intention y compris chez les nullipares¹⁶.

Cependant et malgré ces recommandations, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le DIU en 2010, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus¹⁰. Ces chiffres semblent liés au fait que près d'une femme sur deux et 84% des médecins généralistes interrogés considèrent que cette méthode de contraception n'est pas indiquée chez les nullipares¹⁷.

L'hypothèse de cette étude est donc que ce défaut d'utilisation du DIU chez les nullipares est lié à des représentations négatives des médecins généralistes¹⁸, se fondant sur des données ne correspondant pas à l'état actuel des connaissances, entraînant donc une mauvaise information des patientes.

Dans notre étude, nous avons cherché à analyser les réticences à la prescription de DIU chez les nullipares afin de comprendre l'écart entre les recommandations et les pratiques actuelles.

III. Matériels & Méthodes:

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, chez les médecins généralistes urbains, la proportion des principaux freins à l'utilisation d'un DIU à visée contraceptive chez des patientes nullipares. L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact des caractéristiques des médecins (âge, genre, activité gynécologique, pose de DIU) sur les réponses données.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions. Le critère de jugement secondaire était le taux de bonnes réponses en fonction des différentes caractéristiques des médecins interrogés.

Nous avons reçu un avis favorable de la commission d'éthique concernant le protocole de l'étude. (n° IRB : 2017090501)

Pour déterminer le nombre de sujets à inclure dans notre étude, nous nous sommes basés sur un taux de mauvaises réponses attendues à la question 1 « Le DIU peut-il être indiqué chez une patiente nullipare ? » de 20%. Pour ce taux de mauvaises réponses attendues, la précision de l'estimation était de 5,5% pour 200 médecins interrogés et de 8% pour 100 médecins.

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissement Lyonnais figurant sur « l'annuaire santé d'ameli.fr » mis en ligne par l'assurance maladie soit 213 médecins généralistes répertoriés. Nous avons interrogé la totalité des médecins de ce listing installés dans cette zone géographique définie et exclu les médecins exerçant à l'hôpital ou en clinique (les médecins urgentistes notamment), ainsi que les médecins inscrits en tant que médecin généraliste mais ne pratiquant pas la médecine générale (échographiste, angiologue, médecin esthétique, psychothérapeute, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur...)

Un questionnaire à questions fermées et réponses à choix multiples a été conçu (cf Annexe 1 : Questionnaire).

Le recueil de données a eu lieu de Mars 2017 à Mai 2017 par téléphone ou par courriel après 5 relances téléphoniques. En l'absence de réponse après 5 relances par courriel, le médecin était considéré comme non répondant. Le mail adressé contenait la mention: « les réponses au questionnaire resteront strictement anonymes, je vous prie d'y répondre sans aucune documentation »

Nous avons rappelé les médecins non répondants afin d'obtenir leur âge, leur genre et pour savoir s'ils avaient une activité gynécologique en cabinet. Les données collectées ont été traitées de manière anonyme via un formulaire « google form », permettant l'obtention d'un tableau Excel comprenant tous les résultats horodatés.

Le traitement du genre (homme/femme) et de l'activité gynécologique (oui/non) a été réalisé dans un tableau de fréquence simple. Pour la pose de DIU, nous avons codé les résultats en 1 si les médecins interrogés avaient posé un ou plus DIU dans l'année, 0 s'ils n'en avaient pas posé, ce qui séparait la population en « poseur/non poseur de DIU »

Pour l'âge, nous avons déterminé trois terciles qui représentaient les trois tranches d'âge : 1^{er} tercile : âge inférieur ou égal à 47 ans

2^e tercile $47\text{ans} < \text{âge} \leq 60\text{ ans}$

3^e tercile âge supérieur à 60 ans

Tous les tableaux croisés ont été analysés par test du Khi-deux.

Nous avons analysé la probabilité de bonne réponse toutes questions confondues en utilisant un modèle de régression logistique à intercept aléatoire pour modéliser la probabilité de bonne réponse aux différentes questions en fonction des caractéristiques des médecins.

Un modèle multivarié a également été réalisé.

L'analyse a été réalisée avec le logiciel R, version 3.2.1.

IV. Résultats :

Au total, l'annuaire de l'assurance maladie recensait 213 médecins généralistes dans la zone géographique définie. Sur ces 213, 68 ont été exclus car n'exerçant pas la médecine générale (Annexe 2 : Tableau d'inclusion)

Sur les 145 médecins inclus, un total de 101 réponses ont été collectées, soit un taux de réponse de 69,6%. 49 femmes ont répondu sur 70 dans la population incluse, soit un taux de réponse de 70% pour les femmes, et 52 hommes sur 75 soit un taux de réponse de 69,3% pour les hommes. Il n'y avait pas de données manquantes chez les répondeurs.

Il manquait des données concernant les caractéristiques des non répondeurs, soit parce que les médecins ont refusé de répondre soit parce qu'ils étaient injoignables (téléphone ne fonctionnant pas).

Caractéristiques de la population :

Genre :

Sur les 101 médecins ayant répondu, 49 (48,5%) étaient des femmes, et 52 (51,5%) des hommes.

Age :

Les trois terciles (1 : âge ≤ 47 ; 2 : $47 < \text{âge} \leq 60$; 3 : âge > 60) étaient composés respectivement de 35 (34,7%), 35 (34,7%) et 31 médecins (30,7%)

Dans le 1^{er} tercile, il y avait 12 hommes et 23 femmes ; dans le 2^e tercile 16 hommes pour 19 femmes ; 24 hommes et 7 femmes dans le 3^e tercile. (p=0,001) (tableau 1)

Activité gynécologique :

57 médecins (56,4%) ont déclaré avoir une activité gynécologique de cabinet contre 44 (43,6%) sans activité gynécologique.

Parmi les femmes, 32 (65,3%) ont répondu avoir une activité gynécologique contre 17 (34,7%) sans activité gynécologique.

Ce taux était inférieur chez les hommes qui étaient 25 (48,1%) à avoir une activité gynécologique contre 27 (51,9%) sans activité gynécologique. (tableau 2)

Tableau 1 : Répartition des genres selon les tranches d'âge :

p=0,001	Homme	Femme	Total
Age ≤ 47	12	23	35
47 < Age ≤ 60	16	19	35
Age > 60	24	7	31
Total	52	49	101

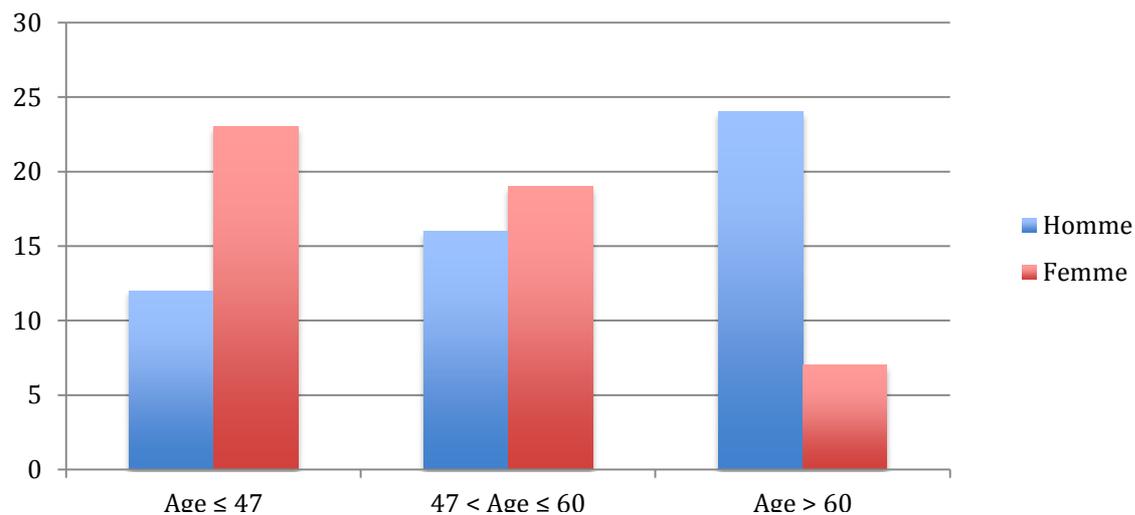
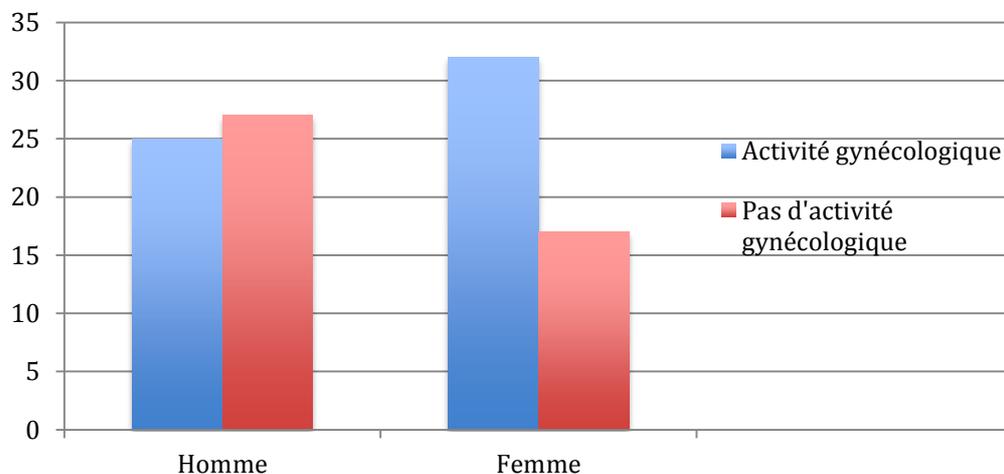


Tableau 2 : Activité gynécologique en fonction du genre :

	Activité gynécologique	Pas d'activité gynécologique	Total
Homme	25	27	52
Femme	32	17	49
Total	57	44	101



Lorsque l'on regardait la répartition de l'activité gynécologique en fonction des différentes tranches d'âge :

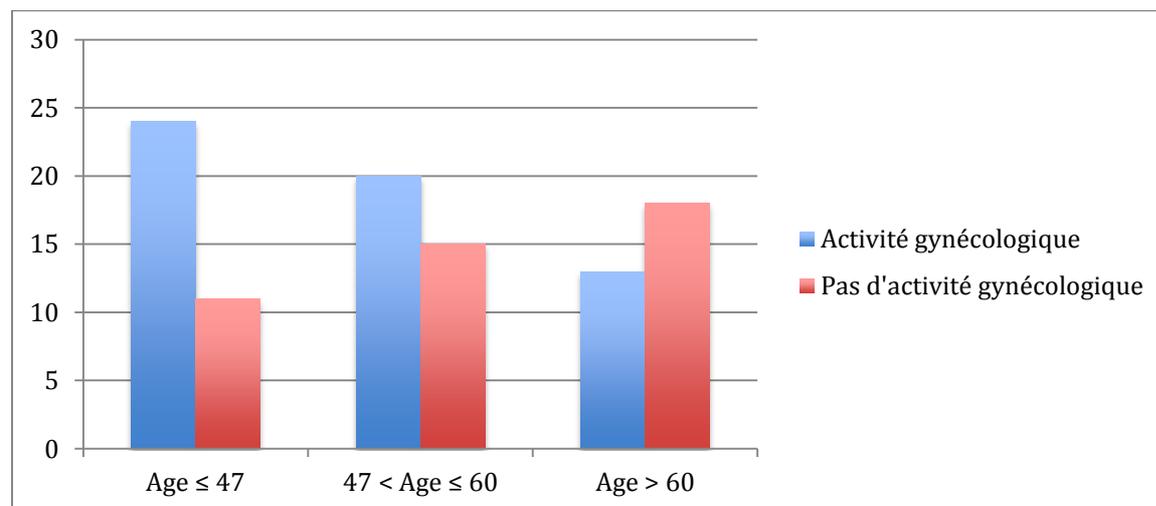
1^{er} tercile : 24 médecins (68,6%) ont déclaré avoir une activité gynécologique contre 11 (31,6%) qui n'en avaient pas.

2^e tercile : 20 médecins (57,1%) ont déclaré avoir une activité gynécologique contre 15 (42,9%) qui n'en avaient pas.

3^e tercile : 13 médecins (41,9%) ont déclaré avoir une activité gynécologique contre 18 (58,1%) qui n'en avaient pas. (p=0,09) (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition de l'activité gynécologique selon l'âge :

p=0,09	Activité gynécologique	Pas d'activité gynécologique	Total
Age ≤ 47	24	11	35
47 < Age ≤ 60	20	15	35
Age > 60	13	18	31
Total	57	44	101



Pose de DIU :

13 médecins généralistes (12,9%) ont répondu poser 1 ou plus DIU par an, contre 88 (87,1%) qui n'en posaient pas.

Parmi les 13 médecins qui ont répondu poser des DIU, 10 étaient des femmes (76,9%) contre 3 qui étaient des hommes (23,1%)

Sur les 13 qui posaient des DIU, tous ont affirmé avoir une activité gynécologique en cabinet.

Parmi ceux qui ont déclaré avoir une activité gynécologique, 44 médecins (77,2%) ont répondu ne jamais poser de DIU.

Le DIU peut il être indiqué chez la patiente nullipare?

Au total, 10 médecins (9,9%) ont répondu que le DIU était contre-indiqué du fait de la nulliparité, soit 91 médecins (90,1%) qui ont répondu que le DIU pouvait être indiqué chez la nullipare.

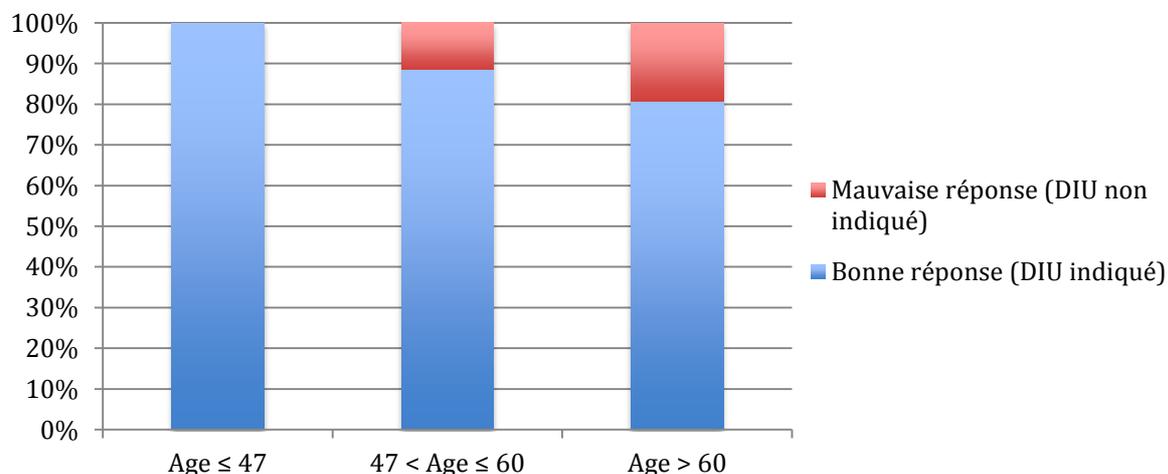
L'analyse croisée de la réponse à cette question en fonction du genre a montré que les femmes répondaient juste dans 95,9% des cas (n=47), et les hommes répondaient juste dans 84,6% des cas (n=44) (p=0,056)

Parmi les répondants ayant une activité gynécologique, 96,5% (n=55) ont répondu que le DIU était indiqué contre 81,8% (n=36) pour ceux n'ayant pas d'activité gynécologique (p=0,017)

Les répondants « poseurs » de DIU ont été 100% (n=13) à répondre que le DIU était indiqué contre 88,6%(n=78) chez les « non poseurs » (p=0,235)

Tableau 4 : Réponses à la question « le DIU peut il être indiqué chez une patiente nullipare ? » en fonction de l'âge :

	Bonne réponse (DIU indiqué)	Mauvaise réponse (DIU non indiqué)	Total
p=0,007			
Age ≤ 47	35	0	35
47 < Age ≤ 60	31	4	35
Age > 60	25	6	31
Total	91	10	101



Concernant les réponses en fonction de l'âge (1^{er}, 2^e et 3^e terciles) :

Les plus jeunes répondants (âge ≤ 47) ont eu 100% de bonnes réponses (n=35), alors que le taux de bonne réponse diminuait avec l'augmentation de l'âge : 88,6% (n=31) pour les 48 à 60 ans et 80,6% (n=25) pour les plus de 60 ans (p=0,007) (Tableau 4)

La pose d'un DIU chez la nullipare est-elle ? (Comparativement à la multipare) plus problématique/moins problématique/pas de différence ?

Au total, sur les 101 médecins interrogés, 58 (57,4%) ont répondu que la pose du DIU est plus problématique, et 43 (42,6%) ont répondu pas de différence ou moins problématique (un médecin ayant répondu moins problématique)

En regardant le taux de réponse selon le genre, 53,1% des femmes (n=26) contre 61,5% des hommes (n=32) ont répondu « plus problématique » (p=0,255)

Les médecins n'ayant pas d'activité gynécologique ont répondu « plus problématique » dans 68,2% des cas (n=30) contre 49,1% (n=28) pour ceux ayant une activité gynécologique en cabinet (p=0,042), et les médecins « non poseurs » de DIU ont répondu « plus problématique » dans 60,2% contre 38,5% dans la catégorie des « poseurs de DIU » (p=0,119)

La catégorie d'âge la plus jeune (≤ 47 ans) a répondu « plus problématique » dans 42,9% des cas (n=15) alors que les catégories 2 et 3 ont répondu « plus problématique » dans respectivement 65,7% et 64,5% des cas (p=0,045)

Parmi les 10 médecins contre indiquant le DIU dans la première question, 70% (n=7) ont répondu « plus problématique ».

Chez les médecins ayant répondu « plus problématique », 87,9% (n=51), ont répondu « orifice interne du col plus difficile à passer », 58,6% (n=34) ont répondu « douleurs plus importantes lors de la pose »

Les propositions « nécessité d'un prélèvement bactériologique » et « autre cause » avaient des taux de réponse respectifs de 10,3% (n=6) et 12,1% (n=7).

Parmi les 51 médecins ayant répondu que la pose était plus problématique en raison de l'orifice interne du col plus difficile à passer chez la nullipare, 23 médecins (45,1%) ont déclaré avoir une activité gynécologique et il y avait 5 médecins (9,8%) « poseurs de DIU », ce qui représentait 40,3% des médecins ayant une activité gynécologique et 38,5% des médecins posant des DIU.

Problématique liée aux complications du DIU :

86 médecins (85,1%) ont répondu que le DIU ne provoquait pas plus de complications chez les nullipares.

15 (14,9%) médecins ont répondu « plus de complications », dont 4 qui avaient répondu que le DIU était contre indiqué chez la nullipare à la première question.

87,8% des femmes (n=43) contre 82,7% des hommes (n=43) ont répondu qu'il n'y avait pas plus de complication chez la nullipare (p=0,333)

86,4%(n=38) des médecins n'ayant pas d'activité gynécologique ont répondu qu'il n'y avait pas plus de complication chez la nullipare contre 84,2%(n=48) des médecins ayant une activité gynécologique (p=0,496)

76,9%(n=10) des médecins « poseurs » de DIU ont répondu qu'il n'y avait pas plus de complication chez la nullipare contre 86,4%(n=76) chez les médecins « non poseurs » (p=0,298)

Les médecins ont répondu « pas plus de complication chez la nullipare » dans 85,7% (n=30) des cas dans les 1^{er} et 2^e terciles, et dans 83,9% (n=26) des cas dans le 3^e tercile (p=0,486)

Parmi les complications qui ont été citées au sein du groupe de 15 médecins ayant répondu « plus de complications » : 6 médecins (40%) ont répondu « expulsion spontanée du DIU » ; 9 (60%) ont répondu « infections génitales hautes » ; 6 (40%) ont répondu « méno/métrorragies » ; 8 (53,3%) ont répondu « douleurs abdominales » ; 3 (20%) ont répondu « infertilité secondaire » ; 7 (46,7%) ont répondu « grossesses extra-utérines » ; 3 (20%) ont répondu « maladie inflammatoire pelvienne », et 0 ont répondu « autre complication ».

Les contre-indications à la pose d'un DIU chez les nullipares :

98 médecins sur les 101 interrogés (97%) ont répondu qu'une malformation utérine était une contre-indication à la pose d'un DIU.

75 (74,3%) ont répondu « haut risque d'infection sexuellement transmissible » (IST), 57 (56,4%) ont répondu « antécédent de grossesse extra-utérine », 33 (32,7%) ont répondu « valvulopathie »,

62(61,4%) ont répondu « trouble de l'hémostase », 82 (81,2%) ont répondu « saignement génital inexplicé » et 41 (40,6%) ont répondu « antécédent d'infection génitale. »

Le taux de bonne réponse en fonction de l'âge a été de, par classe d'âge croissante (1, 2 et 3) : (Les bonnes réponses étaient: malformation utérine, haut risque d'IST et saignement génital inexpliqué)

Malformation utérine : 100%(n=35), 91,4%(n=32) et 100%(n=31) (p=0,6) ; Haut risque d'IST: 77,1%(n=27), 71,4%(n=25) et 74,2% (n=23) (p=0,441) ; Antécédent de grossesse extra utérine : 54,3% (n=19), 37,1% (n=13) et 38,7% (n=12) (p=0,12) ; Valvulopathie : 80% (n=28), 60% (n=21) et 61,3% (n=19) (p=0,064) ; Trouble de l'hémostase : 48,6% (n=17), 45,7% (n=16) et 19,4% (n=6) (p=0,012) ; Saignement génital inexpliqué : 85,7% (30), 80% (n=28) et 77,4% (n=24) (p=0,24) ; Antécédent d'infection génitale : 71,4% (n=25), 60% (n=21) et 45,2% (n=14) (p=0,021)

Le taux de bonne réponse en fonction du genre :

Les femmes ont répondu qu'une malformation utérine était une contre indication dans 95,9% des cas (n=47) contre 98,1% pour les hommes (n=51) (p=0,478)

Le haut risque d'IST a été cité parmi les contre indications 40 fois par les femmes (81,6%) contre 35 fois chez les hommes (67,3%) (p=0,078)

L'antécédent de grossesse extra utérine n'a pas été considéré comme une contre indication dans 46,9% des cas chez les femmes (n=23) et 40,4% chez les hommes (n=21) (p=0,322)

Les femmes ont répondu qu'une valvulopathie n'était pas une contre indication dans 71,4% des cas (n=35) contre 63,5% chez les hommes (n=33) (p=0,261)

Les troubles de l'hémostase ont été cités dans les contre indications chez 53,1% des femmes (n=26) et chez 69,2% des hommes (n=36) (p=0,071)

La contre indication liée à la présence d'un saignement génital inexpliqué a été citée chez 83,7% des femmes (n=41) et 78,8% des hommes (n=41) (p=0,358)

61,2% des femmes (n=30) et 57,7% des hommes (n=30) (p=0,437) ont répondu qu'un antécédent d'infection génitale n'était pas une contre indication.

Réponses en fonction de l'activité gynécologique du répondeur :

Parmi les médecins ayant une activité gynécologique, 98,2%(n=56) ont répondu « malformation utérine » contre 95,5% (n=42) pour ceux sans activité gynécologique (p=0,403)

78,9% des médecins ayant une activité gynécologique (n=45) ont répondu « haut risque d'IST » contre 68,2% chez ceux n'en ayant pas (n=30) (p=0,159)

L'antécédent de grossesse extra utérine n'a pas été considéré comme une contre indication chez 45,6% des médecins ayant une activité gynécologique (n=26) contre 40,9% (n=18) chez les médecins sans activité gynécologique (p=0,394)

La présence d'une valvulopathie ne contre indiquait pas la pose d'un DIU pour 75,4% (n=43) des médecins ayant une activité gynécologique, le taux était de 56,8% (n=25) chez les médecins sans activité gynécologique (p=0,039)

79,5% (n=35) des médecins n'ayant pas d'activité gynécologique ont répondu qu'un trouble de l'hémostase était une contre indication, contre 47,4% (n=27) chez les médecins ayant une activité gynécologique. (p=0,001)

Les saignements génitaux inexplicables ont été cités parmi les contre indications par 84,2% (n=48) des médecins ayant une activité gynécologique contre 77,3% (n=34) chez les médecins n'ayant pas d'activité gynécologique (p=0,264)

L'antécédent d'infection génitale n'est pas cité parmi les contre indication dans 64,9% (n=37) des cas chez les médecins ayant une activité gynécologique contre 52,3% (n=23) chez ceux n'en ayant pas. (p=0,14)

Réponses chez les médecins « poseurs de DIU » et chez les « non poseurs » :

100% (n=13) des médecins « poseurs de DIU » contre 96,6% (n=85) chez les « non poseurs » ont répondu qu'une malformation utérine contre indiquait la pose d'un DIU. (p=0,658)

Le haut risque d'IST a été cité chez 100% (n=13) des médecins « poseurs » contre 70,5% (n=62) des médecins « non poseurs » (p=0,016)

L'antécédent de grossesse extra utérine n'a pas été cité parmi les contre indications pour 46,2% des médecins « poseurs » (n=6) contre 43,2% des médecins « non poseurs » (n=38) (p=0,535)

8 médecins « poseurs » (61,5%) et 60 médecins « non poseurs » (68,2%) ont répondu qu'une valvulopathie ne contre indiquait pas la pose de DIU (p=0,426)

Les troubles de l'hémostase n'ont pas été cités parmi les contre indications pour 38,5% (n=5) des médecins « poseurs » et 38,6% (n=34) des médecins « non poseurs » (p=0,621)

Tous les médecins « poseurs » interrogés ont répondu qu'un saignement génital inexplicable contre indiquait la pose d'un DIU (100% ; n=13), 69 parmi les médecins « non poseurs » (78,4%) citent cette contre indication (p=0,055)

76,9% (n=10) des médecins « poseurs » ont répondu qu'un antécédent d'infection génitale n'était pas une contre indication contre 56,8% (n=50) chez les médecins « non poseurs » (p=0,141)

Efficacité contraceptive :

Concernant l'efficacité contraceptive comparée à une pilule oestro-progestative :

26 médecins (25,7%) ont répondu « plus efficace », 46 médecins (45,5%) ont répondu « pas de différence », et 29 (28,7%) ont répondu « moins efficace ».

Probabilité de bonnes réponses toutes questions confondues :

En fonction du genre :

L'Odds ratio exprimant la probabilité de bonne réponse des hommes par rapport aux femmes était 0,72 [0,52 – 1,001]

En fonction de l'âge :

La probabilité de bonne réponse diminuait lorsque l'âge augmentait et ce de façon statistiquement significative. L'Odds ratio pour la classe d'âge 2 par rapport à la classe d'âge 1 était estimé à 0,62 [0,42 – 0,92]

L'Odds ratio pour la classe 3 par rapport à la classe d'âge 1 était estimé à 0,35 [0,35 – 0,77]

En fonction de l'activité gynécologique :

La probabilité de bonne réponse était plus élevée chez les médecins déclarant avoir une activité gynécologique et ce de façon statistiquement significative. L'Odds ratio associé au fait d'avoir une activité gynécologique par rapport à ne pas en avoir était estimé à 1,75 [1,28 – 2,41]

En fonction de la pose ou non de DIU :

L'Odds ratio exprimant la probabilité de bonne réponse associée au fait de poser des DIU par rapport à ne pas en poser était estimé à 1,62 [0,96 – 2,73]

Dans le modèle multivarié seul l'âge et la déclaration d'une activité gynécologique étaient associés à la probabilité de bonne réponse de façon statistiquement significative (tableau 5).

Tableau 5 : Probabilité de bonne réponse en fonction des caractéristiques des médecins, résultat du modèle multivarié :

	Odds ratio	IC à 95%	p
Homme vs Femme	0,88	[0,63 – 1,25]	0,49
Classe d'âge 1	1		
Classe d'âge 2	0,66	[0,45 – 0,98]	0,04
Classe d'âge 3	0,62	[0,40 – 0,95]	0,03
Activité gynécologique	1,55	[1,10 – 2,19]	0,01
Pose de DIU	1,12	[0,65 – 1,93]	0,69

V. Discussion :

Les résultats de l'étude suggèrent donc que les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux à penser que le DIU n'est pas indiqué chez les nullipares, et que la nouvelle génération de médecin surtout s'ils ont une activité gynécologique en cabinet sont des facteurs prédictifs de meilleure connaissance du sujet.

Les difficultés techniques à la pose du DIU chez les nullipares sont souvent évoquées, principalement en raison d'un col plus étroit et donc plus difficile à passer, puis en raison de douleurs plus importantes lors de l'insertion.

Les médecins interrogés sont 14,9% seulement à penser qu'il y a plus de complications suite à la pose d'un DIU chez une nullipare comparativement à une patiente multipare, parmi eux, le risque d'infection génitale haute était en première position des complications citées (60%)

Enfin, dans cette étude, 25,7% des interrogés savent que le DIU est plus efficace que la pilule oestro progestative en pratique courante.

Pour déterminer le nombre de médecins à inclure, nous avons choisi un taux de mauvaise réponse attendue à la question 1 « Le DIU peut il être indiqué chez une patiente nullipare ? » de 20% de manière arbitraire, n'ayant pas de données disponibles sur la question.

Nous avons exclu les médecins généralistes exerçant à l'hôpital ou en clinique ainsi que ceux ne pratiquant pas la médecine générale car nous avons considéré qu'ils n'étaient pas impliqués dans l'orientation des patientes en ce qui concerne le choix de la contraception.

Pour réaliser le questionnaire, nous avons repris point par point les représentations négatives des médecins généralistes vis à vis de l'utilisation des DIU dans cette indication, en nous basant sur les résultats d'une thèse publiée en 2011¹⁸.

Le questionnaire contenait des questions fermées à choix multiples afin de faciliter son remplissage par les médecins généralistes, et ainsi optimiser le taux de réponses.

Un interrogatoire oral a été décidé afin d'avoir des réponses non préparées et de limiter les données manquantes.

Nous avons séparé la population en « poseur/non poseur de DIU » car les données recueillies concernant l'activité de pose de DIU étaient très dispersées.

La population de l'étude est constituée de médecins exerçant tous en milieu urbain, de cela découle un biais de sélection. En effet, les médecins urbains sont probablement moins amenés

à avoir une activité gynécologique et à poser des DIU car les patientes qui les consultent ont plus facilement accès aux gynécologues comparativement aux populations plus rurales.

Il est donc possible que l'échantillon ne soit pas totalement représentatif de l'ensemble de la population des médecins généralistes, et que ce biais accentue les résultats obtenus dans cette étude.

Nous avons minimisé le biais d'auto sélection en interrogeant systématiquement la totalité des médecins de la zone géographique définie.

Il était prévu de comparer les caractéristiques des médecins dans les groupes répondeurs et non répondeurs afin de voir s'ils étaient comparables, mais nous avons eu trop de données manquantes sur les caractéristiques des médecins non répondeurs.

Le seul critère où nous avons pu comparer est celui du genre, et les taux sont très comparables entre les deux groupes (48,5% de femmes, 51,5% d'hommes chez les répondeurs contre 47,7% de femmes et 52,3% d'hommes chez les non répondeurs)

Nous n'avons pas non plus comparé les réponses recueillies par mail et celles recueillies par téléphone, car ce n'était initialement pas prévu dans le protocole et le mode de recueil n'a donc pas été noté par l'investigateur.

Nous n'avons pas différencié dans le questionnaire les différents types de DIU. Or les médecins interrogés peuvent avoir des avis différents en fonction du type de DIU, notamment en ce qui concerne les difficultés et la douleur à l'insertion (DIU progestatif type MIRENA plus large que le DIU cuivre ou les DIU dit « short » type JAYDESS) mais aussi pour les méno-métrorragies (les DIU hormonaux sont moins pourvoyeurs de méno-métrorragies)¹⁹

L'analyse de l'échantillon et de ses caractéristiques montre que la population médicale se féminise (Cf tableau 1) avec un taux de 65,7% de femmes dans le groupe des médecins d'âge inférieur ou égal à 47 ans, alors que ce taux baisse significativement dans les groupes plus âgés (54,3% pour les 48-60 ans et 22,6% pour les plus de 60 ans) (p=0,001)

Cela correspond aux dernières données démographiques disponibles²⁰.

Or, la description de la population montre que les femmes généralistes sont 65,3% à avoir une activité gynécologique contre seulement 48,1% chez les hommes (Cf tableau 2)

Cela concorde avec le fait que le groupe le plus jeune (et contenant donc le plus fort pourcentage de femmes) déclare plus souvent avoir une activité gynécologique (68,6% des cas) contre respectivement 57,1% et 41,9% dans le deuxième et troisième tercile. ($p=0,09$)

Nos données montrent que la transformation actuelle de la population de médecins généralistes engendre, par ses caractéristiques différentes, une augmentation de la pratique d'une activité gynécologique par les généralistes, ce qui correspond au besoin actuel du fait d'un accès au spécialiste de plus en plus difficile en raison de leur nombre décroissant²⁰.

Cette tendance est probablement atténuée dans la population urbaine de l'étude - avec un accès relativement facile au spécialiste - en comparaison aux zones plus rurales.

Malgré cela, le taux de généraliste posant des DIU reste faible (12,9%), ce qui peut être lié aux différentes contraintes liées à la pose de DIU en cabinet de médecine générale : manque de temps, de rémunération, ou encore par contrainte matérielle (nécessité d'achat de matériel nécessaire à la pose de DIU)⁸

Parmi ces médecins « poseurs », là encore nous avons une majorité de femmes (76,9%), Ce résultat est également à interpréter dans le contexte « urbain » de l'étude, les médecins installés en zone rurale étant probablement plus sollicités pour la pose de DIU toujours pour des raisons de difficultés d'accès au spécialiste.

Une prochaine étude pourrait s'attacher à étudier ce même sujet dans une population exclusivement rurale, et comparer les résultats dans ces deux populations.

Dans notre étude ils sont peu (9,9%) à penser que le DIU est contre indiqué

Ces chiffres contrastent avec ceux avancés en 2012 par l'INED (enquête FECOND) qui annonçait 84% de médecins qui pensaient que le DIU n'était pas indiqué chez la nullipare^{10,17}.

Cette diminution peut être le résultat d'une meilleure information des médecins généralistes suite aux recommandations de l'HAS en 2013¹⁴.

On note qu'ils sont significativement moins à penser que le DIU est contre-indiqué dans le groupe des praticiens ayant une activité gynécologique (96,5% contre 81,8% $p=0,017$ chez les médecins sans activité gynécologique)

Comme le fait de déclarer une activité gynécologique, l'âge est également un facteur déterminant sur le risque de mauvaise réponse à cette question (cf Tableau 4) : Les taux de bonne réponse chute lorsque l'on passe de la catégorie d'âge inférieure ou égale à 47ans

(100% de bonne réponse) aux catégories plus âgées (respectivement 88,6% et 80,6% pour les 2^e et 3^e terciles)

L'explication de ce résultat est probablement multifactorielle :

Depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale, les jeunes générations reçoivent maintenant une formation initiale plus approfondie en gynécologie.

D'autre part, la population plus âgée est, nous l'avons vu, majoritairement masculine, avec une activité gynécologique moindre en comparaison aux plus jeunes catégories. Ceci peut expliquer que, sur ce sujet en pleine transformation où les connaissances techniques sont rapidement obsolètes, certains médecins ne se sentant que peu concernés par la question, ne mettent pas à jour leurs connaissances⁸.

Concernant les difficultés à la pose du DIU, 57,4% des médecins interrogés pensent que cela est « plus problématique » chez la patiente nullipare.

On voit donc que c'est un frein important chez les médecins généralistes qui craignent donc souvent des difficultés supplémentaires chez la nullipare lors de l'insertion du DIU en raison d'un orifice interne du col plus difficile à passer (87,9% des réponses), ou de douleurs plus importantes à la pose (58,6% des réponses)

La majorité des études n'observent pas d'augmentation du risque d'échec de pose chez les nullipares (4,2% versus 3,3% chez les patientes ayant déjà accouché, $p=0,45$)²¹

Les douleurs à l'insertion sont globalement plus intenses chez les patientes nullipares, tout en restant de faible intensité et acceptables pour la majorité des patientes²²

Une information préalable concernant ce point est donc nécessaire et devra intervenir dans la discussion de choix de la contraception.

L'HAS recommande l'utilisation d'un anti-spasmodique avant la pose¹⁴.

A noter qu'il n'y a pas d'indication d'utilisation de misoprostol, des anti inflammatoires, d'une anesthésie locale à la lidocaïne ou encore du monoxyde d'azote inhalé lors de la pose du DIU²³.

L'information en amont de la pose, l'utilisation d'un antispasmodique avant l'insertion, ainsi que l'entraînement et l'expérience du praticien effectuant le geste sont donc des éléments importants afin de réduire au maximum les échecs de pose ainsi que les douleurs.

Lorsque nous regardons les réponses à cette même question sur les difficultés à l'insertion du DIU chez les nullipares, en s'intéressant à l'activité gynécologique ou non du médecin interrogé, on s'aperçoit que les médecins n'ayant pas d'activité gynécologique sont 68,2% à

répondre « insertion plus problématique » contre seulement 49,1% des médecins ayant une activité gynécologique ($p=0,042$), et ce taux baisse encore lorsque l'on interroge les médecins qui posent des DIU (38,5%).

Il apparaît donc que les médecins qui posent effectivement des DIU dans leur pratique courante ne semblent en définitive pas particulièrement préoccupés par la parité des patientes, la nulliparité étant, d'après nos résultats, un sujet de crainte principalement pour les médecins n'ayant pas de pratique en la matière.

Concernant les complications, seulement 14,9% des médecins interrogés affirment qu'il y en a plus chez la nullipare.

Ce faible nombre de médecin ayant répondu « plus de complications » est en accord avec les données actuelles sur la tolérance du DIU, aspect important à aborder lors de la discussion avec les patientes, afin d'envisager cette méthode contraceptive comme une méthode pérenne. Une revue de la littérature²⁴ a montré un taux de continuation à 12 mois du DIU chez les patientes de moins de 25 ans meilleur que celui des autres moyens de contraception ($p=0,004$), y compris la contraception orale oestroprogestative ($p<0,001$)

Pour le DIU au cuivre, on observe un taux de continuation à 1 an de 90% chez la nullipare et un taux de satisfaction de 93%, malgré une augmentation de l'abondance des règles (84%) et des dysménorrhées (80%) qui lorsqu'on interrogeait les patientes était peu ou pas gênante dans respectivement 74% et 58% des cas²⁵.

L'étude Garbers et al.²⁶ n'a quant à elle pas montré de différence sur le taux de continuation en fonction de la parité (90,4% chez la nullipare contre 88% chez les multipares)

Enfin, le taux de satisfaction des adolescentes utilisant un DIU au lévonorgestrel 13,5mg est important (83,4%) avec seulement 16,8% de retraits à 12 mois et cela sans augmentation des complications²⁷ alors que pour un autre auteur, le DIU au lévonorgestrel présente moins de complications et de retraits précoces quel que soit l'âge, comparé au DIU cuivre²⁸ mais il reste indiqué en deuxième intention et semble être une bonne alternative notamment en cas de mauvaise tolérance du DIU au cuivre (dysménorrhée, méno-métrorragies)

Dans notre étude, le risque d'infection génitale haute est quant à lui cité le plus souvent (60% des réponses). Or, ce risque est évalué à 1,6 pour 1000 femmes par an et prédomine dans les 20 jours suivant l'insertion du dispositif (9,7/1000 femmes sur cette période, contre 1,4/1000 femmes ensuite)²⁹.

Ce risque est faible et largement majoré en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae*, indépendamment de la parité de la patiente concernée.

L'important pour éviter ce risque n'est donc pas le fait que la patiente soit nullipare ou multipare mais bien son exposition aux infections sexuellement transmissibles, ainsi la recherche de facteur de risque d'IST et le dépistage de celles-ci au moment de la pose du dispositif semble minimiser le risque de maladie inflammatoire pelvienne, d'autant plus que selon une étude à ce sujet³⁰, le prélèvement bactériologique permet de retrouver une IST avec une sensibilité de 99,3% chez les femmes à risque d'IST lorsque l'on prend comme facteur de risque l'âge inférieur ou égal à 25 ans, la notion de partenaires sexuels multiples, l'utilisation non systématique de préservatif et un antécédent personnel d'IST.

Ce risque de maladie inflammatoire pelvienne dans les suites de la pose d'un dispositif intra utérin est donc réel mais faible, et non spécifique aux patientes nullipares, il est de plus évitable en ciblant les patientes à risque d'IST et effectuant un prélèvement bactériologique en cas de facteur de risque d'IST retrouvé.

L'efficacité contraceptive du DIU est reconnue supérieure aux pilules oestro progestatives dans 25,7% des cas par les médecins généralistes interrogés, les connaissances actuelles montrent qu'en utilisation courante, le DIU a une efficacité supérieure aux pilules oestro progestatives^{6,7,14}.

Par exemple l'étude menée aux états unis⁷ montre un pourcentage de femmes ayant une grossesse non désirée au cours de la première année d'utilisation du DIU à 0,8% pour le DIU cuivre et 0,2% pour le DIU progestatif (Mirena). A titre de comparaison, en pratique courante, le taux de grossesse sous pilule combinée s'élève à 9% dans cette même étude.

L'analyse statistique toutes questions confondues a également montré un impact significatif de l'activité gynécologique et de l'âge des médecins interrogés sur leur probabilité de bonne réponse.

La probabilité de bonne réponse diminue lorsque l'âge augmente et ce de façon statistiquement significative. L'Odds ratio pour la classe d'âge 2 par rapport à la classe d'âge 1 est estimé à 0,62 [0,42 – 0,92]. L'Odds ratio pour la classe 3 par rapport à la classe d'âge 1 est estimé à 0,35 [0,35 – 0,77]

La probabilité de bonne réponse est plus élevée chez les médecins déclarant avoir une activité gynécologique et ce de façon statistiquement significative. L'Odds ratio associé au fait d'avoir une activité gynécologique par rapport à ne pas en avoir est estimé à 1,75 [1,28–2,41].

Et ceci reste vrai dans le modèle multivarié.

C'est un des éléments important notre étude d'avoir pu corrélérer des données démographiques à des connaissances scientifiques personnelles. On s'aperçoit qu'il y a de réelles différences de connaissances sur ce sujet selon les caractéristiques intrinsèques des médecins interrogés, et ceci peut avoir un intérêt non négligeable s'il est pris en compte dans la manière d'aborder la formation continue des médecins généralistes.

VI. Conclusions signées :

THESE SOUTENUE PAR Mr COLMAS Nicolas

CONCLUSIONS

La population des médecins généralistes des 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements Lyonnais suit la démographie médicale française globale en se féminisant, les générations plus jeunes sont majoritairement des femmes qui ont plus tendance à assurer le suivi gynécologie dans leur cabinet de médecine générale. La pose de DIU reste une pratique rare chez les médecins généralistes. Pourtant, le DIU est préconisé en première intention y compris chez les patientes nullipares.

L'objectif principal de cette étude était de quantifier les différents freins à la prescription du DIU par les généralistes chez les nullipares afin de comprendre l'écart entre les recommandations et les pratiques actuelles.

Pour cela nous avons réalisé une étude observationnelle sous forme d'évaluation des connaissances des médecins généralistes dans le 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissement Lyonnais par un questionnaire oral (par téléphone) qui comportait des questions sur les indications, complications et contre indications du DIU, sur son efficacité contraceptive, et recueillait les caractéristiques des médecins interrogés (âge, genre, activité gynécologique, activité de pose de DIU)

Les résultats de cette étude suggèrent que la connaissance des propriétés et indications de prescription de DIU chez la nullipare dépend du profil des médecins généralistes interrogés. En effet, la nouvelle génération, et particulièrement ceux qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes, sont plus sensibilisés et plus à jour dans leur connaissance des recommandations médicales sur ce sujet. Environ trois quarts des médecins interrogés pensent que le DIU a une efficacité contraceptive égale ou inférieure aux pilules oestro progestatives, alors que l'état actuel des connaissances montre que le DIU a un meilleur indice de Pearl en pratique courante que toutes les pilules confondues. Les principaux arguments avancés par les médecins pour justifier de leur pratique sont la crainte d'un geste plus difficile chez la nullipare (lié notamment au col plus fermé rendant la pose plus douloureuse). En revanche, les complications ne semblent pas un argument fréquent de non prescription, puisque la grande majorité des médecins ont répondu que celles ci ne sont pas plus fréquentes chez les nullipares. La complication la plus évoquée est le risque de maladie inflammatoire pelvienne. Ce risque existe chez la nullipare comme chez la multipare, et dépend surtout du risque d'IST. Ces dernières pouvant être efficacement dépistées par un prélèvement vaginal avant la pose de DIU.

Pour mieux informer les patientes nullipares de la possibilité d'utiliser un DIU comme méthode contraceptive, il faudrait actualiser les connaissances des médecins plus âgés et sans activité gynécologique. Il semble également nécessaire de rappeler les indications du DIU chez les nullipares ainsi que leur efficacité supérieure en pratique courante en comparaison à toutes les pilules confondues, de convaincre que les difficultés techniques liées à la pose de DIU chez ces patientes ne sont pas insurmontables pour un praticien expérimenté, et de standardiser la prévention et la gestion du risque infectieux.

Ces résultats devront être confirmés par une étude de plus grande ampleur, s'intéressant non seulement à la médecine urbaine mais également à la médecine rurale afin d'en comparer les éventuelles divergences, et donc de pouvoir conclure sur les pratiques de l'ensemble des médecins généralistes français.

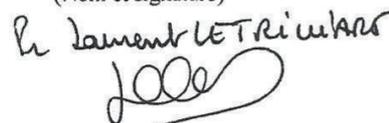
Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carole Burillon', is written over a circular red stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSITE LYON 1' and 'FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE DE LYON SUD CHARLES MERIEUX'.

Carole BURILLON

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laurent Letricum', is written over a circular red stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSITE LYON 1' and 'FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE DE LYON SUD CHARLES MERIEUX'.

Vu et Permis d'imprimer

Lyon, le 19/09/2017

VII. Annexe 1 : Questionnaire.

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PRESCRIPTION DE DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU) CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES:

Ce questionnaire est strictement anonyme

Dans un souci de représentativité, merci de ne vous aider d'aucun support pour y répondre.

Le terme de DIU regroupe tous les types de DIU actuellement sur le marché.

Selon vous, chez la nullipare :

1-le DIU peut-il être indiqué chez une patiente nullipare ?

oui / non

2-La pose d'un DIU chez la nullipare est elle (comparativement à la multipare) :

plus problématique ?/moins problématique ? / pas de différence

si vous avez répondu « plus problématique », pourquoi ?

Orifice interne du col plus difficile à passer ? oui / non

douleurs plus importantes à la pose ? oui / non

prélèvements bactériologiques nécessaire ? oui / non

autre cause ? oui / non

3-En ce qui concerne les complications, il y en a t-il ?

Plus / moins / autant

si vous avez répondu « risque de complications plus important », cela concerne :

l'expulsion spontanée du DIU? oui / non

Les infections génitales hautes? oui / non

Méno/métrorragies ? oui / non

les douleurs abdominales ? oui / non

l'infertilité secondaire ? oui / non

les grossesses extra utérines ? oui / non

les maladies inflammatoires pelviennes ? oui/non

Autres complications ? oui/ non

4-Parmi ces propositions, lesquelles sont des contre indications à la pose d'un DIU chez la nullipare ?

Malformation utérine ? oui / non

Haut risque d'infection sexuellement transmissible? oui / non

Antécédent de grossesse extra-utérine ? oui / non

Valvulopathie ? oui / non

Les troubles de l'hémostase ? oui / non

saignement génital inexpliqué

Antécédent d'infection génitale

5-En pratique courante, l'efficacité contraceptive du DIU en comparaison à une pilule oestro-progestative est elle :

plus efficace / moins efficace / pas de différence

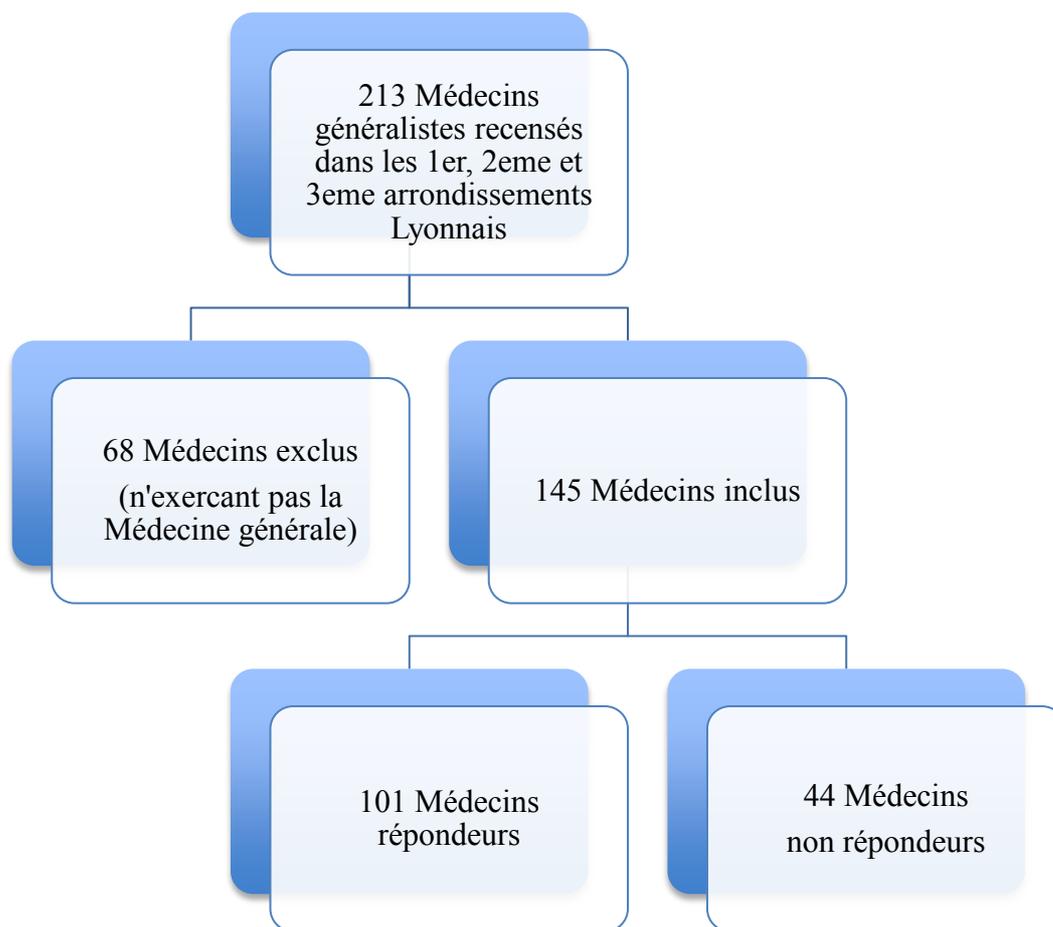
6-Etes vous : un homme/une femme ?, quel âge avez vous ?

7-Avez vous une activité de gynécologie médicale dans votre cabinet (suivi gynécologique, grossesses, frottis) : oui / non

8-Combien de DIU posez vous par an ?

9- commentaires éventuels :

VIII. Annexe 2 : Tableau d'inclusion.



IX. Références bibliographiques :

- 1 : Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices : update and estimation of postfertilization effects. Am J obstet Gynecol. 2002; 187(6): 1699-1708
- 2 : United nations, Departement of economic and social affairs. World contraceptive use.2016
- 3 : INSERM-INED. Enquête fecond. 2010
- 4 : INSERM-INED. Enquete fecond. 2013
- 5 : Bajos N, Moreau C et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Ined: population & sociétés. 2014 mai; 511: 1-4
- 6 : Moreau C, Trussel J et al. Contraceptive failure rates in France: result from a population-based survey. Human reproduction. 2007 sept; 22(9) :2422-2427
- 7 : Trussel J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011; 83(5):397-404
- 8 : HAS. Document de synthèse: État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013 Avril: page 11-12 et 27
- 9 : Santé publique France. Tableau comparatif des moyens de contraception. [En ligne] www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
- 10 : Bajos N, Bohet A et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Ined: population & sociétés. 2012 sept; 492:1-4
- 11 : Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception. 2011 Nov; 84(5): 478-485
- 12 : INED. Avortements-Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels.[En ligne] www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements
- 13 : IGAS. Rapport N°RM2009-104A: La pévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. 2009 Oct: page 56
- 14 : HAS. Méthodes contraceptives: Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mis à jour septembre 2016
- 15 : OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2015: page 189
- 16 : ANAES/AFSSAPS/INPES. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme: Recommandations pour la pratique clinique. 2004 dec: page 6
- 17 : Moreau C, Bohet A, Hassoun D et al. IUD use in France, women's and physician's perspectives. Contraception. 2014 ; 89:9-16
- 18 : Harb Juhel N, Benedini E. Représentations des médecins généralistes sur l'utilisation des dispositifs intra-utérins comme moyen de contraception chez la nullipare, étude qualitative

par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Rhône. [Thèse de Doctorat de Médecine générale] Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2011

19 : Berenson AB, Tan A et al. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet & Gynecol.* 2013 mai; 121(5):951-958

20 : CNOM. ATLAS de démographie médicale 2016 page 41 et 236-237

21 : Teal SB, Romer SE, Goldthwaite LM et al. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women : success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(4): 515.e1-e5

22 : Brown MB, Trouton K. Intrauterine device insertions: which variables matter? *J Fam Plann & Reprod Health Care* BMJ. 2014; 40: 117-121

23 : Zapata LB, Jatlaoui TC et al. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception.* 2016; 94: 739-759

24 : Usinger KM, Gola SB et al. Intrauterine contraception continuation in adolescent and young women: a systematic review. *J Pediatr adolesc gynecol.* 2016; 29: 659-667

25 : Guicheteau C, Boyer L et al. Tolerance of copper intrauterine device in nulliparous patients: a single-center prospective study. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015; 43: 144-150.

26 : Garbers S, Haines-Stephan J, Lipton Y et al. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 month. *Contraception.* 2013; 87: 101-106

27 : Gemzell-Danielsson K, Buhling KJ, Dermout SM et al. A phase III, single arm study of LNG-IUS 8, a low dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (13,5mg) in post menarcheal adolescents. *Contraception.* 2016; 94: 739-759

28 : Berenson AB, Tan A, Hirth JM et al. Complications and continuation of intrauterine device among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol.* 2013; 121: 951-958

29 : Farley TM, Rosenberg MJ et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. *Lancet.* 1992 mars; 339(8796): 785-788

30 : Grentzer JM et al. Risk-based screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae prior to intrauterine device insertion. *Contraception.* 2015 Oct; 92(4): 313-318

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour vos remarques constructives tout en pédagogie.

A Monsieur le Professeur Pascal Gaucherand,

Merci pour votre présence dans ce jury, pour votre avis et votre expertise en gynécologie.

Au Professeur Christian Dupraz,

Je vous remercie de m'avoir poussé à continuer et approfondir ce travail lorsque celui-ci n'était encore qu'un vague projet, vous m'avez donné confiance par l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au Docteur Catherine Battie et Etienne Beaufiles,

Merci pour votre soutien et votre aide durant le travail de cette thèse. Votre expérience, votre patience et votre pédagogie m'ont permis ce travail.

A Madame Muriel Rabilloud,

Merci de m'avoir guidé dans l'analyse statistique des données et pour tout le travail fourni.

Merci à tous les médecins, co internes, infirmiers et aides soignants rencontrés durant mon internat :

Merci au Dr Chantal Tribolet, qui m'a si bien accueilli au fin fond du Beaujolais.

Merci à cette équipe inoubliable de N1 rencontrée en premier semestre, qui m'a tant appris sur le plan professionnel et personnel. Impossible de citer tous les membres de cette grande famille, mais parmi eux les incontournables champions de la bringue : Bobo, Pierrot, Guigui et Aureccio.

Et Marine et Maude bien sur, mes co internes du tout début, toujours fidèle au poste après toutes ses années, je suis content de vous avoir vous le savez !

A Marco et ce fabuleux dernier semestre passé au paradis des internes, dans le service du tout aussi fabuleux Dr Denis Péré Vergé. Vous êtes imprenables à la pétanque, je m'incline.

Merci à mes co internes de Valence, avec qui on a souvent dépassé les bornes, ces 6 mois avec vous restent parmi mes meilleurs souvenirs de mon passage Lyonnais.

Merci à Simon, Paul, Chloé, Laurent, Yann, Jonjon, Kevin... Avalanche! Evidemment...

A mes coloc : Ben, Niouniou (et Véréna), Marijo et Mitch, pour ses belles années passées ensemble, j'ai été heureux de vivre avec vous dans notre appart de folie, et je suis très fier de nous et de cette maturité acquise ces dernières années, parce que c'était pas gagné.

A Jae, mon fidèle acolyte, quel régal de te connaître, même si t'es pas toujours présentable.

Mention spéciale à Mélo, pour son aide pour ce travail, mais aussi pour cette tendance à toujours trop bien s'occuper des autres, t'es une pépite ! Francis et Léon ont bien de la chance de t'avoir, hâte que vous rentriez au pays.

Merci à mes Amis Maxo, Ronald, Pedro, Adri, Jibou, Gaspouch, Nikos, David... sans oublier Tiffus, Baf-et-Arnaud, Agathe, Doby et Lalalounge !!! Tous rencontrés sur les bancs de la fac de médecine de Montpellier, qui ont fait que finalement ces années, c'était trop court. Je recommencerais bien !

A mes Bro' Nico (et Sara), Bap (et Doby), Jippetto (et Karen), César (et Clélia), Raph (et Yamit), Lulu (et Peggy). On se suit depuis le lycée, je vais pas insister sur ce que vous représentez pour moi parce que je sais qu'il y a un sensible dans le groupe et je voudrais pas que ça pleure...

Bref je vous aime.

A ma famille surtout.

Papa, toi qui m'as donné le gout de la médecine, et cette envie d'essayer de faire aussi bien que toi. Et Mam, sans qui tout cela ne serait pas arrivé, toi qui t'occupes si bien de nous, merci pour tout cet amour.

Mon frère Jippetto, mon ami de toujours, qui me connaît depuis le premier jour, et à Karen ma belle sœur préférée, vous qui m'avez donné une si belle nièce. Mila j'ai hâte de te voir grandir !

Ma grande sœur Delphine, qui malgré la distance a toujours été là, hâte de vous retrouver avec ton « presque mari » et mes 4 girls : Victoire, Edma, Louise et Luce. Attention j'arrive !!!

A Jeff mon cousin mégalo et Amélie, à notre enfance et ces premières années de médecine passées en votre compagnie.

A MA Mamoune, ton éternelle jeunesse et ta soif de vie sont un exemple pour moi, mon insouciance et ma joie de vivre je te les dois.

A Papou, A Mamé, « le souvenir, c'est la présence invisible », je ne vous oublierai jamais.

Résumé :

Introduction

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une méthode contraceptive de longue durée d'action très efficace et recommandée en première intention chez la patiente nullipare. Mais en France, son utilisation reste faible pour cette population.

L'objectif de cette étude était de quantifier les différents freins à la prescription du DIU par les généralistes chez les nullipares afin de comprendre l'écart entre les recommandations et les pratiques actuelles.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle sous forme d'évaluation des connaissances des médecins généralistes dans le 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissement Lyonnais a été réalisée.

Le questionnaire oral comportait des questions sur les indications, complications et contre indications du DIU, sur son efficacité contraceptive et recueillait les caractéristiques des médecins interrogés (âge, genre, activité gynécologique, activité de pose de DIU)

Le critère de jugement principal était le taux de réponses correctes. Le critère de jugement secondaire était le taux de bonnes réponses en fonction des caractéristiques des médecins interrogés.

Résultats

Sur les 101 médecins ayant répondu sur l'utilisation du DIU chez la nullipare, 10 (9,9%) ont répondu qu'il était contre indiqué, 58 (57,4%) que la pose était plus compliquée, 86 (85,1%) que le DIU ne provoquait pas plus de complications chez la nullipare comparé à la multipare et 26 (25,7%) ont répondu que le DIU était plus efficace en pratique courante que les pilules oestro-progestatives.

Le taux de bonne réponse était significativement plus faible lorsque l'âge du médecin augmentait (OR=0,35 [0,35 – 0,77] pour les plus de 60 ans par rapport aux moins de 47 ans), et plus élevé lorsque le médecin avait une activité gynécologique (OR=1,75 [1,28 – 2,41]), y compris dans l'analyse multivariée.

Conclusion

La proportion de médecins contre indiquant le DIU du fait de la nulliparité est faible, mais le DIU est perçu comme plus difficile à poser chez ces patientes pour une majorité de médecins. Il existe toutefois une méconnaissance de la supériorité de l'efficacité contraceptive pratique du DIU comparé aux pilules oestro progestatives, ce qui devrait pourtant être un critère important de choix de contraceptif.

Cependant, ces résultats montrent que les nouvelles générations de médecins, ayant de surcroît une activité gynécologique, semblent bénéficier d'une meilleure connaissance du sujet.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART

Directeur de thèse : Docteur BATTIE

Membres : Professeur GAUCHERAND

Professeur DUPRAZ

Date de soutenance : 24 Octobre 2017

Adresse de l'auteur : 8 rue du 8 mai 1945, 34140 Bouzigues – nico.colmas@gmail.com